UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Maithê Cristina Uliana

LUTO E TRAUMA NA DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

BAURU

2025

Maithê Cristina Uliana

LUTO E TRAUMA NA DOENÇA DE PARKINSON: um estudo psicanalítico

Tese de Doutorado apresentada como requisito à obtenção do título de doutora à Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem: Comportamento e Saúde, sob a orientação do Prof. Drº. Érico Bruno Viana Campos.

Bauru

2025

U391

Uliana, Maithê Cristina
Luto e trauma na doença de Parkinson : um estudo psicanalítico / Maithê Cristina Uliana. -- Bauru, 2025
247 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientador: Érico Bruno Viana Campos

1. Psicologia clínica da saúde. 2. Psicanálise. 3. Doença de Parkinson. 4. Trauma psíquico. 5. Luto. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE MAITHÊ CRISTINA ULIANA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 03 dias do mês de julho do ano de 2025, às 9h, no(a) Anfiteatro da Seção Técnica de Pós-graduação da Faculdade de Ciências (Unesp/Campus de Bauru), realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de MAITHÊ CRISTINA ULIANA, intitulada **LUTO E TRAUMA NA DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências Unesp Campus de Bauru, Profa. Dra. MARIA ELIZABETH BARRETO TAVARES DOS REIS (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia e Psicanálise / Universidade Estadual de Londrina (UEL), Profa. Dra. ÉRIKA ARANTES DE OLIVEIRA CARDOSO (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Profa. Dra. CHRISTIANE CARRIJO ECKHARDT MOUAMMAR (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências Unesp Campus de Bauru. Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final:_____APROVADA_____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS

gov.br Documento assinado digitalmente
ERICO BRUNO VIANA CAMPOS
Data: 16/07/2025 08:18:19-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

gov.br Documento assinado digitalmente
ERICO BRUNO VIANA CAMPOS
Data: 16/07/2025 10:20:04-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes participantes da pesquisa pela entrega e confiança no meu trabalho e com os quais muito pude aprender. A vocês, meus sinceros agradecimentos!

À instituição de reabilitação onde o estudo foi realizado, pelo apoio fornecido desde o início e, em especial, à coordenação pela confiança em meu trabalho e à equipe pelas trocas e aprendizados diários. Gratidão!

Ao querido professor e orientador Érico Bruno Viana Campos, pelo apoio e sustentação durante a travessia da pesquisa – por vezes, solitária – e por auxiliar a traduzir, de forma acolhedora, meu pensamento em forma de palavras. Meus profundos e sinceros agradecimentos, Érico!

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, sendo eles: Profª Drª Érika Arantes de Oliveira Cardoso, Profª Drª. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis e Profª Drª Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar. Obrigada pela pronta disponibilidade de participação e pelas importantes e enriquecedoras contribuições! Minha profunda gratidão!

Aos integrantes do Núcleo de Estudos Extensão e Pesquisa em Psicanálise (NEEPPSICA) da UNESP de Bauru, pelas trocas de aprendizados e importantes contribuições. Gratidão a cada um de vocês!

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/Bauru), que muito contribuíram para minha formação acadêmica enquanto pesquisadora. Gratidão eterna!

À amiga Sária por ter incentivado a realização do sonho do doutorado e por ter acompanhado de perto esse processo. Gratidão, amiga, pela parceria e amizade!

À amiga Mariane pelo afeto e apoio de sempre! Obrigada pelo carinho e amizade, amiga!

À minha família – mãe, pai e irmão – pelo apoio incondicional de sempre. Em especial à minha querida e amada mãe, pela torcida e por ter acompanhado de perto as vitórias e os desafios, apoiando-me sempre. Minha profunda e eterna gratidão, mãe!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

ULIANA, M. C. **Luto e trauma na doença de Parkinson:** um estudo psicanalítico. 2025. 247p. Doutorado (Doutora em psicologia do desenvolvimento e aprendizagem) - UNESP, Faculdade de ciências, Bauru, 2025.

RESUMO

A Doença de Parkinson é considerada uma doença neurológica degenerativa que apresenta curso crônico e progressivo, levando o paciente por ela acometido a vivenciar sucessivas perdas físicas e psíquicas. O adoecimento pode ser marcado por sensações de estranhamento, desamparo e alterações no reconhecimento de si. Tal experiência tende a ser vivenciada de forma intensa e traumática pelo paciente, o que exigirá um difícil trabalho de luto que, se impedido de se realizar, poderá ocasionar uma cisão do ego e um investimento da libido para uma representação de si idealizada no passado, podendo levar a quadros que se aproximam da melancolia. Tendo em vista a importância de auxiliar no processo de reabilitação física e promover uma melhor qualidade de vida ao paciente parkinsoniano, a pesquisa teve como objetivo investigar os aspectos emocionais relacionados ao processo de adoecimento dos pacientes com a doença de Parkinson, com foco no processo de luto. Trata-se de uma pesquisa com método psicanalítico desenvolvida no campo da psicologia da saúde com delineamento de casos múltiplos ilustrados por fatos clínicos psicanalíticos. Participaram da pesquisa três pacientes com diagnóstico médico da doença que estiveram em tratamento em um centro de reabilitação física localizado na região noroeste do interior do estado de São Paulo. As cenas dos três casos clínicos ilustrados por fatos clínicos foram descritos no formato de ensaios e, posteriormente, analisados no formato de múltiplos casos. Os resultados foram organizados em quatro grandes eixos temáticos (Trauma, Luto, Transferência-Contratransferência e Psicoterapia Breve) e vinte categorias temáticas. Constatamos que as perdas funcionais e da autoimagem afetam o próprio narcisismo do sujeito instaurando a possibilidade de alterações profundas nas instâncias psíquicas e dificuldades no processo de luto. A condição neurológica degenerativa pode ser um aspecto dificultador da elaboração dessas perdas e comprometer a própria estrutura funcional do ego e os recursos de enfrentamento, mobilizando a utilização de defesas arcaicas. Destacamos em conclusão a reedição do desamparo originário como aspecto inconsciente central que se manifesta de forma singular para cada paciente, revelando os compromissos psíquicos assumidos diante dessa condição ameaçadora.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, luto, psicologia da saúde, psicanálise, trauma.

ULIANA, M. C. **Grief and trauma in Parkinson's disease**: a psychoanalytic study. 2025. 247p. Doctorate (PhD in Developmental and Learning Psychology) - UNESP, Faculty of Sciences, Bauru, 2025.

ABSTRACT

Parkinson's disease is considered a degenerative neurological disorder with a chronic and progressive course, causing patients to experience successive physical and psychological losses. The illness can be marked by feelings of estrangement, helplessness, and changes in self-awareness. This experience tends to be intense and traumatic for the patient, requiring a difficult process of mourning that, if prevented, can lead to a splitting of the ego and an investment of libido in a past idealized self-representation, potentially leading to conditions approaching melancholia. Given the importance of assisting in the physical rehabilitation process and promoting a better quality of life for Parkinson's patients, this study aimed to investigate the emotional aspects related to the illness process of Parkinson's patients, focusing on the grieving process. This study used a psychoanalytic method developed in the field of health psychology, with a multiple-case design illustrated by psychoanalytic clinical facts. Three patients with a medical diagnosis of the disease who were undergoing treatment at a physical rehabilitation center located in the northwest region of the state of São Paulo participated in the research. The scenes from the three clinical cases illustrated by clinical facts were described in essay format and subsequently analyzed in multiple case studies. The results were organized into four major thematic axes (Trauma, Grief, Transference-Countertransference, and Brief Psychotherapy) and twenty thematic categories. We found that functional and self-image losses affect the subject's own narcissism, establishing the possibility of profound changes in psychic spheres and difficulties in the grieving process. The degenerative neurological condition can hinder the processing of these losses and compromise the ego's functional structure and coping resources, mobilizing the use of archaic defenses. In conclusion, we highlight the re-enactment of original helplessness as a central unconscious aspect that manifests uniquely for each patient, revealing the psychic commitments assumed in the face of this threatening condition.

Keywords: Parkinson's disease, grief, health psychology, psychoanalysis, trauma.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

1. INTRODUÇÃO 12

2. OBJETIVOS 26

2.1 Geral 26

2.2 Específicos 26

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 27

3.1 O Ego Funcional 28

3.2 O Ego Narcísico 33

3.3 O Trauma 41

3.4 O Luto e os processos de elaboração da perda 49

3.5 Processos de elaboração da perda e do trauma na doença de Parkinson 66

4. PERCURSO METODOLÓGICO 76

4.1 Delineamento 76

4.2 Participantes 84

4.3 Critérios de Seleção da Amostra 84

4.4 Local 85

4.5 Aspectos Éticos 87

4.6 Procedimento de coleta de dados 87

4.7 Procedimento de análise de dados 89

5. ENSAIOS CLÍNICOS 92

5.1 Caso clínico 1 – O narrador 92

5.2 Caso clínico 2 – O silencioso 110

5.3 Caso clínico 3 - O inseguro 124

6. A PSICANÁLISE NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO FÍSICA: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL 142

6.1 Introdução 142

6.2 O cuidado ao paciente neurológico 150

6.3 A interlocução interdisciplinar 154

6.4 Reflexões sobre a Experiência 157

6.5 Conclusão 167

7. DISCUSSÃO 170

7.1 Introdução 170
7.2 Eixo 1: O trauma e o Parkinson 173
7.3 Eixo 2 – O luto no Parkinson 185
7.4 Eixo 3 – A relação transferencial-contratransferencial 196
7.5 Eixo 4 – A psicoterapia breve psicodinâmica 204
7.6 Conclusão 217
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 219
REFERÊNCIAS 226
ANEXO A 239
APÊNDICE I 243

APRESENTAÇÃO

Meu desejo em cursar o doutorado nasceu durante as minhas atividades profissionais durante o ano de 2018, quando tive a oportunidade de trabalhar com duas áreas apaixonantes: a Psicologia Hospitalar e a teoria psicanalítica. Nessa época eu já trabalhava como psicóloga na área hospitalar há cerca de cinco anos e, paralelamente a esta atuação, tive a oportunidade de iniciar minha prática profissional como Docente Universitária de teoria psicanalítica em um curso de Psicologia, ambos na cidade de Bauru-SP.

Trabalhar na área hospitalar por sete anos foi uma escola para mim, pois foi onde eu tive a oportunidade de aprender muito sobre a vida, sobre o outro e sobre mim. A questão dos aspectos emocionais relacionados ao adoecimento do corpo físico e a forma singular com que cada paciente vivencia o sofrimento psíquico advindo desse processo sempre me fascinou, desde quando entrei pela primeira vez em contato com a área, ainda na graduação. Então, poder oferecer minha escuta para auxiliar o paciente a elaborar as emoções e sentimentos advindos desse processo e ser, de algum modo, porta-voz do seu sofrimento, sempre foi um privilégio. Aliado a isso, o fato de também estar atuando como docente de Psicologia permitiu que eu entrasse mais profundamente em contato com a teoria psicanalítica para pensar questões teóricas e práticas relacionadas à área da Psicologia da Saúde.

Penso que estar em contato com essas duas grandes paixões me suscitou questões que eu desejava que fossem aprofundadas em uma articulação teórico-prática. Mas um desafio se impôs: Como conciliar uma jornada intensa de dois trabalhos com um curso denso e extenso como o doutorado? A primeira decisão a ser tomada foi

reduzir minha carga horária de trabalho, então me desliguei, temporariamente, da função de docente e transitei para trabalhar na área da Saúde Mental. Porém, digo que "*eu saí do hospital, mas o hospital não saiu de 'dentro' de mim*", pois o sofrimento ligado ao corpo físico e os desdobramentos inerentes a esse processo que tanto me fascinavam estavam ausentes nesse lugar de cuidado voltado à Saúde Mental.

Então, no primeiro ano de doutorado, em 2021, outra mudança se fez necessária na tentativa de buscar uma prática profissional que trouxesse a questão do sofrimento ligado ao corpo físico. Foi quando aceitei uma nova proposta para trabalhar na área de reabilitação física, agora em minha cidade natal, em São José do Rio Preto – SP, com pacientes com deficiências físicas adquiridas decorrentes de diversas patologias, dentre elas, a Doença de Parkinson, que é foco desta pesquisa. Com isso, pude, então, (*re*)direcionar meu foco de interesse para o sofrimento psíquico relacionado ao adoecimento físico.

Embora eu já tivesse certa experiência acadêmica com pesquisa científica realizada anteriormente nos cursos de Especialização e Mestrado Acadêmico na Pós-graduação, elaborar uma pesquisa amparada pelo método psicanalítico se apresentou como uma novidade diante da qual se impuseram alguns desafios. O primeiro desafio com o qual me deparei foi o de lançar luz sobre o sofrimento psíquico vivenciado pelo paciente nesse espaço tão privado do atendimento clínico. O segundo desafio foi o olhar predominantemente positivista sobre as pesquisas científicas realizadas no meio acadêmico, sendo recente o advento da pesquisa psicanalítica nesse contexto. O terceiro desafio foi a escassez de trabalhos científicos sobre o tema na abordagem psicanalítica.

Contudo, esse cenário não me impediu de seguir adiante no meu propósito de pesquisar um tema ainda pouco explorado relacionado à subjetividade do paciente com

Parkinson dentro de uma perspectiva psicodinâmica no contexto da Psicologia da saúde. Então, poder realizar um estudo que trouxesse à tona a subjetividade desses pacientes para que as outras pessoas também possam entender como ele se sente diante da sua doença e, talvez, aprenderem a lidar com essa condição, foi a motivação que me levou a seguir em frente.

O material apresentado a seguir faz parte de um estudo teórico-clínico desenvolvido a partir de minha prática profissional enquanto psicóloga de orientação psicanalítica em um centro de reabilitação física no âmbito da Psicologia da Saúde, o qual buscou contemplar elementos para compreensão da elaboração dos aspectos emocionais relacionados ao adoecimento por Parkinson sob uma perspectiva psicodinâmica. Assim, a pesquisa apresenta a descrição e análise dos múltiplos casos ilustrados por fatos clínicos psicanalíticos fundamentados a partir de uma reflexão subjetiva acerca da minha prática profissional enquanto psicóloga-pesquisadora no contexto da clínica ampliada em Saúde. Cabe destacar que no percurso da pesquisa, dois dos casos clínicos já foram publicados em formato de artigo científico, conforme especificado nas notas de rodapé 11 e 13 do capítulo 5.

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson é uma doença degenerativa do sistema nervoso central que apresenta curso crônico e progressivo. É causada pela degeneração da substância negra que leva à perda progressiva de neurônios dopaminérgicos e acarreta uma diminuição intensa da produção de dopamina, neurotransmissor responsável pelos movimentos voluntários (Gibb; Lees, 1988). A capacidade de produzir movimento está relacionada a um circuito motor que envolve a substância negra, os núcleos da base, núcleo subtalâmico, tálamo e o córtex cerebelar (Alexander; Crutcher, 1990). A diminuição dos níveis de dopamina nos núcleos da base gera hiperatividade no núcleo subtalâmico, que provoca excitação glutamatérgica no globo pálido interno e na *pars reticulad*a da substância negra. O globo pálido interno fica excessivamente ativado, exercendo intensa atividade inibitória tônica sobre os núcleos motores do tálamo e consequente inibição sobre o sistema motor cortical responsável pela iniciação e execução dos movimentos voluntários (Crossman; Mitchel; Sambrook, 1995; Delong, 1990).

O fator desencadeador primário da morte celular nigral não é conhecido, permanecendo obscura a razão pela qual uma pessoa desenvolve o Parkinson. As possíveis causas envolvem infecções virais e traumatismos cranioencefálicos, mas também há suspeitas relacionadas a fatores ambientais e a um componente genético e que poderiam contribuir para a deflagração do quadro de morte neuronal na substância negra (Rocha, 2004). Considerando-se que muitos pacientes possuem história familiar positiva para a doença e que o risco é de duas a três vezes maior para desenvolverem a doença aqueles indivíduos que possuem parentes de primeiro e segundo grau (Wood,

1998), acredita-se na possibilidade da doença ser de origem genética e hereditária, embora a maioria dos casos ainda pareça ocorrer esporadicamente (Rocha, 2004).

Os principais sintomas motores do Parkinson envolvem tremor, rigidez, instabilidade postural e lentidão dos movimentos (bradicinesia). O tremor é uma oscilação rítmica de um lado do corpo que pode acometer as mãos, queixo, cabeça e membros inferiores, apresentando piora diante de situações estressantes ou durante a realização de uma tarefa. A rigidez se caracteriza pela resistência dos movimentos e se acentua no lado em que predomina o tremor. A instabilidade postural costuma estar presente nas fases mais avançadas da doença. A lentidão dos movimentos está presente desde o início da doença, sendo considerado seu sintoma mais incapacitante, já que é responsável pela dificuldade em relação às atividades da vida diária (Calne; Stoessl, 1986). Outros sintomas também observados incluem a diminuição do volume da voz, ausência de expressão facial, dificuldade de deglutição, constipação, micção frequente e disfunção sexual (Awerbuch; Sandyk, 1994).

As alterações cognitivas envolvendo os domínios das funções executivas, velocidade de processamento, atenção, memória, funcionamento visuoespacial, podem ser observadas mesmo nos estágios iniciais da doença de Parkinson. Contudo, a evolução do comprometimento cognitivo para um quadro de demência franca costuma ser menos frequente, e, quando ocorre, está relacionada a fatores de risco que incluem a idade avançada, início tardio da doença, gravidade dos sinais motores, maior tempo de duração da doença, sendo mais prevalente no estágio tardio da doença (Caballol; Martí; Tolosa, 2007).

Os sintomas considerados neuropsiquiátricos de ansiedade e depressão podem estar presentes no Parkinson e preceder os sinais motores em vários anos. A ansiedade

pode se apresentar como uma sensação de apreensão, preocupação ou medo, mas também sob suas formas mais graves como o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno do pânico. É possível que a ansiedade piore os sinais motores, e, consequentemente, gere mais ansiedade (Kummer; Teixeira, 2009). A depressão costuma estar mais associada à disforia e à tristeza do que a um sentimento de culpa, podendo ocorrer em qualquer momento da evolução da doença, ou até antes de surgirem os sintomas motores (Cummings, 1992).

Por se tratar de uma doença progressiva, os diversos sintomas podem trazer prejuízos irreversíveis que impactam diretamente na rotina do paciente parkinsoniano e em seu convívio social e familiar, afetam sua qualidade de vida e geram sofrimento, configurando-se como um importante problema de saúde que necessita de tratamento medicamentoso e de reabilitação física.

O tratamento medicamentoso para o Parkinson consiste principalmente no uso do agente dopaminérgico levodopa, que é introduzido quando há um substancial comprometimento funcional. Os medicamentos anticolinérgicos são utilizados como drogas acessórias úteis para o tratamento de tremor, a amantadina para bradicinesia e rigidez, e os medicamentos agonistas dopaminérgicos para auxiliar nas complicações da levodopa (Cardoso, 1995).

Nos casos de pacientes que mantêm os sintomas motores incapacitantes mesmo após o uso de doses otimizadas das medicações, o tratamento pode ser realizado por meio da técnica de estimulação cerebral profunda (ECP). A técnica consiste no implante de um aparelho de ECP com eletrodos no Globo pálido interno (GPI) e/ou no núcleo subtalâmico (NST) que passam, então, a serem estimulados por meio da passagem de uma corrente elétrica, substituindo o estímulo dos neurônios dopaminérgicos da

substância nigra que são acometidos no Parkinson. O ECP entra como recurso terapêutico válido para aqueles pacientes que preencham os critérios de inclusão para o procedimento. O implante do aparelho de ECP é indicado apenas para pacientes com diagnóstico de doença de Parkinson idiopática, responsividade ao tratamento com Levodopa com a permanência de sintomas motores após terapia com dose otimizada de Levodopa, e ausência de demência ou doenças psiquiátricas (Rocha, 2019).

A reabilitação física é compreendida como um tratamento que tem como foco os ganhos funcionais para a aquisição de independência dentro das reais possibilidades clínicas do paciente (Andrade, 2008; Ramos; Casalis, 2007). Portanto, é considerado um processo amplo que envolve a avaliação das funções do paciente por uma equipe de profissionais com o objetivo de descobrir o potencial remanescente e proporcionar estimulação motora e cognitiva adequadas, visando auxiliar na superação das limitações, minimizar os déficits funcionais e promover uma melhor qualidade de vida (Ramos; Casalis, 2007), sendo que, em específico às doenças neurológicas degenerativas, como o Parkinson, a reabilitação física tem como foco principal o adiamento das perdas funcionais. Assim, a reabilitação física envolve a participação ativa do paciente em um programa complexo em que são esperados resultados dentro de suas possibilidades reais, os quais envolvem sua recuperação em termos de independência física e psicológica e a reintegração em seus contextos familiar, social, profissional e escolar, os quais vão depender em grande parte de sua motivação e estado emocional (Fonseca, 2012).

De modo geral, as perdas funcionais decorrentes das sequelas de uma doença neurológica são responsáveis por provocar mudanças importantes no estilo de vida do paciente acometido pela doença que acarreta alterações emocionais e psicológicas, gerando adoecimento psíquico e prejudicando o processo de reabilitação. Conforme

apontam Madaleno et. al (2007), o papel do psicólogo nesse processo é auxiliar o paciente frente às etapas de sua reabilitação, favorecendo a elaboração dos aspectos emocionais para uma maior conscientização em relação à sua nova condição física, possibilitando, assim, um processo de reabilitação efetivo e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida. Em complemento, Fonseca (2012) menciona que a reabilitação psicológica tem como foco a forma como o sujeito lida com sua condição física. A autora destaca a importância da mediação entre pacientes e equipe de profissionais, pois, ao mesmo tempo em que a equipe é necessária para o desenvolvimento do trabalho, torna-se depositária de uma parte do narcisismo dos pacientes e, por isso, desempenha um papel organizador para o sujeito, sendo, portanto, papel do psicólogo facilitar o acesso à palavra e à simbolização e favorecer a ligação entre afetos, representações psíquicas e vivência corporal.

A Psicologia da Reabilitação foi delimitada como campo específico no cenário internacional na segunda metade da década de 1950, com a institucionalização da divisão 22 da *American Psychological Association* (APA). No cenário nacional, o início da atuação no campo da reabilitação está relacionado ao trabalho pioneiro desenvolvido por Matilde Neder, em 1954, na Clínica Ortopédica e Traumatológica (COT) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e, em 1957, no Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), que funcionava no COT. Esse trabalho está situado nos primórdios do campo de atuação em Psicologia da Reabilitação que, mais tarde, veio a se constituir como Psicologia da Saúde (Araújo, 2015).

Cabe mencionarmos que a Psicologia da Saúde é definida por Castro e Bornholdt (2004) como um campo de especialização da Psicologia que aplica suas técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e

prevenir problemas físicos, psicológicos e sociais relacionados ao processo de saúde e doença. Trata-se de uma prática com um amplo campo de atuação que engloba os três níveis de atenção à saúde, sendo que, no nível primário, não existe problema de saúde instalado e a atuação visa à promoção e educação para a saúde, no secundário, a atuação visa à prevenção dos possíveis efeitos adversos de uma demanda existente, e no terciário, a atuação procura minimizar o sofrimento de problemas de saúde já instalados. Portanto, consiste em uma prática que pode ser realizada em diversos contextos que envolvem o processo saúde-doença, como hospitais, centros de saúde comunitários, organizações não-governamentais e nas próprias casas dos indivíduos.

Conforme preconiza a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 do Ministério da Saúde, o trabalho ambulatorial desenvolvido no centro especializado de reabilitação física está localizado em um nível secundário de atenção especializada (Brasil, 2012). Fonseca (2012) destaca que o trabalho do psicólogo no contexto de reabilitação se encontra basicamente em dois níveis: preventivo e terapêutico. Para a autora, os conhecimentos teóricos e clínicos acerca dos efeitos psicológicos dos diagnósticos possibilitam uma abordagem preventiva, uma vez que, criam condições para a manutenção da saúde mental, reparam os indicativos de funcionamento psíquico disfuncional a fim de evitar sua desorganização psíquica, e previnem uma utilização iatrogênica das intervenções da equipe, fatores esses, que estão relacionados a uma prevenção secundária. A autora utiliza, ainda, o termo prevenção terciária para se referir à tentativa de evitar o agravamento, a cronicidade ou os distúrbios secundários a um distúrbio já instalado. Desse modo, compreendemos o trabalho ambulatorial do psicólogo no centro de reabilitação física como uma prática inserida no âmbito da Psicologia da Saúde localizada em um nível secundário de atenção especializada em saúde.

A inserção da assistência psicológica em diversos contextos nos remete à noção de clínica ampliada que surgiu no contexto da psiquiatria com a proposta de lançar um olhar ampliado sobre as práticas em saúde mental. A clínica ampliada se fortaleceu no Brasil sob a influência do movimento da reforma psiquiátrica ocorrido na Itália na década de 60 e que teve como proposta promover transformações profundas no modelo de assistência psiquiátrica a partir de uma visão subversiva da atitude médica tradicional que considerasse o indivíduo e seu corpo para além de objetos de intervenção clínica. No Brasil a clínica ampliada se disseminou como uma prática centrada no sujeito e com a atenção voltada para diversos componentes do seu sofrimento psíquico envolvendo ações intersetoriais, coletividade e institucionais (Winograd; Vilhena, 2014).

No âmbito das Políticas Públicas de Saúde o conceito de Clínica Ampliada se tornou uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual foi lançada em 2003 para colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse contexto a clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática com a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença e permita o combate à fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Na prática envolve um olhar amplo sobre os diagnósticos que busca considerar variáveis que vão além do enfoque orgânico, como, por exemplo, a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas e a qualificação do diálogo entre os profissionais de saúde e destes para com o usurário, visando, assim, possibilitar decisões compartilhadas que promovam a autonomia e a saúde dos usuários dos dispositivos do SUS (Brasil, 2013).

No campo da assistência psicológica, a noção de clínica ampliada é concebida como o cuidado clínico que não ocorre dentro do modelo clássico e já consolidado do

consultório particular, e sim, dentro do espaço institucional ou social. Considerando que a clínica ampliada se configura enquanto instrumento de atenção integral em saúde com a proposta de contemplar os aspectos objetivos e os aspectos subjetivos do processo saúde-doença, preconiza-se que os profissionais de saúde devem centrar suas ações no sujeito, e não apenas em sua enfermidade, buscando, com isso, ampliar seu olhar para além do diagnóstico médico e rótulos institucionais que impedem o sujeito de se posicionar ativamente como produtor de um sofrimento psíquico. É nesse sentido que a Psicanálise pode enriquecer a clínica ampliada, uma vez que, dentro ou fora do *setting* psicanalítico tradicional, fundamenta práticas em saúde que, dentro de um espaço acolhedor, priorizam a escuta do sujeito favorecendo a recuperação da dimensão de sua singularidade (Campos, 2012).

Contudo, ressaltamos que a assistência psicoterápica de abordagem psicanalítica ao paciente neurológico ainda é considerada escassa nos cenários internacional e nacional, prevalecendo no campo de atuação clínica os saberes das neurociências, neuropsicologia e abordagens cognitivo-comportamentais. Assim, embora seja indiscutível a importância de uma abordagem multifatorial e multidisciplinar dos pacientes neurológicos, o atendimento não deve ser reduzido à avaliação e classificação dos aspectos motores ou cognitivos que envolvem as perdas cerebrais, uma vez que a lesão cerebral abrange uma ampla e transformadora experiência subjetiva. Nesse sentido, o objetivo do atendimento psicológico de abordagem psicanalítica não se resume a estabelecer relações de causalidade psicossomática e, nem tampouco, psicogênica, mas sim promover um espaço de escuta que possa propiciar uma facilitação da elaboração psíquica[1] dos efeitos da lesão cerebral e das suas

[1]A elaboração psíquica consiste no trabalho realizado pelo aparelho psíquico de dominar o excesso de excitações, integrando-as por meio de conexões associativas e transformando-as a partir de novas

consequências permitindo ao paciente neurológico a expressão de sua subjetividade (Winograd; Sollero-De-Campos; Drumond, 2008).

Ademais, em específico à assistência psicoterápica ao paciente com Parkinson, um breve levantamento bibliográfico de artigos científicos publicados nas bases de dados nacionais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), incluindo todos os índices e sem especificação de data, articulando, respectivamente, os termos "psicanálise" e "doença de Parkinson", não obteve resultados. Um segundo levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados com as palavras-chave "doença de Parkinson" e "psicologia" encontraram 2 artigos científicos na primeira base de dados e 2 artigos na segunda, totalizando apenas 4 estudos, cuja leitura dos resumos revelou que o tema do Parkinson estava relacionado à avaliação psicológica (Rien et al., 2017), sintomas neuropsiquiátricos (Kummer; Teixeira, 2009), grupo de cuidadores na visão sistêmica (Feijó et al., 2020) e resiliência dos familiares sob a abordagem sistêmica (Faria; Lima; Pereira-Silva, 2021).

Considerando o interesse do tema do Parkinson sob a perspectiva psicanalítica, foi realizado, ainda, um levantamento bibliográfico de artigos científicos publicados nas bases de dados Psychoanalytic Eletronic Publishing (PEP) e na Base Latinoamericana de Psicanálise (Bivipsi), incluindo todos os índices e sem especificação de data, articulando, respectivamente, os termos "psicanálise" e "doença de Parkinson". A consulta na PEP não obteve resultados. A consulta na Bivipsi encontrou um único artigo, cuja leitura do resumo demonstrou que se tratava de um estudo da área da psiquiatria médica que destacava a neurociência cognitiva social como recurso para o

---

ligações, com vistas a evitar o acúmulo patogênico no psiquismo e sua transformação em sintomas (Laplanche; Pontalis, 2004).

desenvolvimento de melhores tratamentos de reabilitação para pacientes com doença de Parkinson (Bacigalupe; Pujol, 2014).

As revisões de literatura realizadas evidenciaram uma lacuna existente no cenário científico sobre a vivência da doença de Parkinson sob a perspectiva psicanalítica e um escasso número de trabalhos de outras abordagens sobre o tema. Notamos que embora tenham sido encontrados estudos que tratavam da vivência do Parkinson sob outra perspectiva teórica psicológica, tais estudos têm como foco questões envolvendo a avaliação psicológica e a descrição de sintomas neuropsiquiátricos e, portanto, acabam não aprofundando a vivência do trabalho propriamente psicoterapêutico e as problemáticas psicossociais da doença e, quando o fazem, tal aprofundamento se dá pela perspectiva dos familiares ou cuidadores na abordagem da teoria sistêmica.

Entretanto, é importante pensarmos nas implicações emocionais envolvidas na perda da função motora para o paciente com Parkinson. Sabemos que a dificuldade para executar e desempenhar os movimentos voluntários costuma interferir diretamente na realização das atividades cotidianas provocando alterações na rotina, inversão de papéis na dinâmica familiar, perda da atividade laboral, diminuição de recursos financeiros, perda de autonomia e dependência de cuidados. Acreditamos que essas mudanças são vivenciadas como intensas experiências de perdas que impactam negativamente no estilo de vida que o paciente possuía anteriormente, podendo desencadear uma importante ruptura na história de vida do sujeito. Tal condição envolve um intenso sofrimento psíquico, semelhante a uma experiência traumática, culminando em processos de luto de difícil elaboração psíquica das perdas vivenciadas.

Diversas pesquisas teóricas e clínicas amparadas pela psicanálise destacam o impacto traumático que é gerado pelas afecções neurológicas, a ponto de desestabilizar as representações do sujeito acerca de si mesmo. Tais pesquisas consideram que as perdas subjetivas relacionadas à percepção ou representação de si são vividas pelos pacientes como uma experiência traumática que divide sua vida entre um antes e depois do adoecimento, podendo abalar sua estabilidade egoica e acarretar uma fragilidade da integração narcísica (Winograd, Sollero-De-Campos, Drummond, 2008; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2013; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2016; Andrade, Winograd, 2018).

Nesse âmbito, pesquisa teórica desenvolvida por Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008) destaca os diferentes tipos de feridas subjetivas que podem estar presentes em casos de lesão neurológica grave. Nesse sentido, o paciente neurológico pode ter a sensação de existência interrompida quando a imagem do corpo[2] e o esquema corporal, que sustentam o narcisismo primordial, são abalados. Além disso, as alterações da imagem de si no âmbito social relacionada à perda dos lugares e papéis profissionais e familiares também podem trazer alterações nas posições subjetivas. Da mesma forma, pode ocorrer um sentimento de perda de uma parte de si mesmo e uma sensação de estranheza relacionada ao não reconhecimento de si ao nível imaginário e especular devido às alterações do corpo e psiquismo.

Ademais, essas alterações são de natureza progressiva, de forma que a cronificação dos trabalhos de luto implica em uma dificuldade maior para a elaboração psíquica das experiências de perdas, como é destacado por Chérix e Coelho Júnior (2018) em seu estudo teórico sobre a clínica do envelhecimento na abordagem

[2] O conceito sobre imagem do corpo específico da abordagem psicanalítica será desenvolvido no capítulo de fundamentação teórica.

psicanalítica. Para os autores, o histórico de perdas envolvido no envelhecimento culmina em processos de lutos não elaborados ou traumáticos que, somados aos lutos vividos na atualidade, podem levar o psiquismo a recorrer a uma regressão defensiva. Assim, o aparelho psíquico ficaria sobrecarregado de afetos durante o processo de luto, atingindo um limite em que não pode mais dar conta do desligamento da libido dos objetos. O psiquismo, então, encontrando-se repleto de energia desligada que está voltada para o ego, mas, não conseguindo investir em novos objetos, opta por uma regressão utilizando-se da cisão do ego, tal qual ocorre na melancolia, para se defender do excesso de energia e encontrar um funcionamento psíquico saudável.

Na mesma vertente, estudos teóricos desenvolvidos por Goldfarb (2004; 2005) também destacam que o sofrimento excessivo vivenciado durante o processo de envelhecimento, os quais costumam estar relacionados à manifestação cruel da realidade, ao sentimento insuportável de desamparo e à ideia de finitude, podem favorecer o desinvestimento dos afetos das lembranças e o próprio processo de regressão. Conforme a autora, os lutos não elaborados, somados aos lutos envolvidos no processo de envelhecimento, como, por exemplo, o luto antecipado decorrente da consciência da finitude, são aspectos que acabam por gerar uma tensão no aparelho psíquico, levando-o a recorrer à regressão para se defender desse excesso de sofrimento.

Em complemento, destacamos a pesquisa teórico-clínica amparada pela psicanálise, desenvolvida por Andrade e Winograd (2018), que visou analisar comparativamente o processo de luto com o quadro melancólico dos pacientes acometidos por lesões neurológicas com sequelas envolvendo funções cognitivas, como o AVC. Os resultados indicam que a ruptura da antiga representação que os pacientes possuíam de si exigia deles um árduo trabalho de elaboração psíquica da experiência de perda que, por sua vez, fica impedido de se realizar devido às especificidades

psicopatológicas do quadro, culminando em um quadro semelhante à melancolia. Assim como na melancolia, a perda da parte de si com funções cognitivas preservadas ocasiona uma cisão violenta no próprio ego que desfaz a imagem de si tal qual o sujeito se identificava anteriormente, havendo uma regressão da libido a uma representação idealizada de si no passado, gerando um sentimento de nostalgia de si.

Diante do exposto, podemos pensar que as mudanças vivenciadas pelo paciente parkinsoniano impactam diretamente nas suas atividades diárias, trazendo limitações e um intenso sofrimento psíquico que, quando vivenciado de forma excessiva, torna-se semelhante a uma experiência traumática, podendo levar a um difícil trabalho de luto. Esse luto quando não elaborado, pode gerar adoecimento psíquico ao paciente, prejudicando seu processo de reabilitação e piorando sua qualidade de vida. Assim, considerando as indicações da literatura específica revisada acima, elaboramos para o presente estudo tomar em consideração a seguinte hipótese psicodinâmica: as sucessivas e progressivas perdas envolvidas na doença de Parkinson costumam ser marcadas por sensações de estranhamento, desamparo e alterações no reconhecimento de si e tendem a ser vivenciadas de forma tão intensa que exigirão um difícil trabalho de luto que, se impedido de se realizar, pode ocasionar uma cisão do ego e um investimento da libido para uma representação de si idealizada no passado, podendo levar a quadros que se aproximam da melancolia[3].

O presente estudo é importante para compreender a forma como o paciente elabora os aspectos emocionais relacionados ao adoecimento por Parkinson para, com isso, auxiliar no processo de reabilitação visando uma melhor qualidade de vida. A presente pesquisa também é importante para ampliar os conhecimentos científicos sobre a temática da experiência subjetiva vivenciada por esses pacientes sob a perspectiva

[3] Os conceitos sobre trauma, desamparo, luto e melancolia específicos da abordagem psicanalítica serão desenvolvidos no capítulo de fundamentação teórica.

psicanalítica, podendo contribuir para o aprimoramento de práticas interventivas futuras.

Ressaltamos que a hipótese psicodinâmica surgiu a partir da minha experiência pessoal como psicóloga-pesquisadora no Centro de Reabilitação Física onde o estudo foi realizado, de modo que, a reflexão subjetiva acerca do trabalho desenvolvido neste serviço de Reabilitação – apresentada no capítulo 6 da Tese – foi primordial para que tal experiência pudesse ser apropriada e transformada em uma pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

O objetivo geral desta pesquisa foi investigar os aspectos emocionais relacionados ao processo de adoecimento dos pacientes com doença de Parkinson.

2.2 Específicos

Para isso, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: 1) descrever os fatos clínicos vivenciados no atendimento psicoterápico a pacientes diagnosticados com Parkinson; 2) analisar os fatos clínicos detectados nos atendimentos realizados em psicoterapia, a partir de categorias de análise e conceitos da psicanálise.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste trabalho nos propusemos a refletir sobre as implicações psíquicas ocorridas diante das inúmeras e progressivas mudanças na constituição física de pacientes com o diagnóstico da Doença de Parkinson, que estiveram em atendimento psicológico no contexto da reabilitação em Psicologia da Saúde. Para encaminhar a questão é primordial delimitarmos que este trabalho está inserido no espectro das terapias psicodinâmicas que, conforme Cordioli (2008) almejam a mudança essencialmente por meio do *insight* e da relação terapêutica, sendo o *insight* obtido pelas interpretações, tornando conscientes impulsos, sentimentos, medos, fantasias e desejos, principalmente quando se manifestam na relação transferencial. Nesse espectro, o trabalho foi desenvolvido baseado na psicoterapia breve psicodinâmica[4], enquanto uma como uma modalidade de trabalho psicanalítico utilizado no contexto da clínica ampliada em Saúde. Assim, consideramos que, para um entendimento psicodinâmico sobre como o paciente elabora os aspectos emocionais relacionados a esse adoecimento é importante compreendermos quais os aspectos metapsicológicos[5] estão envolvidos na constituição psíquica e que são mobilizados nesse acometimento neurológico.

Nesse contexto, compreendemos que é no âmbito da Psicologia do Ego que incide o foco de trabalho em Psicologia da Saúde. Na concepção psicanalítica de ego existem duas orientações interdependentes que envolvem aspectos tópico, dinâmico e econômico: o ego funcional e o ego narcísico. Na primeira perspectiva, o ego – funcional – é compreendido como produto de uma diferenciação progressiva do id resultante da influência da realidade externa e que engloba diversas funções corporais,

[4] O conceito de psicoterapia breve psicodinâmica será desenvolvido no capítulo de percurso metodológico.

[5] O termo metapsicologia foi definido por Freud como a descrição de "*um processo psíquico em seus aspectos dinâmico, topográfico e econômico*" (1915/1996, p. 186).

tais como o controle da motilidade e da percepção, prova da realidade, antecipação, ordenação temporal dos processos mentais, pensamento racional, e mecanismos de defesas. A segunda perspectiva amplia o entendimento acerca da diferenciação do ego a partir das relações com o mundo externo e o ego passa a ser concebido como uma formação interna originada de percepções provenientes não do mundo externo em si, mas a partir de operações intra e interpsíquicas do mundo interno. Nessa concepção, o ego – Narcísico – é compreendido como um objeto de desejo pelo id que, assim como um objeto externo, se torna alvo do investimento libidinal (Campos, 2014; Laplanche; Pontalis, 2004).

Nesse sentido, buscamos compreender dinamicamente o ego enquanto um agenciador dos processos funcionais, caracterizando seu modo de funcionamento, bem como, sua relação constitutiva com a imagem corporal a partir dos processos identificatórios fundantes da imagem narcísica que, uma vez abalados, acarretam implicações envolvendo os processos de luto e a mobilização de mecanismos de defesa.

3.1 O Ego Funcional

Conforme descrito anteriormente, uma das principais características presentes na doença de Parkinson envolve o comprometimento dos movimentos voluntários, que pode se manifestar por sintomas motores de rigidez muscular, lentidão dos movimentos e tremores. Na vertente psicodinâmica, o controle da motilidade é considerado, dentre outras, uma das funções exercidas pelo ego. Portanto, cabe descrevermos como essas funções estão comprometidas pelo acometimento do Parkinson e quais as implicações envolvidas nesse processo. A seguir abordaremos a noção de ego funcional sob uma visão psicodinâmica.

A noção de ego se fez presente desde as primeiras formulações de Freud acerca do conflito neurótico quando sua experiência clínica das neuroses, nos anos 1890-1900, levou-o a modificar a concepção tradicional que se possuía até então acerca do ego unificado. Nesse contexto, em "Estudos sobre a histeria" Freud (1893-1895/1996) concebe o ego como "*massa de representações*" (Freud, 1893-1895/1996, p. 133) propondo que diante de uma ameaça de representações que seriam inconciliáveis com ele o resultado seria uma defesa (Laplanche; Pontalis, 2004).

Na mesma vertente que confirma o interesse do autor em compreender a influência do conflito psíquico na formação das neuroses, posteriormente, em "A sexualidade na etiologia das neuroses", Freud (1898/1996) irá reconhecer a existência de dois tipos de neuroses: as psiconeuroses de defesa (histeria, neurose obsessiva e fobia) e as neuroses atuais (neurose de angústia e neurastenia). Ele considera que em ambos os tipos de neurose a etiologia é de ordem sexual, com a principal diferença que as psiconeuroses possuem origem em um conflito psíquico infantil, no qual a representação de cunho sexual, por ser inconciliável com as demais representações conscientes, sofre ação da defesa, sendo recalcada e tornando-se inconsciente, fazendo surgirem os sintomas. Já nas neuroses atuais a origem não ocorre a partir de conflitos infantis, mas sim a partir de uma situação atual que, por não sofrer a intervenção de mecanismos psíquicos, como o recalque, produz sintomas que surgem diretamente da excitação sexual (irritabilidade, expectativa angustiada, fobia específica, ataques de angústia, etc.).

Dessa forma, buscando compreender o ego como agenciador das defesas das neuroses, Freud tenta entender sua origem. No 'Projeto para uma psicologia científica', Freud (1950 [1895]/1996) constrói o primeiro modelo do aparato psíquico baseado em uma estrutura biológica, no qual os processos psíquicos eram concebidos a partir de

modificações quantitativas de energia. Pautado pelo princípio da inércia, o aparato psíquico receberia os estímulos do meio externo e interno e realizaria a descarga do acúmulo das excitações que elevam o nível de tensão e geram desprazer pela via da ação motora, buscando a satisfação. Nesse momento, Freud (1950 [1895]/1996) concebe o ego enquanto uma organização responsável por efetuar a descarga das energias de acordo com as experiências anteriores de satisfação e revela a função de inibição do ego, a qual é possibilitada pela diferenciação entre a percepção real e uma lembrança e sua capacidade de efetuar a descarga apenas após a indicação da realidade. Com isso, o ego é concebido como uma organização que regula as passagens das quantidades sendo capaz de frear o fluxo das excitações que venham acompanhadas de sofrimento e, portanto, teria a importante função de inibir a descarga de energia diante da ausência do objeto de satisfação.

Ao avançar na construção de um modelo de aparelho psíquico puramente psicológico em 'A interpretação dos sonhos', Freud (1900-1901/1996) concebe esse aparato, no âmbito da primeira tópica, descrevendo-o a partir de um sistema perceptual localizado na extremidade sensorial que receberia os estímulos internos e externos, ligado a um sistema inconsciente que registraria os estímulos recebidos em forma de traços mnêmicos armazenando-os, por simultaneidade e similaridade. Por fim, o sistema pré-consciente localizado na extremidade motora que determinaria qual traço mnêmico permanecerá inconsciente ou se tornará consciente, exercendo, assim, o controle do movimento voluntário. Aqui o ego já apresentava relação estreita com o sistema pré-consciente-consciente e com as funções de motricidade e percepção.

Uma nova concepção de ego surge em 1914 com o texto "Sobre o narcisismo: uma introdução" trazendo importantes contribuições para o desenvolvimento subsequente da teoria freudiana que ultrapassam a ideia do ego apenas enquanto um ego

funcional. Nessa visão, o ego é tomado como objeto de amor sendo concebido não mais apenas como uma organização de passagem de energias, mas sim como um reservatório próprio de energias. A noção do narcisismo e a análise posterior dos processos envolvidos na melancolia abordados por Freud (1917 [1915]/1996) em "O luto e melancolia" – tema que será abordado em profundidade mais adiante – acarretam mudanças radicais na noção do ego, fazendo surgir a ideia da existência de componentes narcísicos na constituição do ego. Essa diferenciação constitui o que posteriormente se tornarão os ideais em relação aos quais o ego será medido (ego ideal, ideal do ego, e superego).

Assim, com a passagem da primeira para segunda tópica, na virada de 1920, ocorre uma ampliação da noção de ego, que passa, então, a ser pensado como majoritariamente inconsciente. O ego, ao lado do id e do superego, é elevado ao patamar de uma instância do aparelho psíquico para melhor compreensão acerca do conflito psíquico, sendo o ego considerado o agente de defesa, o superego responsável pelas interdições e o id o polo pulsional. Além disso, conforme já mencionado, também é revelada a existência de uma divisão interna das partes do ego que podem se separar por clivagem (ideal do ego, ego ideal e superego).

Dessa forma, em "O ego e o id" o ego é tomado por Freud (1923/1996) como a modificação de uma parte do id ao entrar em contato com o mundo externo, mas que não se encontra totalmente separado do id, ainda fundindo-se a ele. Contudo, Freud (1923/1996) menciona que a concepção do ego vai além de uma parte do id que foi modificada pelo sistema perceptivo ao entrar em contato com o mundo externo e propõe a existência de uma diferenciação interna do ego, denominada ideal do ego ou superego, que se origina a partir da identificação com o pai na situação triangular edipiana. Assim, o superego ou ideal do ego é considerado o herdeiro do complexo de Édipo e

representante das proibições do pai ou de figuras de autoridade que continuam a ser exercidas na consciência sob a forma de censura moral.

Embora nesse momento teórico os conceitos de superego e ideal de ego tenham sido tomados como sinônimos, sendo ambos compreendidos como representantes da censura e consciência moral, há momentos em que a noção de ideal de ego é considerada uma instância diferenciada do superego. Nesse sentido, Freud (1914/1996a) afirma que o ideal de ego é originado a partir de um estado de perfeição narcisista vivenciado na infância que o sujeito se vê obrigado a renunciar devido às críticas recebidas dos pais. Assim, enquanto a instância crítica que mais tarde seria compreendida por Freud (1923/1996) como superego, corresponde à autoridade outrora exercida pelos pais, o ideal do ego representa o ideal almejado pelo sujeito de como deve ser para corresponder à expectativa dessa autoridade (Laplanche; Pontalis, 2004). No que concerne ao conceito de ego ideal, ele é tomado por Freud (1914/1996a) como um representante do estágio do narcisismo primário no qual o ego real da criança constituía seu próprio ideal, correspondendo, portanto, a esse lugar ilusório de perfeição infantil desfrutado na infância pelo ego real e que, ao crescer, o sujeito tenta recuperá-lo.

Assim, a existência de uma diferenciação interna do ego proposta por Freud (1914/1996a) em “Sobre o narcisismo: uma introdução” e consolidada na virada da década de 20 acarreta uma nova concepção para a noção de ego. O ego, então, deixa de ser concebido como uma única instância no interior do psiquismo, para ser considerado, no âmbito da segunda tópica, um sistema complexo que inclui uma série de instâncias (ego ideal, ideal do ego e superego) – noção atrelada ao conceito de narcisismo que implica em diversos destinos possíveis para a libido do ego, que serão abordados posteriormente. Além disso, as partes envolvidas no conflito psíquico, no qual o ego é o

agente de defesa, o superego a interdição e o id o pólo pulsional, acabam por contribuir para que essas partes, agora, sejam elevadas a instâncias do aparelho psíquico. Com isso, ocorre uma ampliação da noção de ego, que passa a englobar diversas funções e processos psíquicos. Assim, o ego é concebido por Freud (1923/1996) como uma entidade organizadora dos processos mentais dotada, não apenas de características motoras, mas também, sensório-perceptivas que faz com que ele receba as excitações provenientes do meio externo e do meio interno e, gradativamente, exerça o controle desses impulsos por meio da ação motora. Sendo que, além das funções motoras e cognitivas, também são funções atribuídas ao ego, dentre outras, o pensamento, prova da realidade, controle da motilidade e da percepção, processos mentais, antecipação, ordenação temporal e defesas (Laplanche; Pontalis, 2004).

Para além da concepção funcional do ego, Freud (1923/1996) considera, ainda, que "*o ego é acima tudo um ego corporal; não é apenas uma superfície, mas a projeção de uma superfície corporal*" (Freud, 1923, p. 39). Portanto, além de derivar das sensações corporais originadas, principalmente, da superfície do corpo, a instância do ego é fundada pela projeção dessa superfície corporal no psiquismo. Essa ideia aponta para uma noção de ego – narcísico – constituída por operações psíquicas que envolvem a formação de imagens na relação com outras pessoas e que ocorrem a partir dos conceitos de narcisismo, processos de identificação e a constituição do eu por meio do espelhamento nos cuidados parentais – temas que serão aprofundados em seguida.

3.2 O Ego Narcísico

Conforme mencionamos, a noção de ego – narcísico – também é constituída pela operação psíquica da projeção do corpo no psiquismo. Essa concepção, conforme

veremos, implica na formação de uma imagem corporal a partir de uma relação narcísica com outra pessoa. Nesse sentido, o ego narcísico se encontra fundado na própria imagem corporal e, posteriormente, transcende-a.

O conceito de imagem do corpo foi desenvolvido pela primeira vez por Paul Schilder (1935/1980), médico e psicanalista, que concebeu o corpo em duas dimensões: o corpo biológico e subjetivo, coexistentes mutuamente. Enquanto o corpo biológico é estruturado por funções fisiológicas e funcionalidade, o corpo subjetivo é pensado a partir da construção da própria imagem a partir do interesse do outro. A imagem do corpo está em uma constante formação que envolve aspectos sensoriais e afetivos, como o toque, o olhar, o cuidado e o manuseio que culminam em um nascimento subjetivo. Nesse sentido, a imagem do corpo é constituída a partir da sustentação física e psíquica do corpo e ocorreria tal qual a imagem refletida no espelho, permitindo o (re)conhecimento de si a partir do outro.

Assim, em psicanálise a imagem do corpo pode ser compreendida a partir do conceito de narcisismo. Nessa perspectiva psicanalítica, Freud (1914/1996a) toma o mito de Narciso para explicar o amor que uma pessoa sente por si mesma ao ver o reflexo da própria imagem. Tal inspiração aponta para a ideia de que a imagem corporal pode se tornar fonte de investimento libidinal no espelhamento do sujeito refletindo a própria imagem a partir da dinâmica relacional narcísica com o outro.

O narcisismo é caracterizado por Freud (1914/1996a) como uma fase do desenvolvimento na qual o ego, não estando presente desde o início, precisa ser desenvolvido, sendo necessária "*uma nova ação psíquica*" (Freud, 1914/1996a, p. 84) para provocar o narcisismo e constituí-lo. Essa ação marca a passagem do autoerotismo, com suas primeiras sensações de prazer guiadas pela função de autopreservação, para o

narcisismo, na qual o ego toma a si mesmo como objeto de amor para a própria sexualidade. Nessa perspectiva, Freud (1914/1996a) caracteriza o narcisismo a partir dos investimentos libidinais que ocorrem ao longo do desenvolvimento até alcançar a passagem do narcisismo para as relações objetais. Nesse viés, primeiramente, a libido é investida no próprio ego (libido sexual) e, posteriormente, transmitida aos objetos externos (libido objetal). Trata-se, portanto, do narcisismo primário e secundário, onde neste último ocorre o retorno da libido do objeto ao ego, levando o sujeito a amar a si mesmo como retorno por amar o outro.

Essa dinâmica narcísica aponta para a importância do outro no campo afetivo das relações demonstrando que o ego necessita do outro para se proteger da sensação de desamparo, o qual foi descrito por Freud (1925 [1926]/1996) em “Inibições, sintomas e ansiedade” 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 – tópico que será desenvolvido em profundidade mais adiante.

Nesse sentido, a identificação pode ser compreendida como uma maneira de aplacar esse desamparo, sendo definida por Freud (1921/1996) em “Psicologia de grupos e a análise do ego” como “*a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa*” (Freud, 1921, p.115). Assim, a identificação é a primeira forma pela qual o ego escolhe o objeto e ocorre em uma etapa preliminar da escolha objetal que remonta a uma fase anterior ao complexo de Édipo derivando da fase oral canibalesca de incorporação do objeto de desejo. Além disso, a identificação também foi compreendida por Freud (1923/1996) como um processo contínuo da constituição do ego. Dessa forma, o ego assume as características dos objetos amados perdidos a partir das identificações com vários aspectos de outras pessoas.

Nessa vertente, mencionamos a releitura do narcisismo freudiano proposta por Jaques Lacan (1953/1998; 1966/1998; 1981/1988). Na perspectiva lacaniana, o narcisismo também é considerado parte fundamental do desenvolvimento humano, porém não se constitui apenas por processos de identificação. Conforme afirma o autor, a noção de narcisismo deve ser considerada como a relação imaginária central para a relação inter-humana. Nesse aspecto, a imagem do corpo está relacionada à constituição do eu[6], uma vez que, é essa imagem que estabelece a base da relação do corpo com o eu e com a realidade externa. O corpo, por sua vez, pode ser pensado a partir de sua concepção dos três registros fundamentais complementares: o Imaginário, que concebe o corpo do sujeito como uma imagem formada a partir do outro marcando sua constituição subjetiva; o Simbólico, no qual o corpo é marcado pelo significante sob o primado da linguagem; e do ponto de vista do Real, no qual o corpo é tomado como energia psíquica sinônimo de gozo (Cukiert; Priszkulnik, 2002).

Assim, nos primeiros momentos de sua teoria, Lacan (1966/1998) defende a ideia de que o eu se constrói a partir da imagem que lhe é devolvida pelos cuidados parentais que medeiam a função materna. Do ponto de vista do registro imaginário, o corpo é uma imagem. Desse modo, a constituição do sujeito se dá na formação da imagem do corpo próprio a partir do outro – um semelhante, perspectiva na qual se destaca a importância da alteridade. Contudo, a construção do eu a partir da alteridade é

[6] É importante estabelecer uma diferença terminológica entre os termos eu, ego e Ego. A escola francesa de Psicanálise emprega o termo *je* (traduzido por *eu*) em relação ao ego, que designa o ego com uma instância psíquica encarregada de funções ou o termo *moi* que corresponde a uma representação da imagem que o sujeito possui de si mesmo, sua identidade. Freud empregava indistintamente no original alemão tanto a expressão das *Ich* (*je*) como *selbst* (si mesmo). Em geral o termo ego – com a inicial minúscula – é utilizado para designar uma das instâncias psíquicas que compõem a estrutura da personalidade e a grafia Ego – com a inicial maiúscula – para indicar o que se compreende por *self*. O termo self, por sua vez, é utilizado na Psicologia do ego para indicar "imagem de si mesmo" e é composto de estruturas que englobam não somente o ego, mas também, o id, o superego e a imagem do corpo, correspondendo à personalidade total (Zimmermann, 2008). No presente trabalho foi adota a grafia ego – com a inicial minúscula – para se referir à instância psíquica e suas funções, exceto quando foi feita referência à teoria lacaniana, onde empregamos o termo eu.

marcada pelo desconhecimento e alienação. Nesse viés, a criança reconhece a si própria no outro, mas, inicialmente, seu corpo e seu desejo não são vividos propriamente como seus, e sim projetados e alienados no desejo do Outro (Cukiert; Priszkulnik, 2002).

Assim, para explicar a ideia de que o eu enquanto corpo não se reduz ao biológico, Lacan (1966/1998) elabora o esquema conceitual proposto como estádio do espelho. O estádio do espelho está localizado entre o sexto e o décimo oitavo mês de vida, no qual o bebê ainda encontra-se em um estado de impotência motora e dependente da amamentação e possui uma imagem despedaçada do próprio corpo. Deste modo, compreende um momento psíquico de apreensão imaginária do corpo enquanto uma unidade corporal (*Gestalt*) que antecede a maturação fisiológica e motora do sujeito, situando a instância do eu antes de sua determinação social fundada pela linguagem.

Ademais, o estádio do espelho é compreendido por Lacan (1966/1998) como uma identificação primordial do sujeito com sua imagem especular a partir da dialética de identificação com o Outro. Assim, a identificação envolve a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem – *a imago*, para o Outro. Nessa dialética, primeiramente, o sujeito estabelece uma diferença entre seu corpo e a realidade exterior para, posteriormente, identificar essa realidade externa tomada a partir da imagem do semelhante como sua própria imagem refletida num espelho. Para Lacan (1966/1998) a imagem especular pertence ao registro do imaginário e se assemelha ao ego ideal de Freud (1923/1996) sendo, portanto, de formação essencialmente narcísica.

Portanto, o narcisismo consiste em uma relação de complementaridade entre o eu e o outro, na qual o eu e o outro estão presos em uma alienação especular do desejo. Com isso, não há o reconhecimento da falta e, portanto, não há também separação do

objeto (Campos, 2013). Nesse viés, os conceitos de eu e de corpo, sob o prisma do registro Imaginário, encontram-se diretamente relacionados na teoria lacaniana. A imagem corporal possui papel essencial na constituição do sujeito, pois é a partir da imagem especular que a criança estabelece relações entre seu corpo e a realidade e, com isso, alcança validação e reconhecimento de si enquanto um sujeito. Nesse sentido, o corpo, na vertente imaginária, é responsável pela constituição do eu, uma vez que, se configura como o próprio alicerce fundante do sujeito. Esses aspectos destacam a relevância da imagem para causalidade psíquica na passagem ao narcisismo (Cukiert; Priszkulnik, 2002).

Assim, a conquista da imagem do próprio corpo acontece a partir de uma experiência de identificação fundamental no campo da relação especular que ocorre antes do advento do esquema corporal e, portanto, se configura como uma pré-formação do eu. Nesse processo, há um reconhecimento imaginário de si através do outro que é justificado por fatos objetivos, pressupondo-se como elemento constitutivo uma alienação imaginária (Dor, 1989/2008). Porém, para se constituir de fato é preciso que a criança se coloque como objeto do olhar no campo do Outro, cujo reconhecimento, ocorrido via nomeação, permite sua entrada no registro Simbólico. Portanto, a saída para essa alienação se torna possível a partir da entrada do registro Simbólico, onde o espelho representa o Outro no qual o sujeito passa a admirar seu eu enquanto eu ideal e se torna um objeto do desejo do Outro, possibilitando, assim, o advento do sujeito do próprio desejo (Cukiert; Priszkulnik, 2002).

O processo de formação do eu enunciado no estádio do espelho a partir da imagem especular refletida na dinâmica relacional narcísica com o Outro avança no desenvolvimento humano com a entrada no complexo de Édipo. Conforme Lacan (1956-1957/1995) o conflito edipiano teria uma função estruturante, sendo as fantasias

relacionadas ao pai e a mãe imaginários, um momento desse processo estruturante. Na interpretação lacaniana, a inveja do falo é considerada o terceiro elemento presente na relação primordial da mãe com seu filho. Sendo assim, o primeiro tempo do conflito edipiano – o narcisismo primário, inicia-se na relação dual configurada pelo desejo da criança de ser o objeto de desejo da mãe, levando a criança a se identificar com o falo imaginário da mãe. Essa situação revela uma completude narcísica na qual o bebê tampona a falta da mãe. A entrada em cena de um novo elemento que obriga a criança a construir suas fantasias. A criança é confrontada entre satisfazer uma imagem e ter algo de real para apresentar. Para Lacan (1957-1958/1999) o par narcísico é rompido quando a lei do pai (simbólico) intervém fazendo incidir a castração, reestabelecendo a ordem e proibindo a criança de ser objeto de satisfação da mãe. O pai simbólico, o nome-do-pai, funciona como uma metáfora do desejo da mãe (falo) que ao nomeá-lo afasta e barra esse desejo (Barretta, 2012). Nesse momento, a criança constitui o próprio cerne de seu eu ideal com as decepções que lhe são intrínsecas, prestes a destroná-la de sua posição "majestosa" na relação com o desejo da mãe (Quintella, 2014).

O segundo tempo do complexo de Édipo, trata-se de "remeter a mãe à lei" (Lacan [(1957-1958/1999)], p. 199) com esta última fundando em seu próprio discurso a lei simbólica. Esse momento é imprescindível para situar a criança como privada de ser o falo da mãe, fazendo-a assumir uma posição que engendra o caráter simbólico da falta de objeto. Nesse momento, o pequeno sujeito se acha submetido à onipotência do pai, sendo arrebatado de uma suposta onipotência frente ao desejo materno. O terceiro tempo do Édipo, por sua vez, consiste no declínio do complexo de Édipo, no qual o pai pode dar à mãe o que ela deseja, sendo que pode dar porque o possui (Quintella, 2014).

Dessa forma, no primeiro tempo, apesar de já interditada, a criança ainda acredita na sua própria onipotência; no segundo atribui a onipotência ao pai; no terceiro,

declina de seu investimento primário, situando o pai como potente – diante do desejo da mãe (Quintella, 2014; Dor, 1989/2008). Nesse momento, o pai potente, que satisfaz sexualmente a mãe e é o suposto detentor do falo, funciona como suporte da lei abrindo o caminho para a identificação ao ideal do eu. Assim, o pai real (castrador) e o pai imaginário (privador) estão diretamente relacionados à formação do ideal do eu, uma vez que, ao se ver privado de ser o falo da mãe, o sujeito, ancora-se no pai real, conduzindo a uma saída identificatória mediante seu ideal. Para não perder o amor do pai ideal, o sujeito se submete a ele, divinizando-o, e, assim, funda-se a figura da autoridade, sendo que, para Lacan (1959-1960/1997) é o pai imaginário que se constitui como fundamento da imagem de Deus. Portanto, é na passagem do segundo para o terceiro tempo, na Ordem Simbólica, que o ideal do eu se constitui (Quintella, 2014).

Portanto, a constituição do ego está diretamente relacionada ao narcisismo. Em Freud (1914/1996a) a constituição do ego está situada na operação narcísica primária que acarreta a formação dos componentes ideais (ego ideal, ideal do ego ou superego). A formação do ego ideal ocorre como uma tentativa de recuperar o narcisismo primário perdido e a fantasia de onipotência. Já o ideal do ego, sinônimo do superego, é uma instância criada pelo sujeito para se afastar do narcisismo primário a partir das identificações secundárias apoiadas na figura do pai. O ideal do ego, por sua vez, está diretamente ligado ao complexo de castração, o qual é fator decisivo para a constituição do complexo de Édipo. Na mesma vertente, na releitura freudiana de Lacan (1957-1958/1999) também é possível observar a relação entre narcisismo, Édipo e ideal do eu. Nesse sentido, o pai assume o lugar central no complexo de Édipo, sendo o caráter intrínseco da perda do objeto ao constituir o ideal do eu via identificação nessa travessia (Quintella, 2014).

Assim, na perspectiva freudo-lacaniana, a constituição psíquica é compreendida a partir de um sistema complexo de instâncias (id, ego e superego) pautado por um conflito psíquico infantil em que, por um lado, há um inconsciente do recalque e, por outro, há um inconsciente das relações entre o ego e suas instâncias ideais (ego ideal, ideal do ego e superego). Ademais, esse processo envolve um conflito em relação às dimensões inconscientes da personalidade que remetem ao trauma, à angústia e ao luto – temas que serão abordados a seguir.

3.3 O Trauma

Quando se aborda o fenômeno do sofrimento psíquico e corporal na área da saúde, a noção mais imediata e geral é a de *traumatismo***.** O termo é originário de raiz etimológica grega e significa lesão causada por um agente externo. No campo psicológico e psicanalítico em geral, supõe-se a ocorrência de um trauma quando as defesas psicológicas naturais são transgredidas, de modo que, mais do que o estímulo estressor em si, um evento é considerado traumático de acordo com a maneira como as pessoas o processam após sua ocorrência (Peres; Mercante; Nasello, 2005). Nesse sentido, situações de grande sofrimento psíquico provocadas pelo processo de adoecimento podem se transformar em experiências traumáticas e disruptivas na vida de uma pessoa (Kupermann, 2016), na medida em que, não raro, desestabilizam o sujeito, colocando-o em uma situação limite que gera incertezas e provoca imprevisibilidade diante do futuro (Coppus; Pereira, 2020).

Na psicanálise, a noção de trauma está presente desde sua origem, quando Freud (1893-1985/1996) ainda buscava, a partir da teoria traumática da sedução generalizada, compreender a natureza real ou fantasmática dos traumas de abusos infantis narrados

por suas pacientes histéricas. Tratava-se da hipótese de traumatismo sexual que pressupunha a existência do abuso sexual da criança por parte do adulto e um acontecimento posterior que seria responsável por evocar, via associação, a cena de sedução primária, desencadeando um afluxo excessivo de excitações. Decorre daí a concepção de que o trauma aconteceria a partir da lembrança do acontecimento, e não do acontecimento traumático em si – o abuso sexual, o que levou Freud a afirmar que "*os histéricos sofrem principalmente de reminiscências"* (Freud, 1893-1985/1996, p. 43).

Ao refletir sobre as neuroses traumáticas vividas após situações de guerra ou desastres nas "Conferências introdutórias sobre psicanálise" Freud (1917 [1916-1917]/1996) menciona que na neurose traumática os pacientes se comportam como se a situação traumática ainda existisse, ou seja, os pacientes produzem os sintomas a partir de algo que não é real, mas que produz efeitos de realidade. Com isso, a noção de trauma é pensada como uma excitação de origem interna que é desencadeada por uma fantasia associada a um acontecimento externo, ocorrendo, portanto, em um segundo tempo. Nesse contexto, Freud (1917 [1916-1917]/1996) explica o trauma como uma experiência (externa) que, em pouco tempo, desencadeia um afluxo de excitações (internas) excessivamente intensas em relação à capacidade de elaboração do aparelho psíquico, resultando em transtornos permanentes ao psiquismo. Nesse sentido, o autor afirma "*o termo 'traumático', não tem outro sentido senão o sentido econômico*" (Freud, 1917 [1916-1917]/1996, p. 283). Com isso, ocorre um deslocamento da ênfase dos traumas para as fantasias infantis e, por consequência, um enfraquecimento da teoria da sedução.

Em "Além do princípio do prazer" (1920/1996) emerge uma nova concepção do trauma nos anos 1920, quando Freud passa a pensar o trauma a partir de sua relação

com a repetição. Nesse sentido, os estudos sobre as neuroses traumáticas (de guerra) levaram Freud (1920/1996) a observar uma fixação no trauma vivenciado, onde o sujeito busca retornar, repetidamente, à situação do seu acidente, mesmo quando não deseja mais pensar nele. Essa repetição de uma experiência idêntica à traumática, observada nos sonhos ou nas brincadeiras infantis, seria uma forma de alcançar novamente o prazer que foi perdido com o traumatismo, (*re*)ligando as excitações e permitindo sua descarga. Sendo assim, o traumático produziria uma compulsão à repetição representando uma tentativa do sujeito de reviver o trauma em busca de uma redução de sua energia psíquica e sua simbolização.

Nesse modelo, Freud (1920/1996) apresenta a noção de vesícula descrevendo sua função de escudo protetor contra o excesso de estímulos para proteger o psiquismo contra uma irrupção traumática. Assim, Freud (1920/1996) descreve o traumático como um acontecimento externo que atravessa o escudo protetor e inunda o aparelho psíquico com uma quantidade excessiva de estímulos que perturba o funcionamento do organismo, colocando o princípio de prazer, momentaneamente, fora de ação, ao mesmo tempo em que aciona medidas defensivas. O rompimento da barreira do escudo protetor produz um efeito traumático, acionando as medidas defensivas que, por sua vez, tentam dominar as quantidades de estímulos que irromperam, de modo a *(re*)ligá-los ao aparelho psíquico. Com isso, ocorre um fluxo contínuo de excitações da periferia até o núcleo do psiquismo do qual o aparelho psíquico se defende realizando um superinvestimento de energia psíquica ao redor desse rompimento, análogo ao que se produz frente a uma dor física. Esse contrainvestimento narcísico auxilia a ligar as excitações excedentes e permitir a descarga e, com isso, o aparelho psíquico ficaria menos ‘inundado’ de energia psíquica. Porém, nesse processo que o sujeito (contra)investe boa parte de sua energia psíquica acarreta um empobrecimento de todos

os outros sistemas psíquicos dos quais a energia psíquica foi retirada. O efeito desse intenso trabalho psíquico pode ser paralisia ou redução de outras funções psíquicas.

Assim, a substituição do modelo do trauma como vivência episódica na etiologia das neuroses pelo modelo do trauma como transbordamento pulsional ocorrida ao longo da obra freudiana, torna possível o aprimoramento do antigo modelo da pulsão a partir da integração do fator traumático. Nesse novo modelo, o trauma equivale ao despreparo do aparelho psíquico ante o ataque pulsional, sendo que, o traumático é tomado como a própria pulsão, em particular, a pulsão de morte. Nesse quesito, o traumático, como efração, revela-se inseparável da força pulsional que transgride os limites egoicos, não havendo, portanto, disjunção entre trauma e pulsão. Assim sendo, o acontecimento traumático externo funciona como elemento que desencadeia, no espaço interno, a irrupção de um pulsional. Esse pulsional, por sua vez, encontra-se desligado de uma representação psíquica e, portanto, se manifesta em um estado puro de pulsão (Melo; Ribeiro, 2006). Desse modo, não ocorre a ligação pulsão-representante e o excesso pulsional fica impossibilitado de ser descarregado através do representante psíquico da pulsão. Esse processo pode levar o sujeito a ter sua integridade psíquica ameaçada (Levy; Ceccarelli, 2020), tornando-se correlato a um estado de desestruturação narcísica (Melo; Ribeiro, 2006).

Portanto, em Psicanálise o trauma é caracterizado pela incapacidade do indivíduo em responder adequadamente a um afluxo de energia que ultrapassa sua capacidade de elaboração psíquica, podendo trazer efeitos patogênicos na organização psíquica. Nesse caso, o afluxo de energia é excessivo em relação à tolerância do aparelho psíquico, quer se trate apenas de um acontecimento violento que traga forte emoção, ou de uma acumulação das energias – mesmo que tomadas isoladamente sejam toleráveis. O aspecto econômico relacionado ao trauma se torna preponderante desde o

início da teoria freudiana, já que, as consequências do traumatismo envolvem a incapacidade de elaboração do aparelho psíquico segundo o princípio de constância (Laplanche; Pontalis, 2004).

Esse modelo do traumático, compreendido como um acúmulo de excitação difícil de ser suportado pelo psiquismo, aponta para uma semelhança com o quadro de neurose de angústia – a neurose dita atual. Na neurose atual falta uma elaboração psíquica da excitação, isto é, um trabalho psíquico de ligação da energia, fazendo com que ela deixe de fluir livremente e permaneça ligada a certos conteúdos. No que concerne à neurose traumática ela resulta da mesma efração produzida por excesso de energia que vem atacar a vesícula que se encontra, então, despreparada. A compulsão à repetição apareceria sob a forma de registro atual representado pela presença permanente e imperativa da agonia (susto), do desespero, em suma, do desamparo como resultado da impossibilidade de elaboração psíquica por parte do ego. Nesse viés, a ocorrência do trauma irá depender do psiquismo ter sido ou não preparado pela manifestação da angústia. No traumatismo, portanto, prevalece a ideia da angústia automática (das neuroses de angústia) que se coloca em oposição à angústia propriamente dita, angústia-sinal (das psiconeuroses) (Cardoso, 2011).

Em “Inibições, sintomas e ansiedade” Freud (1926 [1925]/1996) passa a pensar o trauma a partir do conceito de desamparo, aproximando-os da angústia[7]. O desamparo corresponderia ao protótipo da situação traumática geradora de angústia (automática) e

[7] Em certos momentos na Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud o termo ansiedade foi utilizado para se referir a concepção de angústia. O termo ansiedade é utilizado igualmente como tradução do termo alemão "*angst*", pois a edição que serviu de referência à publicação brasileira foi a de língua inglesa, que utilizou "*anxiety*" como tradução para "*angst*". No entanto, a tradução mais apropriada para "*angst*" – e a que foi adotada para ser utilizada no presente trabalho – é angústia. O termo angústia é originário do latim "*angustia-ae*" que se refere a noção de espaço apertado, estreiteza. Já o termo "*angst*" deriva-se da raiz indo-européia "*ângh-*", que se refere a apertado, apertar, pressionar (Hanns, 1996, p.63), assim como o que se apresenta no fenômeno estudado por Freud.

estaria relacionado à falta de recursos do ego para lidar com a angústia (sinal) desencadeada pelas situações de perigo. Nesse caso, o perigo externo internalizado passa a ser reconhecido como relativo a certa situação de desamparo já experimentada levando o ego a acionar a angústia como um sinal de ameaça à repetição de uma situação traumática de desamparo, ocorrendo, posteriormente, o acionamento de mecanismos de defesa, tais como o recalque e a formação dos sintomas resultante das psiconeuroses.

Cabe mencionarmos que Freud (1926 [1925]/1996) também considera a existência de outros mecanismos de defesa secundários para além do recalque observado nos quadros de neurose. É o caso da conversão somática e certos níveis de dissociação na histeria, bem como as racionalizações, formações reativas e isolamento presente na neurose obsessiva. No isolamento, a experiência traumatizante não reca1cada no inconsciente, é privada do seu afeto e as suas relações associativas são reprimidas (*unterdrückt*) ou quebradas, de modo que, tal experiência persiste como se estivesse isolada e, portanto, não é reproduzida no decorrer da atividade de pensamento. O isolamento pode existir como efeito do mecanismo de deslocamento, no qual a intensidade de uma representação se destaca dela para passar a outras representações originariamente pouco intensas, ligadas à primeira por uma cadeia associativa, formando, assim, representações substitutas. O deslocamento, por sua vez, favorece o mecanismo de condensação, no qual uma representação única representa por si só várias cadeias associativas, podendo um elemento (tema, pessoa, etc.) ser conservado apenas porque está presente por diversas vezes em diferentes pensamentos, representando, assim, um ponto nodal. Além disso, indica mecanismos de defesa primários atinentes a outros quadros psicopatológicos, da ordem das psicoses e das perversões, como é o caso recusa e a denegação da castração, além de formas mais radicais de cisão e clivagem do

ego (Laplanche; Pontalis, 2004). Esses mecanismos são acionados em resposta à sinalização de angústia, que possui diferentes qualidades ao longo do desenvolvimento, mas remete em última instância ao desamparo originário frente à pulsão.

Portanto, para Freud (1926 [1925]/1996) o estado de desamparo irá se constituir para o ser humano adulto como um modelo dessa situação traumática que gerou a angústia, na medida em que a perda do objeto de amor ou a separação desse objeto e o temor da castração podem levar a uma elevação da tensão. Nessa circunstância, em casos extremos, o sujeito pode se ver incapaz de dominar suas excitações e ser submergido por elas, gerando o sentimento de desamparo. Ademais, no desamparo enquanto situação traumática há uma equivalência entre os perigos externos (reais) e internos (pulsionais). Nesse sentido, o desamparo motor do ego encontrará expressão no desamparo psíquico, uma vez que, a situação econômica será a mesma tanto diante de casos de dor como frente a um acúmulo de necessidades pulsionais que não encontram satisfação.

Não obstante, Freud (1926 [1925]/1996) centralizou a fase fálica com o ponto estruturante da dinâmica da personalidade, tendo explorado mais em profundidade a angústia de castração. Nesse quesito, considera que a angústia (originária) corresponde à irrupção da pulsão de morte em um aparelho psíquico que perde as possibilidades de ligá-la em representações e, portanto, seria a pulsão em seu estado mais puro, que busca a descarga a qualquer custo destruindo as associações entre as representações do psiquismo. Esse seria, portanto, o momento mais propriamente traumático representado pelo desamparo diante do inominável da pulsão e contra o qual o aparelho psíquico se defende constantemente a fim de evitar um colapso mental (Campos, 2013).

Em paralelo à concepção freudiana de traumatismo pulsional, Lacan (1958-1959/2016) desenvolve a ideia do trauma enquanto constitutivo do sujeito, que diante do desejo do Outro fica sem recursos e desamparado. Nessa concepção, o sujeito só pode ser concebido a partir do campo da linguagem no encontro com o desejo enquanto desejo do Outro, momento que é considerado sempre traumático, pois frente a ele o bebê se encontra sem recursos, desamparado. Posteriormente, Lacan (1964/2008) amplia a ideia do trauma relacionando-o ao encontro com o Real enquanto algo impossível de se nomear. Nesse sentido, embora o sujeito seja constituído no universo simbólico pela linguagem, há sempre algo que fica de fora, e que Lacan chama de encontro com o Real. O Real, portanto, é pensado como um tempo anterior às palavras, em um momento pré-simbólico. O inominável, por sua vez, indicaria o impensável da experiência traumática, aquilo que não possui correspondência no simbólico e que, por isso, é impossível de ser elaborado simbolicamente (Guzmán; Derzi, 2021).

Nesse sentido, quando a doença orgânica invade o corpo fazendo com que o sujeito experimente sentimentos de angústia diante da impossibilidade de representação psíquica (Coppus; Pereira, 2020), o adoecimento pode se apresentar enquanto um encontro com o Real, fazendo referência àquilo que excede à capacidade de representação psíquica e se torna impossível de ser simbolizado e diante do qual se experimenta o traumático (Bomfim, 2016). O sujeito, então, é tomado pelo horror de uma dimensão traumática que perpassa o anteparo de proteção psíquica. Com efeito, esse abalo coloca o sujeito frente a uma sensação de ameaça e o leva a se deparar com a ruptura da roupagem imaginária responsável por formar a imagem corporal e que possibilitava seu reconhecimento (Coppus; Pereira, 2020).

Portanto, o traumático provém de irrupções pulsionais e do desamparo que se justificam em situações de adoecimento em que há a perda de certos suportes do ego

para lidar com os impulsos. Em certas doenças neurológicas – incluindo o Parkinson, conforme veremos mais adiante em tópico específico – acontece a perda da consistência da imagem do ego e do seu suporte corporal, incluindo funções psicomotoras, portanto de dimensões do ego funcional e do ego narcísico. Dessa forma, não se trata tanto de um trauma efrativo e pontual, como em geral se tende a pensar, mas de um traumatismo progressivo, gerado mais pela perda da força e dos recursos do ego do que pelo ímpeto pulsional. Assim, o trauma, de uma forma ou de outra, é condição desencadeante de um processo de angústia que remete à castração, ao desamparo e, sobretudo, ao luto – conforme veremos a seguir.

3.4 O Luto e os processos de elaboração da perda

O luto é considerado uma experiência universal em que todos vivenciam perdas significativas, sendo que tais experiências ocorrem em uma sociedade, cultura e época específicas que irão dar um contorno a uma experiência singular. O processo de luto se inicia diante de situações de perdas significativas que podem ou não envolver uma morte concreta. Os primeiros lutos são vivenciados na infância quando se aprende que as pessoas morrem e não existirão mais de modo presencial, mas ocorre também em situações de perdas significativas em que não houve morte, como separações, mudanças de país, de cidade, escola (Kovács, 2020). Nessa vertente, o luto pode ser entendido como uma maneira de lidar com os diversos modos de perdas do objeto, podendo estar relacionado a uma pessoa, a uma coisa ou um ideal, ou ainda um aspecto da pessoa que se transformou, como, por exemplo, a juventude perdida, a mudança do estado civil, ou a alteração do estado de saúde (Simonetti, 2016).

No cenário psicanalítico as especificidades em relação ao conceito de luto são apresentadas por Freud (1917 [1915]/1996) em seu texto “Luto e melancolia”. O autor define o luto como uma “*reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém*” (Freud, 1917 [1915]/1996, p. 249) sendo caracterizado, mais detalhadamente, como um estado em que estão presentes traços psíquicos marcados por um profundo desânimo, desinteresse pelo mundo externo, incapacidade de amar e inibição por toda atividade que não envolva o objeto de amor perdido. Conforme o autor, o luto envolve um trabalho que se inicia quando o teste de realidade revela que o objeto amado não existe mais, sendo exigido que o sujeito retire toda a libido que até então estava investida naquele objeto. Nesse processo, cada lembrança vinculada ao objeto por meio da libido é evocada havendo um superinvestimento libidinal para em seguida por meio da elaboração psíquica haver o progressivo desinvestimento e realocação da libido para novos objetos.

Em específico ao sofrimento psíquico envolvido no trabalho de luto, Nasio (2007) complementa que o ego reage à perda do objeto amado produzindo um afeto que é percebido pela consciência como uma dor física. Conforme destacou Freud (1920/1996), essa dor se configura como uma das manifestações do traumático ocasionado pelo superinvestimento de energia psíquica no aparelho psíquico. Para Nasio (2007), a dor acontece quando há um deslocamento maciço e súbito de energia, sendo que, tanto o desinvestimento da libido por parte do ego de quase todas as suas representações para superinvestir nas lembranças do objeto amado perdido, como o posterior desinvestimento da libido destas lembranças para investir em outros objetos, são dolorosos. Assim, o trabalho de luto é doloroso porque dele decorre uma lenta e

progressiva redistribuição da energia que até então estava concentrada em uma única representação que, por estar superinvestida de libido, era dominante.

Assim, Freud (1917 [1915]/1996) considera que o trabalho do luto envolve a redistribuição da libido que antes estava investida no objeto de amor perdido, sendo que, apesar das alterações comportamentais observadas, é considerado um processo normal, e não um estado patológico, de modo que, tende a ser superado após determinado tempo sendo, portanto, inútil qualquer interferência em relação a ele. Nesse sentido, Freud (1916 [1915]/1996) menciona em seu texto "Sobre a transitoriedade" que, embora doloroso, o luto chega naturalmente ao fim quando há a renúncia de tudo que foi perdido e a libido pode então ficar livre para ser investida em novos objetos, os quais irão substituir os objetos perdidos e poderão ter valor igual ou maior ao objeto perdido.

Berlinck (2008) acrescenta que o trabalho de luto se aproxima do trabalho de elaboração psíquica, que seria o esforço do aparelho psíquico para ligar impressões traumatizantes. Nesse sentido, ocorrem complexas operações intrapsíquicas com os afetos que se desligam de suas representações procurando novas representações. A pulsão fica solta em busca de objetos para investir, buscando maneiras de ser descarregada. O aparelho psíquico encontra-se em constante trabalho para transformar essa energia da pulsão em uma energia mais diluída e ligada a representações buscando por meio da simbolização permitir que a energia cause menos tensão e desprazer. Em complemento, Kristeva (1987) destaca que o trabalho de luto consiste na elaboração psíquica da perda do objeto, a qual consiste em recuperar o objeto perdido no plano imaginário ou simbólico, proporcionando, assim, uma assimilação simbólica do objeto perdido.

Entretanto, o trabalho de simbolizar e elaborar a perda, reencontrando novos caminhos para o desejo, leva determinado tempo e sempre envolve algum pesar. Nesse percurso os objetos de amor podem ser desinvestidos levando o sujeito a encontrar novos substitutos. Trata-se de um processo que não é tão simples, pois envolve não apenas encontrar um objeto substituto, mas elaborar as fantasias conscientes e inconscientes que são ativadas frente à perda do objeto amado. Portanto, o processo de luto consiste na busca de um novo equilíbrio de forças a partir de um redimensionamento das fantasias e defesas do psiquismo (Campos, 2013).

Em relação aos possíveis mecanismos dinâmicos acionados diante do processo de luto ou de uma situação que sinaliza a perda iminente de um objeto, Freud (1916 [1915]/1996) menciona que a transitoriedade do belo pode levar a uma antecipação do luto, que seria uma reação psíquica defensiva desencadeada pela previsibilidade de morte dessa mesma beleza. Assim, trata-se de casos que envolvem uma condição de luto antecipado, 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.

Em seu trabalho “Sobre a morte e o morrer” a psiquiatra Kübler-Ross (1969/2008), sob uma visão psicodinâmica, também identificou ansiedades e defesas que foram vivenciadas por pessoas com doenças terminais diante do prenúncio de sua morte, e as agrupou em cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Esse processo pode ser vivenciado antes ou após a ocorrência de uma a morte, mas também são utilizados diante de qualquer perda vivenciada que indique a necessidade de elaboração do luto. Esses estágios não seguem uma ordem preestabelecida, podendo se intercalar entre si ou regredirem para estágios anteriores, variando, portanto, de acordo com cada subjetividade, conforme descrevemos abaixo:

- A negação é o primeiro mecanismo de defesa utilizado, no qual o paciente se recusa a entrar em contato com um fato de intenso sofrimento psíquico, e que passa a ser tratado como se não existisse.
- A raiva e a revolta surgem quando não é mais possível manter a negação, podendo estar associados à sensação de inconformismo, sendo, muitas vezes, projetados para o ambiente e direcionados para outras pessoas.
- O terceiro estágio é a barganha, no qual o paciente efetua acordos em troca de benefícios. Muitas vezes possui cunho religioso e está relacionando a promessa de mudança de vida.
- O quarto estágio é a depressão, no qual o paciente se prepara para perder tudo e todos que ama, havendo um trabalho silencioso de elaboração diante das perdas iminentes rumo à aceitação.
- A aceitação é considerada o último estágio, no qual o paciente demonstra estabilidade emocional e consegue aceitar sua real condição, manifestando com sentimentos de paz e tranquilidade.

Cabe mencionarmos que a antecipação do luto, considerada por Freud (1916 [1915]/1996) uma defesa do sujeito frente à transitoriedade de sua existência, conforme Castro-Arantes (2016) assemelha-se à preparação para as perdas iminentes que ocorrem no estágio de depressão de Kübler-Ross. Nesse sentido, 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 preparação para as perdas reais

anunciadas, semelhante à depressão preparatória de Kübler-Ross (Castro-Arantes, 2016).

Sendo assim, o trabalho de luto nem sempre é devidamente elaborado. Nesse sentido, além das condições em que esse trabalho se torna crônico e cristalizado, existe paralelamente a possibilidade de uma condição denominada patologia melancólica (Campos, 2013).

Freud (1917 [1915]/1996) discorre sobre a melancolia e a diferencia do luto, salientando que embora a melancolia também possa constituir a reação à perda de um objeto amado, nela o objeto talvez não tenha realmente morrido, mas se perdido enquanto objeto de amor. Nesse sentido, a perda na melancolia seria de natureza mais ideal e estaria de algum modo inconsciente, não sendo possível ver claramente o que foi perdido. Conforme o autor, as características na melancolia são as mesmas que no luto, exceto pelos sentimentos de diminuição da autoestima, auto recriminações e expectativa de punição apresentadas pelo melancólico e que no luto estão ausentes. Esses sentimentos apontam para uma ambivalência que se manifesta diante da perda do objeto como uma identificação narcísica do ego com o objeto amado perdido e que, por consequência, envolve uma cisão egoica, na qual uma parte do ego irá se colocar contra a outra e julgá-la criticamente, tomando-a por seu objeto perdido. Na melancolia, portanto, a perda do objeto se transforma em uma perda relativa ao ego.

Assim sendo, diferentemente do trabalho normal de luto, a melancolia é considerada por Freud (1917 [1915]/1996) um processo patológico que estaria relacionado a uma constituição narcísica do sujeito, tendo sido classificada entre as

“neuroses narcísicas”[8]. Na melancolia, a libido que estava ligada ao objeto amado perdido ao invés de ser deslocada para outro objeto, como no luto, é deslocada para o próprio ego, havendo uma regressão de um tipo de escolha objetal para o narcisismo primário. Nesse processo, a libido livre que retornou ao ego demonstra um fraco poder de resistência do investimento libidinal revelando que a escolha objetal é efetuada sob uma base narcisista e que, ao se deparar com alguma dificuldade, a libido pode regredir para o narcisismo.

Nesse sentido, o processo normal de luto implica um lento trabalho de desligamento dos fragmentos de memória associados ao objeto perdido, cuja natureza permite um trabalho de separação, liberando o sujeito para amar novamente. Ao passo que, na melancolia a explicação para o aspecto patológico está na natureza da ligação ao objeto que seria da ordem de uma identificação narcísica. Como o melancólico não suporta o desapontamento da perda do objeto de amor, ele lança mão de um mecanismo que substitui a ligação ao objeto pela regressão ao narcisismo primário, ao invés do recalque da exigência de satisfação incompatível com a realidade. De acordo com Freud (1917 [1915]/1996) essa regressão da relação objetal à identificação demonstra a incapacidade da constituição do objeto como algo separado do ego. Trata-se, portanto, de uma relação que não admite separação (Santos; Oliveira, 2022).

Porém, nesse processo de retorno da libido ao ego que ocorre na melancolia, não há um enobrecimento do ego. Ao contrário, a perda do objeto deixa uma “ferida” aberta por onde escorre uma “hemorragia psíquica” que não cicatriza. Dessa forma, sem os

[8]Em “Sobre o narcisismo: uma introdução” e “Neurose e psicose” Freud (1914/1996a; 1924 [1923]/1996) classifica as “neuroses narcísicas” (psicoses, hipocondria e melancolia) em oposição às “neuroses de transferências” (histeria, neurose obsessiva, fobias, perversão) em função do tipo de investimento libidinal, sendo que, nas primeiras, há o retorno da libido no próprio ego, e nas últimas a libido é direcionada para objetos externos. Ademais, em termos de conflito psíquico, a melancolia é efeito do conflito entre o ego e o superego, as neuroses transferenciais são o resultado da tensão entre o ego e o id, e as psicoses clássicas resultam de perturbações das relações entre o ego e a realidade externa.

contrainvestimentos que o processo de recalque proporciona, a morbidez mental da pulsão de morte passa a ambicionar o ego podendo levá-lo a se autodestruir (Santos; Oliveira, 2022).

Dessa forma, a característica essencial que define a melancolia é a identificação com o objeto perdido de amor. Na identificação melancólica o objeto perdido é internalizado e identificado com o ego, sendo que, o amor antes investido no objeto retorna ao ego invertido em seu oposto, ou seja, o ódio pelo abandono do objeto recai sobre o próprio ego do sujeito. Esse ideal de ego inatingível e mortífero é o que causa a auto-recriminação do ego, e que se torna característica que distingue a melancolia em relação ao trabalho normal de luto (Campos, 2013). Nessa vertente, o tipo narcísico de escolha de objeto envolve sempre uma forte idealização do objeto, que demonstra sua própria imagem no espelho. A idealização é definida por Freud (1917 [1915]/1996; 1923/1996) como o processo psíquico necessário à constituição das instâncias ideais em que o sujeito eleva à perfeição as qualidades e o valor do objeto amado (pais). Assim, a crueldade do melancólico o leva a desmerecer a si próprio e ao objeto especular por não estar à altura do que foi desproporcionalmente idealizado no ego ideal, esse representante de um ideal de perfeição inalcançável do narcisismo primário (Santos; Oliveira, 2022).

Vale destacarmos que o processo de luto com a incorporação via identificação dos objetos amados perdidos foi, posteriormente, considerado como uma tarefa primordial para constituição do ego. Nesse sentido, Freud (1923/1996) passa a compreender a identificação como um processo normal e contínuo da constituição do ego e não mais apenas como um processo patológico. Sendo assim, ao perder o objeto amado o ego identifica-se com ele, havendo, de forma contínua, uma substituição do investimento objetal por uma identificação. Nesse processo, o ego recebe influência da

libido que estava investida em todos os objetos que foram abandonados, assumindo as características desses objetos e formando o que Freud (1923/1996) chamou de caráter do ego. Freud (1923/1996) ressalta, contudo, que esse processo pode se tornar patológico quando diferentes identificações forem acumuladas sucessivamente na consciência. Em relação a esse aspecto, Freud (1923/1996) menciona que quando as identificações objetais do ego, comuns ao processo constitutivo do ego, são muito numerosas e, por vezes, intensas e incompatíveis umas com as outras, tornam-se excessivas ao processo de elaboração do psiquismo, podendo ocorrer uma cisão do ego.

A clivagem ou cisão é definida por Freud (1940[1938]/1996) em "A divisão do ego no processo de defesa" como um mecanismo de defesa elementar, comumente observado nas psicoses e nas perversões, envolvendo a recusa de uma percepção dolorosa ou aterrorizadora, que cinde o ego, impedindo-lhe a comunicação entre suas partes cindidas. Nesse processo, uma parte do ego reconhece o dado de realidade e a outra parte do ego o recusa.

Portanto, a identificação, inerente à constituição do ego, poderá estar associada a um processo patológico quando houver uma quantidade excessiva de identificações que se acumulam no âmbito do ego e impossibilitam sua elaboração no psiquismo. Nesse sentido, em uma situação de intenso sofrimento envolvendo um número excessivo de perdas dos objetos amados, a libido livre, desligada dos objetos amados perdidos que retorna ao ego poderá sobrecarregar o aparelho psíquico e comprometer o trabalho de luto, ocasionando mecanismos de defesa, como a cisão do ego tal qual ocorre na melancolia.

Em complemento, Schmidt (2013), retomando a perspectiva lacaniana, nos aponta que o ego ideal é o primeiro objeto da libido, que se constitui como narcisismo

primário e, portanto, anterior ao investimento sobre os objetos externos. Contudo, à medida que se desenvolvem a censura, imposições culturais e uma autocrítica, torna-se insustentável a pretensão de um eu ideal. Com isso, o sujeito nutre a expectativa de reencontrar aquela condição a partir de um determinado referencial, externo a Ele, o que ocorre por meio do ideal do eu. O ideal do eu, portanto, seria responsável por reeditar a ilusão de perfeição anteriormente sustentada pelo amor parental, representando o substituto do narcisismo infantil quando o sujeito era seu próprio ideal. Com isso, o desejo do Outro se torna fundamental para se assentar a base para um narcisismo estável, que resultasse em um ideal do eu acessível para quando um eu ideal não fosse mais sustentável. Porém, a insuficiência do investimento materno impede a construção de uma referência narcísica mais sólida, fazendo com que o sujeito se veja impossibilitado de investir na própria imagem da maneira como deveria ter se sentido investido e, com isso, surge um modelo ideal inatingível. Essa busca pelo ideal inalcançável conduz à desesperança do melancólico diante de qualquer tentativa de investimento e fundamenta sua narrativa pessimista.

Assim, a identificação melancólica é a base que torna possível pensar os lutos patológicos e patologias melancólicas, os quais são reflexos de uma base estrutural mais básica de personalidade, pautada por identificações narcísicas. Por isso, há alguns casos em que a perda se torna mais impactante do que em outros, já que, essa perda se liga a um complexo de fantasias inconscientes, reativando os impulsos e defesas, e desestabilizando a estrutura dinâmica da personalidade, podendo, inclusive desencadear patologias relacionadas aos quadros depressivos (Campos, 2013).

Cabe mencionarmos que os conceitos de depressão e melancolia não encontraram uma distinção muito bem estabelecida na literatura psicanalítica (Mendes; Viana; Bara, 2014). Nesse sentido, tais categorias tendem a ser tratadas, na maior parte

das vezes, como fazendo parte de um mesmo campo semântico e, por isso, sendo utilizadas como sinônimos (Berlinck; Fédida, 2000). Contudo, embora alguns autores associem o termo depressão à melancolia, outros defendem a necessidade de uma distinção entre estas patologias (Campos, 2016; Berlinck; Fédida, 2000; Lambotte, 2007; Mendes; Viana; Bara, 2014; Pinheiro, Quintella, Verztman, 2010), conforme buscaremos salientar a seguir.

Conforme Freud (1926 [1925]/1996), a depressão ou os estados depressivos podem estar presentes em qualquer estrutura clínica e estão vinculados a um afeto, sintoma ou estado que envolve tristeza, desgosto, angústia e inibição. No que concerne à inibição, ela é caracterizada como uma interrupção de uma função do ego que pode estar relacionada à nutrição, trabalho, sexualidade, havendo, assim, um distanciamento da libido do ego. No âmbito das psiconeuroses de defesa, a inibição se configura como uma defesa do ego contra a ameaça de castração. Nesse sentido, a inibição acontece quando não é possível solucionar o conflito psíquico por meio da formação dos sintomas, surgindo, então, para evitar um novo recalque e conflito com o id. Desse modo, a inibição reduz as funções do ego com a finalidade de afastar da consciência as representações que causam desprazer evitando, assim, entrar em contato com o conteúdo angustiante e ameaçador para o sujeito. Nessa vertente, Lambotte (2007) afirma que na depressão há um desinteresse pelo mundo externo em função de um acontecimento real, traumático, como por exemplo, o luto, questões profissionais ou conjugais. Para esse autor, o desinteresse pelo mundo externo se torna necessário para que seja possível a elaboração do acontecimento traumático, de modo que, representa um investimento de energia na tentativa de elaboração de uma situação traumática e difícil.

Na mesma vertente, Campos (2016), apoiado em Lacan (1973/1993), menciona 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 culmina em aspectos de prostração, retraimento, horizontalidade e negação do olhar do outro. Portanto, o estado depressivo se configura como a expressão de um movimento de recusa ao próprio desejo que remete sujeito ao ter de se haver com o desejo do Outro. Nesse viés, Mendes, Viana e Bara (2014), complementam que a depressão pode ser uma posição assumida pelo sujeito diante das demandas do Outro, na qual o depressivo fica paralisado, imobilizado diante das possibilidades de escolha e distanciado em relação ao seu desejo por não saber lidar com as perdas.

Já a melancolia é uma neurose narcísica que está associada a um estado inconsciente de impossibilidade de elaboração do luto, que nega a perda via mecanismo de identificação (Mendes; Viana; Bara, 2014). Considerando que o trabalho de elaboração psíquica do luto consiste em recuperar o objeto perdido no plano imaginário ou simbólico, e assim proporcionar uma assimilação simbólica, essa operação pode ser entendida como uma verdadeira denegação da perda. Nesse sentido, haveria na melancolia um desmentido, uma vez que, o sujeito melancólico nega o abandono do objeto real, sem admitir sua perda, impossibilitando, assim, o trabalho de luto (Kristeva, 1987). Portanto, na melancolia, há um desmentido da perda, na qual a perda é recusada. O melancólico mantém o objeto perdido dentro de si por meio de uma identificação narcísica, não havendo para o melancólico o registro da perda objetal (Pinheiro, Quintella, Verztman, 2010).

Portanto, para a psicanálise tanto a melancolia quanto a depressão estão relacionadas com a perda do objeto. A depressão é caracterizada por sintomas de tristeza, angústia e inibições e se configura como uma saída para o luto no qual não está

presente o mecanismo de identificação melancólica. Já a melancolia envolve uma constituição estrutural narcísica e uma impossibilidade de elaboração do luto que ocorre mediante a recusa da perda do objeto por meio do mecanismo de identificação. Ressaltamos, contudo, que os sintomas depressivos, incluindo as inibições, também estão presentes na melancolia, com a principal diferença que, na melancolia, pode haver o acirramento das inibições devido ao mecanismo da identificação melancólica, o que na depressão está ausente.

Cabe mencionarmos, ainda, que certos autores na psicanálise consideram a melancolia como um processo psicótico e a depressão como não psicótica. Nesse caso, a depressão seria um estado mais brando presente nas neuroses e a melancolia uma forma aguda e acentuada de um estado depressivo presente nas psicoses (Costa; Medeiros, 2015). Contudo, ainda que Freud (1914/1996a; 1924 [1923]/1996) tenha inicialmente classificado a melancolia como uma neurose narcísica, ao final tende a distingui-la das psicoses, já que do ponto de vista do conflito psíquico, a melancolia estaria relacionada com o conflito entre o ego e o superego, as neuroses com o conflito entre o ego e o id, e as psicoses relacionadas perturbações das relações entre o ego e a realidade externa.

Nesse quesito, a recusa melancólica em investir nas possibilidades da realidade se apoia na certeza de que elas se revelarão decepcionantes em relação ao que elas poderiam ou deveriam ser. O melancólico enxerga a realidade de forma negativa para tentar se proteger de possíveis decepções. Porém, ao descrever essa realidade decepcionante, ele acaba por afirmar a existência de uma outra – e verdadeira – realidade. Contudo, para ele o bem-estar somente é possível em uma "realidade idealizada", a qual é observada na narrativa do sujeito melancólico sempre em contraste com a realidade cotidiana que, por sua vez, é inferiorizada e negativa (Schmidt, 2013).

Cabe, aqui, mencionarmos que Freud (1926 [1925]/1996) se limitou a explorar a perda do objeto de amor a partir da angústia de castração, tornando-a central, embora indicasse no estado de desamparo um momento traumático originário, o representante do puro de pulsão de morte que ameaça a integridade do psiquismo e contra qual o ego busca em última instância se defender acionando certos mecanismos, alguns dos quais já foram aqui mencionados (negação, regressão, cisão, idealização, recalque, inibição afetiva, isolamento, deslocamento). Contudo, Campos (2013) destaca que foi necessário que autores pós-freudianos considerassem a existência de outras dimensões de angústia e desenvolvessem especificidades acerca da angústia de perda do objeto.

Nesse sentido, a teoria Kleiniana é responsável por ampliar a compreensão acerca das reações à perda do objeto de amor, incluindo o luto e suas derivações patológicas, a partir do conceito de angústia depressiva. Klein (1935/1996; 1940/1996; 1946/1996) estabelece a estruturação da personalidade a partir da modalidade de relação com o objeto de amor e propõe a existência de duas principais posições no desenvolvimento, definidas como esquizo-paranóide e depressiva, nas quais predomina em cada uma delas um tipo de angústia e determinados mecanismos de defesa.

A posição esquizo-paranóide é considerada por Klein (1946/1996) uma posição primitiva do desenvolvimento que tem como características predominantes a ansiedade persecutória, o estabelecimento de uma relação parcial com o objeto de amor e a manifestação de mecanismos de defesa primitivos. Esse início do desenvolvimento psíquico é marcado por uma angústia aniquiladora no qual a criança não consegue enxergar que a mãe pode ser boa e má ao mesmo tempo e nem integrar os objetos parciais prototípicos representados pelo seio bom e o seio mau enquanto um objeto total. Para se defender dessa ansiedade, a criança recorre a mecanismos primitivos de defesa primitivos, tais como a cisão, que coloca em cena a ansiedade persecutória. No

mecanismo de cisão o objeto primário de amor – a mãe – é cindido em uma parte boa, que é representada por pelo seio bom e ligada a sentimentos amorosos, e uma parte má, representada pelo seio mau e ligada a uma ansiedade persecutória. Assim, o processo de cisão, no qual o objeto é cindido em um bom e um mau objeto, também é acompanhado de uma cisão do ego em bom e mau ego, resultando, por um lado, na introjeção de uma mãe perfeita e, por outro, na projeção de uma mãe má geradora de angústia persecutória.

Já a posição depressiva é considerada por Klein (1940/1996) uma posição mais saudável no desenvolvimento psíquico onde o sujeito é capaz de estabelecer uma relação total com o objeto e na qual predomina o tipo de ansiedade depressiva com mecanismos de defesa mais evoluídos. Na posição depressiva, o bebê já é capaz de aceitar as perdas parciais e suportar melhor a frustração pela ausência temporária da mãe, que deixa de ser vista de maneira fragmentada, e passa a ser vista em sua totalidade incluindo suas falhas. Dessa forma, é possível uma integração dos aspectos bons e maus clivados da mãe, percebida agora enquanto um objeto total. Porém, ao perceber a mãe como um objeto integrado, o sujeito percebe que os ataques sádicos dirigidos contra objeto mau também estavam relacionados ao objeto bom e, com isso, se dá conta de que objeto amado e odiado, na verdade, constituem um único objeto de amor. Os impulsos destrutivos direcionados ao objeto de amor intensificam o medo de perdê-lo gerando a angústia depressiva e um profundo sentimento de culpa, com o posterior desejo de recuperá-lo. O ego, então, busca restituir o objeto bom que foi alvo de ataques ao mesmo tempo em que se defende da ansiedade depressiva e do sentimento de culpa, por meio do mecanismo da reparação, que consiste na elaboração simbólica de uma perda do objeto amado por meio de uma substituição que seja capaz de reparar o dano sofrido.

Klein (1940/1996) considera que a posição depressiva arcaica da neurose infantil é reativada com o luto no adulto e que a habilidade do adulto em elaborar o luto e se recuperar vai depender da solução encontrada na posição depressiva na infância. Assim, o sujeito está constantemente elaborando lutos inconscientes nos quais perde, repara e repõe os objetos amados perdidos ao longo da vida. Porém, o trabalho de luto se torna bem-sucedido apenas quando o sujeito restaura o objeto que acredita ter perdido, reestabelecendo dentro de si os primeiros objetos amados. Portanto, lutar contra o medo de perder a mãe na posição depressiva de modo a conseguir estabelecer uma "mãe boa" dentro de si na infância pode auxiliar o sujeito a superar um luto decorrente de uma perda real na vida adulta. Ao passo que, a incapacidade de estabelecer os objetos bons na infância implica não superar a posição depressiva infantil resultando em uma possível dificuldade de elaboração do luto na idade adulta.

Além disso, uma derivação patológica do luto pode ser pensada em Klein (1935/1996; 1940/1996) a partir das defesas maníacas contra a perda do objeto encontradas nos estados maníaco-depressivos, tal qual a idealização, que, por sua vez, envolve os mecanismos de negação e cisão. Nesses casos, não ocorreu a internalização satisfatória do objeto bom na elaboração do luto primordial, o que dificulta a elaboração do luto pela perda do objeto amado. As defesas maníacas, portanto, surgem como um mecanismo psíquico utilizado para evitar a angústia associada à perda, que podem operar por meio da negação e idealização excessiva do objeto amado perdido. Como o sentimento de onipotência é o elemento mais caraterístico da mania, uma realidade psíquica ameaçadora tende a ser negada. Nesse sentido, há uma negação da perda e do luto que busca evitar entrar em contato com a angústia ameaçadora pela perda do objeto, o que redunda tanto na identificação idealizada típica da melancolia quanto em sua inversão para uma saída maníaca na qual a dependência do objeto é negada. A

impossibilidade de ocorrer uma experiência de integração faz surgir a cisão do objeto amado perdido, sendo que, após a divisão do objeto em bom e mau ocorre, por consequência, a idealização do objeto bom, que passa a ser provido de todas as qualidades e elevado a um grau de perfeição.

Assim, em Klein a perda do objeto está associada a uma fantasia primitiva de destruição do objeto, já que, inconscientemente, o sujeito não só se ressente do objeto que o abandonou, mas se culpa pela destruição do objeto de amor.

Essas considerações apontam para a auto-recriminação melancólica descrita por Freud e sugerem que um destino possível para esse complexo de fantasias e defesas é a identificação melancólica, anteriormente descrita, na qual o sujeito identifica-se com esse objeto perdido/destruído, perdendo com isso seu próprio investimento egóico, resultando na diminuição da "auto-estima" (Campos, 2013).

Portanto, para a psicanálise tanto a melancolia quanto a depressão estão relacionadas à perda. Na perspectiva freudo-lacaniana, ao entrar em contato com qualquer tipo de perda, o sujeito é confrontado com uma situação de desamparo, na qual a situação de perda pode representar um encontro com a castração. Nesse viés, sabemos que a constituição do sujeito ocorre principalmente pelo registro da castração e da falta no registro do simbólico. Contudo, há situações, sejam elas estruturantes, como é o caso da melancolia, ou relacionadas a uma posição subjetiva adotada pelo sujeito diante da demanda do Outro, como é o caso da depressão, que o impedem de vivenciar a perda, impossibilitando o trabalho de luto e prejudicando o acesso ao universo simbólico (Mendes; Viana; Bara, 2014).

Por outro lado, na escola inglesa das relações de objeto, o luto pelo objeto de amor se encontra especificamente relacionado ao conceito de posição depressiva, onde Melanie Klein (1935/1996; 1940/1996) irá considerar essa problemática como um ponto

nodal do desenvolvimento da personalidade. Nesse caso, angústia depressiva é uma aquisição do desenvolvimento psíquico, em que o aparelho psíquico consegue integrar o bom e o mau objeto, alçando às condições de uma simbolização propriamente dita. Portanto, a angústia depressiva surge do luto pelo dano ao objeto de amor, agora unificado em seus aspectos bons e maus, sendo na constituição do ego, em sua relação identificatória com a mãe, que se instaura a potencialidade melancólica (Campos, 2016).

Em suma, a perspectiva lacaniana contribui para pensar a inibição depressiva diante da castração e a kleiniana a elaboração depressiva da perda do objeto como fundamento da integração da personalidade. Ambas, por perspectivas e ênfases distintas, ajudam a qualificar as angústias em jogo nas relações entre o ego e o ideal de ego na elaboração do luto pelos objetos, imagos e funções do ego. Diante do percurso apresentado pela teoria psicanalítica, depreende-se que o operador conceitual para compreender a elaboração dos processos de perda narcísica do ego e, nesse sentido, o luto pela perda de dimensões do ego, é o modelo das relações entre o ego e o ideal de ego, mediado pelas inibições depressivas e pelas identificações melancólicas. Sendo assim, consideramos que tanto a melancolia quanto a depressão estão relacionadas com a perda e o luto por objetos da fantasia e seus suportes materiais, porém se trata de conceitos distintos que carregam em si especificidades, conforme foram acima descritos e apresentados.

3.5 Processos de elaboração da perda e do trauma na doença de Parkinson

Buscamos, a partir da fundamentação teórica, caracterizar os aspectos emocionais relacionados à doença de Parkinson a partir de um difícil trabalho de elaboração do luto de si que envolve necessariamente aspectos traumáticos e narcísicos

mobilizadores de mecanismos de defesa específicos, próprios de quadros psicopatológicos do espectro limítrofe e melancólico.

Para iniciarmos, partimos da pesquisa desenvolvida por Klautau, Winograd e Sollero-de-Campos (2016) que demonstra que, após passarem por uma experiência de sequelas decorrentes de doenças neurológicas, os pacientes neurológicos podem apresentar quadros psicopatológicos que podem estar localizados entre a neurose traumática e as patologias narcísicas.

A neurose traumática, conforme vimos, envolve uma situação na qual o acúmulo de excitação excede à capacidade de elaboração do aparelho psíquico. Esse despreparo do psiquismo diante da manifestação da angústia culmina em uma condição semelhante ao estado de desamparo. Nesse caso, manifesta-se um tipo de angústia (automática) semelhante à angústia apresentada no quadro de neurose de angústia, classificado como uma neurose atual (Cardoso, 2011). Conforme assinalou Freud (1920/1996), o efeito traumático leva o psiquismo a tentar se defender contra o excesso pulsional agora desligado de suas representações, gerando um intenso trabalho psíquico que envolve a paralisia ou redução de outras funções psíquicas, podendo gerar sintomas de ansiedade e depressão. Assim, a sintomatologia aparece como efeito de uma tentativa repetida de ligar o acontecimento traumático, sendo a compulsão à repetição uma tentativa do sujeito de reviver o trauma, buscando a simbolização. Esse golpe traumático, localizado na origem das psiconeuroses, pode, não raro, se configurar como um obstáculo ao tratamento, dado seu caráter atual e agudo.

Por outro lado, as neuroses narcísicas, definidas por Freud (1914/1996a; 1924 [1923]/1996) como as patologias em que ocorreria o retorno da libido para o próprio ego e cujo termo foi, inicialmente, utilizado para designar o quadro psiquiátrico das

psicoses, na psicanálise contemporânea passou a corresponder aos chamados estados limítrofes. Os estados limítrofes são organizações intermediárias, instáveis e não estruturadas, em que estão presentes, ao mesmo tempo, componentes neuróticos e psicóticos. São consideradas doenças do narcisismo com uma organização afetiva interna que exige a necessidade de estabelecer, mediante apoio no outro, um narcisismo, que pode falhar a qualquer momento se o outro subtrair-se como sustento. O funcionamento do ego opera de forma adaptada aos dados da realidade exterior, podendo, contudo, funcionar de forma mais autônoma em relação à realidade quando há uma ameaça de perda do objeto, fixando-se às necessidades narcísicas internas. O superego não se constitui de forma completa, havendo, por consequência, uma inflação do ideal do ego, que se torna arcaico. Nesse sentido, há uma necessidade de manter uma segurança narcísica por meio da manutenção de um ideal de ego que não condiz com o nível da realidade egoica. Além disso, o objeto de amor ainda não se encontra devidamente introjetado, predominando a angústia pela perda do objeto que, muitas vezes, torna o luto impossível de se realizar (Bergeret, 2006).

De modo geral, uma doença grave ou importante limitação física podem provocar uma descontinuidade na vida cuja ruptura excede à capacidade de representação psíquica e se torna impossível de simbolizar, fazendo com que o sujeito experimente o traumático (Bomfim, 2016). Nesse caso, o trabalho de elaboração psíquica do traumático consistirá em favorecer as ligações entre as pulsões e as representações psíquicas, visando, assim, alcançar um processo associativo para uma construção de sentidos que alcance a simbolização dos conteúdos traumáticos (Matos; Belo, 2022). Contudo, os quadros de psicopatologias narcísicas diante de situações de sofrimento excessivo que se configure um trauma afetivo podem mergulhar na depressão ou evoluir para uma desestruturação psíquica psicótica. Para evitar os estados

depressivos ou psicóticos, tais patologias lançam mão de uma defesa psíquica enérgica no plano dos contra-investimentos que visa assegurar o narcisismo. Os mecanismos de defesa utilizados nesses quadros, por sua vez, embora sejam menos custosos em contra-investimentos em relação ao recalque, são pouco elaborados e menos eficazes (Bergeret, 2006).

Nesse sentido, a identificação melancólica é considerada uma defesa paradigmática dos quadros narcísicos, envolvendo uma recusa da perda dolorosa do objeto amado e uma identificação egoica com o objeto amado perdido e, consequentemente, uma cisão do ego em duas partes na qual uma parte irá se colocar contra a outra e julgá-la criticamente, tomando-a por seu objeto perdido (Freud, 1917 [1915]/1996). Contudo, há outras saídas patológicas para a elaboração do luto pela perda do objeto de amor nos quadros de patologia narcísica, que envolvem outros tipos de defesas, como por exemplo, a inibição depressiva que afasta o conteúdo angustiante e ameaçador do psiquismo, culminando na redução das funções do ego e gerando prostração e retraimento (Freud, 1926 [1925]/1996). Da mesma forma, podem se manifestar saídas paranóicas envolvendo o mecanismo de defesa da cisão, por exemplo, onde prevalecerá a angústia persecutória enquanto efeito da projeção do objeto mau. Mas também saídas maníacas, nas quais após a cisão do objeto amado perdido ocorre a idealização do objeto bom que passa a ser elevado a um grau de perfeição (Klein, 1935/1996; 1940/1996).

Os quadros de doenças neurológicas, por sua vez, embora não sejam considerados transtornos narcísicos no sentido estrito da psicopatologia, envolvem sofrimentos narcísicos e traumáticos que são devidamente explicitados pela literatura específica acerca do tema. Nesse âmbito, estudos clínicos e teóricos psicanalíticos que versam sobre a subjetividade dos pacientes neurológicos demonstram que, em geral, a

afecção neurológica ocasiona um impacto traumático que divide a vida do sujeito entre um antes e depois do adoecimento (Winograd, Sollero-De-Campos, Drummond, 2008; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2013; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2016; Andrade, Winograd, 2018). Esse golpe traumático se relaciona a uma interrupção existencial atrelada ao abalo da imagem do corpo e do esquema corporal enquanto sustentáculos do narcisismo primordial, além de alterações nos âmbitos social, profissional e familiar, bem como nas posições subjetivas que envolvem a perda de uma parte de si mesmo pelo não reconhecimento do ego ao nível imaginário e especular (Winograd, Sollero-De-Campos, Drummond, 2008).

Nesses casos, os sofrimentos narcísicos são marcados por uma ameaça ao sentimento identitário e acarretam uma dificuldade no reconhecimento de si no plano imaginário (especular) e simbólico (Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2016). O trauma, portanto, é responsável por desestabilizar as representações que o sujeito possuía acerca de si mesmo, o que pode abalar sua estabilidade egoica e acarretar uma fragilidade da integração narcísica, prejudicando, assim, sua capacidade de elaboração psíquica (Winograd, Sollero-De-Campos, Drummond, 2008; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2013; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2016; Andrade, Winograd, 2018). Em certos casos, se a elaboração psíquica fica impedida de se realizar, pode culminar em um quadro semelhante à melancolia, por exemplo, no qual ocorre uma cisão violenta no próprio ego com uma regressão da libido a uma representação idealizada de si no passado (Andrade, Winograd, 2018).

Na doença de Parkinson, o comprometimento neurológico das funções executivas motoras e das outras condições associadas implica um impacto sobre a dimensão psíquica da personalidade que, mais especificamente e do ponto de vista psicodinâmico, diz respeito à própria estrutura do ego. Essas alterações ocorrem de

múltiplas formas e envolvem basicamente as dimensões traumática, funcional e narcísica acima apresentadas.

Nesse sentido, a passagem de uma condição ativa para a incapacidade de controlar os próprios movimentos implica em um processo de perda da força do ego. Nesse processo, as sequelas neurológicas abalam a imagem do corpo e do esquema corporal que são responsáveis por sustentar o narcisismo primário. Essas alterações acarretam um prejuízo da autoimagem do sujeito, uma vez que elas impossibilitam que este possa reconhecer a si mesmo ao nível imaginário e especular na dinâmica relacional narcísica com o outro. Assim, ocorre a perda da imagem de si, sobretudo, de uma imagem idealizada de si, na qual o objeto de amor é tomado como a própria imagem e semelhança do ego.

Esse processo ocorre por uma perda funcional pautada por uma base neurológica, mas que incide como uma situação traumática de desamparo no plano do psiquismo, podendo representar um encontro com a castração e com a angústia originária. Essa condição mobiliza um difícil trabalho de luto para a elaboração das perdas, podendo envolver o acionamento de mecanismos de defesas. A literatura revisada sustenta que esse processo se torna comum em doenças neurológicas (Winograd, Sollero-De-Campos, Drummond, 2008; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2013; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2016; Andrade, Winograd, 2018) e degenerativas em geral, incluindo a senilidade (Chérix, Coelho Júnior, 2018; Goldfarb 2004, 2005), da qual o Parkinson é um tipo.

Retomando ao fundamento geral freudiano acerca do trabalho de elaboração do luto, Freud (1923/1996) mencionou que o psiquismo funciona de acordo com um processo contínuo de elaboração de lutos inconscientes de objetos amados perdidos, no

qual, o sujeito, ao perder o objeto de amor, identifica-se com ele, incorporando-o dentro de si, processo no qual o ego recebe influência de toda a libido que estava investida em todos os objetos que foram abandonados. Da mesma forma, acreditamos que na doença de Parkinson o sujeito vivencia um difícil trabalho de luto para a elaboração psíquica das perdas da força do ego e da autoimagem que envolve os processos de identificação. Nesse processo, há uma regressão ao narcisismo com o retorno da libido para o próprio ego, no qual toda a libido dos objetos perdidos, ao invés de ser deslocada para outro objeto, como no luto, é deslocada para o próprio ego.

Porém, Freud (1914/1996a) considerou que o retorno da libido para o próprio ego eleva o nível de tensão no aparelho psíquico, gerando sofrimento. Além disso, se esse sofrimento for excessivo e superior à capacidade de elaboração do aparelho psíquico pode se aproximar de uma experiência traumática, tal qual a sensação de desamparo descrita por Freud (1917 [1916-1917]/1996). Dessa forma, acreditamos que a doença de Parkinson pode se aproximar de uma experiência traumática mobilizadora de excesso libidinal. Nesse processo, o curso crônico e degenerativo da doença e a piora progressiva dos sintomas corporais pode provocar um sofrimento intenso que, em pouco tempo, seria responsável por gerar um excesso de excitações. Isso porque, o sujeito tenta elaborar determinada perda corporal, mas logo se depara com o aparecimento de novos sintomas físicos ou com o agravamento de sintomas antigos. Com isso, pode haver um comprometimento do trabalho de elaboração psíquica dessas perdas corporais fazendo com que o excesso libidinal se acumule no psiquismo gerando um efeito traumático que é sentido como uma angústia ameaçadora.

Dessa forma, a vivência do Parkinson parece remeter a um momento traumático representado pela sensação de desamparo e contra qual o aparelho psíquico busca constantemente se defender, para, assim, evitar o limite de uma desintegração do ego.

Diante disso, o sujeito pode lançar mão dos mesmos mecanismos de defesa observados nos quadros de melancolia e depressão. Nesse sentido, assim como diante do sinal de angústia o ego aciona o mecanismo de defesa, tal como o recalque nas neuroses, uma quantidade excessiva de excitações acumuladas na consciência pode levar a um processo patológico fazendo o ego regredir e recorrer à cisão enquanto defesa contra esse excesso de energia, tal qual ocorre na melancolia.

Da mesma forma, no caso da doença de Parkinson, diante um sofrimento elevado o aparelho psíquico ficaria sobrecarregado da libido que estava ligada à representação psíquica do corpo físico saudável perdido e que não consegue (re)investir em novos objetos. Para se defender desse excesso de energia gerador da angústia ameaçadora ocorre uma cisão do ego entre a parte saudável e não saudável, uma se colocando em oposição à outra. Essa cisão do ego pode se manifestar pela dificuldade do sujeito entrar em contato emocional com a vida atual e cuja narrativa é marcada por uma desconexão entre a vida atual e a vida passada revelando um deslocamento da libido para o corpo saudável do passado.

Acreditamos, ainda, que na doença de Parkinson pode estar presente o mecanismo de negação, semelhante ao da melancolia, no qual, há uma recusa da perda do objeto perdido, que se torna inconsciente. Nesse sentido, a impossibilidade de entrar em contato emocional com as dificuldades físicas e emocionais da vida atual corresponde a uma recusa da realidade psíquica considerada ameaçadora. Esses processos de saídas maníacas podem redundar na negação da perda ameaçadora de uma vida saudável, podendo culminar em defesas que envolvem, além da negação e cisão, o mecanismo de idealização, no qual após a divisão entre a vida atual e a vida passada, o sujeito busca reparar a perda mantendo as lembranças do corpo saudável, idealmente protegidas.

Nesse sentido, conjecturamos que, assim como a reação ao trauma e a melancolia, na doença de Parkinson pode estar presente o mecanismo de idealização, no qual o valor do objeto perdido é elevado à perfeição. Nesse sentido, pela via da identificação narcísica a libido retornaria ao ego, mas devido ao mecanismo de cisão egoica parte da libido recairia sobre o ego ideal, levando o sujeito a se recordar de forma idealizada do corpo saudável que possuía antes do aparecimento da doença, a partir de um ideal de perfeição narcísico. Portanto, assim como na melancolia, na doença de Parkinson pode haver uma idealização da parte de si perdida que outrora foi saudável.

Por fim, consideramos que esse tipo de adoecimento pode redundar em um uma saída patológica de elaboração do luto caracterizada por defesas envolvendo a inibição e a depressão. Nesse sentido, o impacto do sofrimento psíquico gerado pela doença sobre o narcisismo do sujeito leva a uma inibição afetiva. A inibição pode reduzir algumas funções do ego visando com isso defender o sujeito da angústia ameaçadora que é vivenciada ao se deparar com a perda da vida passada baseada em um corpo saudável, processo que culmina em um estado depressivo. Nesse processo, a inibição do desejo afasta o sujeito de posição uma ativa e desejante, podendo deixá-lo retraído e silencioso, sendo que a energia psíquica deixa de se voltar para o exterior e passa a ser empregada na tentativa de elaboração desse acontecimento traumático relacionado à perda de sua vida saudável.

Com isso, retomamos e fundamentamos melhor a nossa hipótese psicodinâmica inicialmente apresentada. As sucessivas e progressivas perdas envolvidas na doença de Parkinson costumam ser marcadas por sensações de estranhamento, desamparo e alterações no reconhecimento de si, as quais tendem a ser vivenciadas de forma tão intensa e traumática que exigirão um difícil trabalho de luto. Este, se impedido de se

realizar, pode ocasionar saídas inibitórias e dissociativas do ego, próximas de quadros depressivos e melancólicos. Dentre essas possibilidades, destacamos a cisão do ego cujo investimento libidinal retroage para uma representação de si idealizada do passado. Pretendemos, então, trabalhar a hipótese psicodinâmica apresentada e os objetivos propostos do presente estudo a partir dos estudos dos casos clínicos desenvolvidos a seguir.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa psicanalítica com delineamento de casos múltiplos ilustrados por fatos clínicos psicanalíticos.

Segundo Campos (2008; 2021), a aproximação da pesquisa psicanalítica com a pesquisa qualitativa se tornou possível por meio de estudos sobre o sofrimento psíquico sob um olhar clínico, que passaram a ser inicialmente desenvolvidos no campo das teorias e práticas psicológicas e psiquiátricas. Nesse cenário, o autor destaca a emergência de pesquisas psicanalíticas com delineamento híbrido, nas quais a psicanálise compõe o método de pesquisa junto com outros métodos, como é o caso do método clínico-qualitativo.

Conforme Turato (2000), a pesquisa com o método clínico-qualitativo acontece por meio da interação face-a-face no *setting* natural dos serviços clínicos, onde há uma expressão do conteúdo emocional por parte do sujeito e um acolhimento das angústias pelo pesquisador. A existência da angústia mobiliza o interesse do pesquisador que, em sua escuta, leva em consideração a expressão dos afetos e as manifestações verbais e corporais do sujeito, valorizando os elementos psicodinâmicos envolvidos em sua constituição subjetiva, visando, com isso, compreender os sentidos e significados de sua vivência pessoal sobre determinado fenômeno.

Contudo, Turato (2003) estabelece diferenças importantes no que concerne ao rigor investigativo entre a metodologia clínico-qualitativa e a psicanalítica propriamente dita. Embora ambas se ocupem de estudar os significados para os sujeitos, os pressupostos de pesquisa elaborados pelo pesquisador clínico-qualitativista levam-no a campo para procurar confirmação ou revisão, já os pressupostos do psicanalista fazem-no apenas aguardar num “campo” onde o sujeito vier procurá-lo e num momento de

"coleta" em que o *timing* do psicanalisando fizer trazer um material para, igualmente, confirmar ou rever as hipóteses iniciais deste analista. Nesse contexto, o pesquisador qualitativista não deve utilizar em suas pesquisas sujeitos que se constituam pacientes que estejam sob seu prévio cuidado assistencial, para que o informante tenha a liberdade de recusar a participação na pesquisa. Em contrapartida, o psicanalista em pesquisa clínica utilizará somente seus pacientes, já que o material em pesquisa será o material de análise terapêutica, sendo que os dados "colhidos" não virão pela proposta de um assunto colocado de antemão ao analisando.

Em relação aos procedimentos de investigação, Turato (2003) salienta que o psicanalista terá material abundante e profundo de cada paciente, já que as sessões permeadas pela relação terapêutica e, secundariamente, a relação pesquisador-pesquisando, permitirão uma apreensão ampla dos fenômenos do universo psíquico do indivíduo em estudo. Porém, na pesquisa clínico-qualitativa, embora a amostra de pacientes também seja, por natureza, pequena, dificilmente poderá se resumir a três ou quatro casos, ou a um ou dois estudados em quase exaustão, como é possível na pesquisa psicanalítica.

De acordo com Nogueira (2004), a metodologia em psicanálise confunde-se com a própria pesquisa, uma vez que, a psicanálise é em si mesma uma pesquisa. O autor acrescenta que, diferentemente da investigação objetiva da ciência experimental, onde há uma separação entre o sujeito, que investiga, e o objeto, que é investigado, na psicanálise não há essa separação porque vai haver uma relação de transferência entre o analista e o analisando. Por isso, quando se pensa em psicanálise se pensa em tratamento e se pensa também em pesquisa, se considerarmos que, os três aspectos da psicanálise enumerados por Freud: tratamento, pesquisa e teoria, caminham sempre

juntos, sendo, portanto, impossível pensarmos em pesquisa psicanalítica estando fora da relação analítica.

Nessa vertente, Figueiredo e Minerbo (2006) diferenciam a pesquisa em psicanálise da pesquisa com o método psicanalítico. Para os autores, uma pesquisa em psicanálise utiliza os conceitos psicanalíticos como instrumento para investigação de fenômenos subjetivos, sendo a psicanálise em si mesma o objeto da pesquisa. Nessa modalidade, algum aspecto da psicanálise, como uma ideia, pode se tornar objeto de exame, ou mesmo conceitos psicanalíticos podem ser manejados para lançar luz sobre determinados fenômenos. Tais pesquisas em psicanálise são úteis e de interesse para um vasto público, o que expande e reforça a "cultura psi" no campo social. Contudo, em nenhuma destas modalidades de pesquisa em psicanálise requer-se um psicanalista atuante.

Em contrapartida, Figueiredo e Minerbo (2006) salientam que o método psicanalítico de pesquisa envolve necessariamente a existência de um pesquisador que se configura como um psicanalista em atividade analítica. Conforme destacam os autores, o método psicanalítico pode ser utilizado para interpretar qualquer fenômeno que faça parte do universo simbólico do homem, sendo as sessões de psicoterapia um deles. Nesse sentido, consideram que ao longo da pesquisa que se desenvolve durante a atividade analítica, não apenas o objeto de estudo, mas também o pesquisador em sua atividade clínica passam por transformações decorrentes das relações transferenciais e contratransferenciais.

Nessa vertente, Campos (2021) acrescenta que a metodologia de pesquisa psicanalítica visa à produção de conhecimento em psicanálise a partir de um método que enseje a transferência, operacionalizado no âmbito de um *setting*, onde o inconsciente pode emergir. Diante disso, a pesquisa psicanalítica é considerada aquela

que emerge da clínica psicanalítica, sendo a própria teoria psicanalítica fruto de seu método. Para o autor, a dimensão original desse método de pesquisa esteve centrada no estudo de caso como referência fundamental, embora também contemple outros aportes sobre casuística como os casos múltiplos, conforme pretendemos especificar a seguir.

Considerando o estudo de caso único como um paradigma de pesquisa psicanalítica, Nasio (2001) salienta que a expressão "caso" aponta para o interesse particular do analista em relação a um de seus pacientes, constituindo o que, em psicanálise, convencionou-se chamar de "caso clínico". Para o autor, ao contrário do discurso médico no qual a palavra caso remete a um sujeito representativo de uma doença, em psicanálise, o caso aponta para a própria singularidade do sujeito que sofre e da fala que ele dirige ao analista.

Por outro lado, Verztman (2009) defende o estudo de vários casos enquanto uma alternativa possível de pesquisa psicanalítica. É certo que os casos clínicos psicanalíticos com seu caráter de singularidade são incomparáveis, não podendo ser verificados quanto à veracidade ou coerência por pesquisadores independentes. Porém, a comparação presente na pesquisa qualitativa, incluindo estudos de casos únicos ou múltiplos, diz respeito à comparação de modelos. Na psicanálise há uma comparação de modelos de subjetividade e experiência. A comparação de modelos de subjetividade – o que não é o mesmo que comparar sujeitos – envolve formas distintas de lidar com conflitos, diferentes formas de fantasiar, etc. Nesse sentido, a prática psicanalítica está sempre repleta de múltiplos casos representativos de tais modelos, de modo que, um caso só encontra sentido em comparação com outro.

Uma das formas de utilização do método psicanalítico de pesquisa e que se configura como um dos critérios éticos das investigações psicanalíticas consiste em trabalhar com fatos clínicos psicanalíticos ao invés do caso clínico em profundidade

(Dallazen et al., 2012). Os fatos clínicos psicanalíticos são definidos como fenômenos relativos ao contexto da relação transferencial e contratransferencial (Quinodoz,1994), os quais consistem na construção entre analista e analisando a partir da comunicação de fatos ocorridos no interior do campo psicanalítico, os quais englobam sonhos, estados afetivos e condutas da parte do analisando, bem como técnicas, teorias e experiência emocional por parte do analista, permitindo a ressignificação dos fatos relatados (Vollmer Filho, 1994). Assim, os fatos clínicos nascem do trabalho do pesquisador em seu ofício como psicanalista (Silva; Macedo, 2016) e são construídos a partir da seleção de cenas de um caso clínico que mantém uma relação como tema de investigação, servindo para ilustrar questões teórico-práticas da psicanálise, mas, também, para preservar a identidade do sujeito implicado nas cenas descritas (Dallazen et al., 2012).

A outra questão ética em relação à pesquisa clínica psicanalítica consiste em realizar uma reflexão documental pós-fatos, em que a produção de conhecimento científico a partir de casos clínicos ocorrerá sempre *a posteriori* e baseada em fatos clínicos oriundos de tratamentos analíticos encerrados. Assim, os documentos produzidos a partir do registro do analista ao longo do tratamento são produtos de cenas transferenciais vividas no *setting* psicanalítico padrão ou modificado e que remetem a uma história do paciente que é revivida com o analista, e, neste sentido, geram um novo fato. Esse fato clínico registrado e, posteriormente, utilizado para análise e reflexão com fins de pesquisa, visa evitar interferências negativas na escuta do analisando durante o tratamento (Dallazen et al., 2012).

Cabe mencionarmos que existem estudos baseados em situações cotidianas, obras de arte, lapsos, consultas ou entrevistas de avaliação que constituem fatos clínicos psicanalíticos. Contudo, embora tais estudos sejam relativos à área da Psicanálise, eles se configuram como fatos externos à situação analítica, pois se encontram em condições

em que não está presente o elemento essencial que favorece o surgimento dos acontecimentos psíquico, que é a relação transferência/contratransferência inerente ao tratamento (Quinodoz,1994). Nesse sentido, a existência do campo analítico construído a partir do método e da técnica se torna um requisito básico na construção de um fato clínico psicanalítico, de modo que, para que o fato clínico seja transformado em fato clínico psicanalítico é necessária a percepção por parte do analista de que o fato e o afeto, incluindo aspectos contratransferenciais, sejam relatados de forma desproporcional pelo paciente (Vollmer Filho, 1994). Assim, apesar de escassos, é possível encontrar na literatura psicanalítica contemporânea estudos sobre os acontecimentos vivenciados no *setting* psicoterapêutico, realizados tanto por psicanalistas quanto por psicoterapeutas de base psicanalítica, que remetem à construção de fatos clínicos psicanalíticos (Reis, 2022).

Conforme mencionamos, o presente trabalho foi desenvolvido baseado na psicoterapia breve psicodinâmica, enquanto modalidade de trabalho psicanaliticamente orientado. Conforme Cordioli (2008) são várias as modalidades de psicoterapia que se fundamentam na teoria psicanalítica, dentre elas: a psicanálise, a psicoterapia de orientação psicanalítica, a psicoterapia breve psicodinâmica, psicoterapia de apoio, etc. A psicoterapia psicodinâmica costuma ser referida como uma psicoterapia expressiva-suportiva que depende de cada situação ou paciente. Quando é mais exploratória e expressiva, situa-se na psicanálise, objetivando a análise da transferência, das defesas e a obtenção de *insight* sobre os conflitos inconscientes. No extremo oposto, encontra-se um nível suportivo, onde as psicoterapias de apoio se propõem a fortalecer as defesas adaptativas e a suprimir os conflitos inconscientes, muito embora, as intervenções de apoio sejam consideradas essenciais em todas as modalidades de psicoterapia. Assim,

embora ambos os extremos tenham por base a teoria psicanalítica, podem diferir quanto à técnica utilizada em cada contexto de atuação prática.

Na psicoterapia de orientação psicanalítica, as associações não são tão livres como na psicanálise, uma vez que, são direcionadas pelo psicoterapeuta que visa intervir em áreas circunscritas ou problemas delimitados. Nesse modelo, o paciente é incentivado a explorar seus sentimentos, ideias e atitudes, dentro de um foco delimitado, por meio das relações com figuras importantes de sua vida atual, do passado e como próprio psicoterapeuta, visando ao *insight.* Assim, são realizadas interpretações das defesas, sendo menos frequentes as interpretações transferenciais e havendo uma utilização maior de esclarecimentos e sugestões do que na psicanálise. Com o uso menor das associações livres e a não utilização do divã, a regressão é menor e a transferência, embora ocorra, desenvolve-se com menor intensidade e rapidez do que a psicanálise (Cordioli, 2008).

Conforme Cordioli (2008), tanto a psicoterapia de orientação psicanalítica como a psicoterapia breve psicodinâmica podem ser utilizadas para tratar problemas focais, com conflitos delimitados ou circunstanciais, onde o paciente mantém uma capacidade de introspecção, mesmo que sem uma motivação para mudanças profundas, e conta com pouca disponibilidade de tempo. A psicoterapia breve psicodinâmica, por sua vez, pode ser indicada em situações de crises vitais – consideradas esperadas para a etapa de desenvolvimento – ou de crise acidental – inesperadas, relacionadas a situações acidentais ou traumáticas. Conforme destaca Lemgruber (2008) a atuação em psicoterapia breve psicodinâmica diante de situações de crise vital ocorreria no nível de prevenção primária com objetivo de evitar o aparecimento de um transtorno mental, já nas crises acidentais a atuação estaria relacionada ao nível de prevenção secundária com objetivo de evitar que o problema surgido se torne crônico.

Em específico à psicoterapia breve psicodinâmica, Lemgruber (2008) destaca que a psicoterapia breve psicodinâmica se trata de uma técnica que está embasada nos conceitos psicodinâmicos freudianos que envolvem processos mentais inconscientes, sintomas como expressão de conflitos internos, mecanismos de defesa e relação entre paciente e terapeuta. Embora seja uma técnica que tenha nascido apoiada na necessidade de diminuir o tempo de duração dos tratamentos psicanalíticos clássicos, o critério temporal não é suficiente para defini-la, uma vez que, que possui especificidades que levam em consideração, dentre outros aspectos, foco e objetivos definidos, atenção dirigida para experiências atuais do paciente, incluindo os sintomas, ênfase na situação transferencial se dá na dimensão atual não sendo relacionada ao passado e o fortalecimento de defesas adaptativas em contraposição às defesas pouco adaptativas.

Como aspecto central da psicoterapia breve psicodinâmica destaca-se o conceito de experiência emocional corretiva desenvolvido por Malan (1981), no qual há uma possibilidade do paciente experimentar situações traumáticas do passado que foram reprimidas, revivendo-as na relação com o terapeuta. Nesse sentido, pode ocorrer uma nova experiência emocional na relação terapêutica. Nesse viés, Lemgruber (2008) destaca como mecanismo de potencialização dos ganhos terapêuticos, gerado a partir de repetidas experiências emocionais corretivas, o chamado efeito carambola. A autora explica que vivenciar uma experiência emocional corretiva traz a oportunidade de ressignificar experiências passadas, fazendo surgir outra interpretação, percepções e comportamentos. Sendo assim, o efeito carambola resulta das experiências de reaprendizagem emocional, que promovem novas conexões neurais mais satisfatórias, levando a modificações na plasticidade das sinapses. Com isso, novas redes de

conexões neuronais são estabelecidas, e mapas corticais são remodelados, resultando em novas representações internas do *self*.

Portanto, convém mencionarmos que levando em consideração o caráter preventivo associado a uma possível situação de crise desencadeada pelo adoecimento, adotamos a psicoterapia breve psicodinâmica enquanto modalidade da psicoterapia. Para tanto, o foco de atuação contemplou os aspectos emocionais gerais relacionadas à doença de Parkinson e ao processo de reabilitação, sendo que, as interpretações das defesas e dos processos transferenciais e contratransferenciais seguiram os preceitos da psicoterapia breve psicodinâmica.

4.2 Participantes

Participaram da pesquisa três pacientes com diagnóstico médico de doença de Parkinson que estavam em acompanhamento em um centro de reabilitação física especializado no atendimento de pacientes com sequelas motoras decorrentes principalmente de doenças neurológicas, dentre as quais se destaca a Doença de Parkinson, foco deste estudo.

4.3 Critérios de Seleção da Amostra

Para seleção da amostra do presente estudo foram considerados os seguintes critérios de seleção: 1) ser adulto com idade superior a 18 anos; 2) estar em tratamento no centro de reabilitação física; 3) apresentar diagnóstico médico de doença de Parkinson; 4) apresentar consentimento formal para a participação no estudo. Não foram convidados a participar do estudo, os pacientes que apresentaram déficits cognitivos e/ou neurológicos, deficiência auditiva severa ou condições psíquicas que impossibilitassem ou dificultassem seu entendimento na participação da pesquisa.

4.4 Local

A pesquisa foi realizada em um centro de reabilitação física localizado na região noroeste do interior do estado de São Paulo. Trata-se de uma instituição especializada em promover a reabilitação física de pacientes, adultos e/ou crianças, com sequelas motoras decorrentes de diagnósticos como Paralisia Cerebral, Lesão Medular, Mielomeningocele, Má Formação Congênita, Amputados, Doenças Neuromusculares e Sequelas da Poliomielite, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e Doença de Parkinson. O trabalho é desenvolvido por uma equipe interdisciplinar e consiste em possibilitar uma melhor qualidade de vida aos pacientes atendidos por meio da promoção de sua reabilitação física e de sua inclusão social.

O termo interdisciplinaridade é definido em contraposição ao termo multidisciplinaridade. A multidisciplinaridade significa a justaposição de diferentes campos de saber para a realização de determinado trabalho, mas sem haver um envolvimento ou enriquecimento entre uma disciplina e outra e sem uma coordenação do trabalho em equipe. A interdisciplinaridade, por sua vez, é caracterizada pela presença de intensas trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, havendo a superação de fronteiras disciplinares (Santos; Cutolo, 2003). Assim, o trabalho interdisciplinar engloba uma interação, coesão e inter-relação entre os saberes profissionais e uma corresponsabilização da equipe como um todo a partir de uma ação pautada por um direcionamento em comum (Ferro et al., 2014). Dessa forma, compreende a incorporação de várias especialidades com os saberes devidamente integrados a fim de convergirem em um resultado final (Santos; Cutolo, 2003).

Assim, a equipe interdisciplinar, incluindo corpo clínico e terapeutas, é composta por três médicos, sendo dois neurologistas e um ortopedista, duas fonoaudiólogas, duas assistentes sociais, sete fisioterapeutas, sendo três na modalidade solo e quatro na modalidade aquática, duas terapeutas ocupacionais, uma psicopedagoga, e três psicólogas. O processo de reabilitação física se inicia com a triagem médica que busca verificar, de acordo com os critérios diagnósticos, a condição clínica do paciente para realização das terapias de reabilitação. Em seguida o paciente é encaminhado para a avaliação de terapeutas especializados em sua patologia e que, de forma integrada e em conjunto, propõe os objetivos e constrói o plano terapêutico para cada paciente de acordo com sua singularidade.

Considerando que o trabalho desenvolvido junto à equipe visa auxiliar o paciente e seus familiares a enfrentarem as limitações físicas, emocionais, sociais, dentro do processo gradual da reabilitação, o paciente e/ou familiar é enquadrado para acompanhamento psicológico no setor de Psicologia quando há objetivos a serem trabalhados em relação aos aspectos emocionais envolvidos em sua condição física e que possam impactar negativamente no processo de reabilitação. O acompanhamento psicológico no setor de Psicologia ocorre na modalidade da psicoterapia individual semanal e sua duração depende dos objetivos traçados e da evolução terapêutica alcançada. Cabe mencionarmos que a pesquisadora responsável pela pesquisa também atua como psicóloga no centro de reabilitação de reabilitação física onde foi desenvolvida a pesquisa, realizando acompanhamento psicológico individual com os pacientes em processo de reabilitação física e, quando necessário, com seus familiares.

4.5 Aspectos Éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 que estabelecem os critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, da Faculdade de Ciências – Campus de Bauru, tendo sido aprovado sob CAAE número 53078021.3.0000.5398 e parecer número 5.272.225 (ANEXO A). O projeto de pesquisa também foi enviado aos responsáveis pela instituição de reabilitação física a pesquisa foi desenvolvida, para análise e parecer quanto à realização da coleta de dados.

Após parecer favorável nessas duas instâncias, os participantes com critérios favoráveis a comporem a amostra foram convidados a participarem do estudo e, em concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-APÊNDICE I) para formalizar sua participação no estudo, considerando-se sua liberdade de participação espontânea[9].

4.6 Procedimento de coleta de dados

A psicóloga-pesquisadora responsável pela pesquisa e pelos atendimentos psicológicos realizados na instituição de reabilitação onde atua, selecionou três pacientes com diagnóstico da doença de Parkinson que estavam em atendimento psicológico no setor de Psicologia para participarem da pesquisa. Os atendimentos psicológicos foram realizados por meio de sessões individuais de psicoterapia

[9] O documento emitido pela instituição de reabilitação autorizando a realização da pesquisa e os TCLE assinados pelos participantes foram suprimidos da tese visando preservar o sigilo e confidencialidade dos dados dos participantes.

psicodinâmica breve que tiveram duração de quarenta minutos e ocorreram com frequência semanal. O acompanhamento psicológico tinha a proposta de oferecer uma escuta aos pacientes selecionados com o objetivo de trabalhar os aspectos emocionais relacionados à sua condição física que pudessem emergir durante o processo de reabilitação física.

Os pacientes em atendimento psicológico foram, então, selecionados enquanto participantes da pesquisa para que a psicóloga-pesquisadora pudesse acompanhar as intervenções psicoterapêuticas realizadas e efetuar o registro clínico dos casos. A coleta de dados foi realizada por meio do diário de campo[10] da psicóloga-pesquisadora de orientação psicanalítica, que manteve o registro do conteúdo clínico emergido das sessões individuais de psicoterapia ocorridas semanalmente durante o acompanhamento psicológico dos pacientes elencados para o estudo e que estavam em processo de reabilitação física na instituição.

Os pacientes com os critérios de elegibilidade propostos ao estudo foram selecionados pela psicóloga-pesquisadora, informados sobre o objetivo do estudo e convidados a participarem da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa foram orientados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-APÊNDICE I) para autorização prévia de participação.

[10] Caderno de notas utilizado como instrumento na pesquisa qualitativa em saúde, no qual o pesquisador anota o que é observado, incluindo, dentre outros aspectos, impressões pessoais que podem se modificar ao longo do tempo, resultado de conversações, observações de comportamentos contraditórios em relação às falas, os quais serão posteriormente utilizados na análise do objeto de investigação (Minayo, 2007).

4.7 Procedimento de análise de dados

Ao retomarmos Dallazen et al. (2012) temos que, a pesquisa clínica psicanalítica consiste em realizar uma reflexão documental pós-fatos, em que a produção de conhecimento científico a partir de casos clínicos ocorrerá sempre a posteriori e baseada em fatos clínicos oriundos de tratamentos analíticos encerrados. Nesse sentido, após o término do tratamento psicológico e a partir da escuta do conteúdo advindo da relação analítica foram (re)construídas as cenas dos três casos clínicos ilustrados por fatos clínicos que foram descritos no formato de ensaios e, posteriormente, analisados no formato de múltiplos casos. A análise aconteceu mediante a articulação com a teoria psicanalítica a fim de se realizar uma análise compreensiva das manifestações e elaborações psíquicas do luto vivenciado pelos pacientes com diagnóstico de Doença de Parkinson.

Destacamos, ainda, que o fato clínico psicanalítico inclui aspectos relacionais e subjetivos que vão além do que possa ser observável. Assim, como em psicanálise se trabalha com o sujeito do inconsciente, a busca pela compreensão dos fatos ocorridos no *setting* psicanalítico extrapola a observação de fatos concretos, já que, tal compreensão implica em considerar aspectos envolvidos na situação decorrentes da relação transferencial e dos fenômenos contratransferenciais. Sendo assim, a construção do fato clínico psicanalítico envolve a vivência concreta de um fato pela dupla paciente-psicoterapeuta, mas também a análise dessa vivência a partir dos fundamentos da psicanálise, a qual pode ocorrer durante ou após a sessão (Reis, 2022). É nesse sentido que a abstração pelo psicanalista pode decorrer, primeiramente, daquilo que é vivenciado durante a realização da sessão clínica, mas, também, pode ser construída a partir das reflexões do analista consigo mesmo ou com colegas, posteriormente à

experiência vivenciada, numa tentativa de compreensão mais aprofundada dos fenômenos ocorridos (Vollmer Filho, 1994).

Ademais, Quinodoz (1994) menciona que a repetição da temática ou da conduta relatada é considerada um dos aspectos necessários para que o fato clínico seja transformado em fato clínico psicanalítico, podendo ocorrer mudança nos padrões habituais de conduta ou de narração. Nesse âmbito, é comum a recorrência de fatos clínicos semelhantes que apontam para certo grau de previsibilidade ao longo do processo psicoterapêutico. O autor faz uma analogia com o movimento do mar, uma vez que, os eventos tendem a se repetir constantemente, porém sem jamais serem iguais, pois se constroem ressurgindo de inúmeras formas diferentes que, embora efêmeras, guardam certa constância entre si. Além disso, considera que nem todos os fatos presentes na situação clínica são interpretados, uma vez que, a seleção do material a ser interpretado por parte do analista ocorre com base em suas experiências emocionais vivenciadas. Ademais, o autor salienta que os fatos clínicos psicanalíticos também possuem como características o fato de serem fenômenos que podem ser observados e comunicados tanto para o paciente quanto para outros profissionais.

A interpretação do conteúdo da relação analítica advindo dos registros textuais do diário de campo seguiu os mesmos preceitos da clínica psicanalítica utilizados por Figueiredo e Minerbo (2006) em sua pesquisa com o método psicanalítico, os quais envolveram uma escuta flutuante com a seleção de palavras ou expressões que, inicialmente, permitissem uma desconstrução da história para que, posteriormente, fosse possível uma reconstrução dessa mesma história – agora – com um novo sentido, capaz de produzir outra verdade. A escuta foi guiada pelas impressões do fenômeno da transferência e contratransferência. A transcrição das falas, palavras e expressões do paciente receberam grifos em itálico.

A construção dos fatos clínicos selecionados para a pesquisa ocorreu mediante a análise da própria psicoterapeuta-pesquisadora. Alguns dos fatos clínicos foram discutidos e validados com os membros do grupo de orientação à pesquisa e com o professor-orientador da tese durante as reuniões de orientação, as quais funcionaram nos moldes de uma supervisão clínica. A seleção dos fatos clínicos buscou contemplar os aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico da doença de Parkinson e ao processo de reabilitação envolvendo o processo de luto pela perda da autoimagem – incluindo o acionamento de defesas e saídas patológicas – apresentados pelos pacientes durante o processo psicoterapêutico.

Apresentamos a seguir a descrição dos fatos clínicos no formato de ensaios clínicos, os quais serão, posteriormente, apresentados e analisados no formato de múltiplos casos – Capítulo 7 da Tese. O relato dos fatos clínicos produzidos modifica detalhes de identificação dos pacientes e enfatiza o fenômeno vivenciado na relação transferencial visando à preservação do sigilo e identidade dos sujeitos.

5. ENSAIOS CLÍNICOS

5.1 Caso clínico 1 – O narrador[11]

Para iniciarmos a construção desse caso se faz necessária uma caracterização do quadro neurológico do paciente. O paciente possuía setenta e cinco anos de idade à época e havia sido diagnosticado com a doença de Parkinson há cerca de vinte e três anos atrás. Há doze anos havia sido submetido à realização da neurocirurgia para implantação do aparelho de estimulação cerebral profunda (ECP) para diminuir os sintomas motores de movimentação involuntária dos braços. Deste modo, o paciente convivia, principalmente, com os sintomas físicos de rigidez muscular e bradicnesia, Os sintomas oscilavam ao longo do dia e em alguns dias não era possível notar nenhum efeito do remédio. Quando a medicação fazia efeito, o paciente conseguia realizar suas atividades cotidianas, o que, em geral, ocorria logo após o uso dos medicamentos. Porém, sem o efeito do medicamento, o que costumava acontecer no período da tarde, ele precisava de auxílio para realização de várias atividades. Os sintomas se manifestavam pela dificuldade para andar devido às pernas 'travadas' e pela presença de engasgos, o que tornava algumas atividades diárias mais difíceis de serem realizadas, como tomar banho, trocar de vestuário, servir a própria alimentação e se levantar da cadeira e/ou do vaso sanitário, impactando negativamente em sua vida.

É nessa condição física que o paciente iniciou a reabilitação física na instituição com o objetivo de diminuir as dores e a rigidez muscular para, assim, alcançar um grau mais elevado de funcionalidade em sua rotina. O processo de reabilitação ocorreu durante o período de sete meses e envolveu o trabalho em conjunto da equipe

[11] O caso 1 foi publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) com o título "A psicoterapia psicanalítica do paciente com Parkinson na reabilitação: relato de experiência" (Uliana; Campos, 2025).

interdisciplinar de saúde a partir da realização de terapias individuais com frequência semanal nos setores de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Fonoaudiologia e Psicologia.

O processo psicoterapêutico que deu origem à realização dessa pesquisa foi baseado na psicoterapia breve psicanalítica ocorrido no contexto da clínica ampliada em Psicologia da Saúde. O acompanhamento psicológico teve tempo de duração total de sete meses e finalizou em conjunto com o processo de reabilitação do paciente na instituição. Os atendimentos psicológicos ocorreram com frequência semanal e foram estruturados em sessões individuais de quarenta minutos. É importante contextualizarmos que o paciente se encontrava em acompanhamento psicológico no setor de Psicologia há um mês, antes da minha chegada à Instituição e, após a minha admissão, foi transferido aos meus cuidados terapêuticos para darmos continuidade ao acompanhamento psicológico. Sendo assim, o paciente permaneceu por seis meses sob meus cuidados psicoterapêuticos até receber a alta da instituição, período que constitui o recorte dessa pesquisa.

Na entrevista clínica inicial[12] realizada com o paciente no setor de Psicologia foi possível observar a presença de sintomas elevados de ansiedade associados a uma postura de resignação diante da doença. O paciente diz que sempre foi ansioso, mas que após a doença a ansiedade aumentou e passou a se irritar com mais facilidade, pois não conseguia mais realizar as atividades como antes. A ansiedade afetava negativamente a vida do paciente, deixando-o bastante incomodado e relutante frente a esse sintoma,

[12] A entrevista clínica se baseia em técnicas de investigação que tem como objetivo descrever e avaliar aspectos pessoais e relacionais a fim de propor intervenções. Ela comporta elementos diagnósticos que podem priorizar tanto aspectos sindrômicos, que incluem sinais e sintomas, como aspectos psicodinâmicos, que visam à descrição e à compreensão da experiência ou modo particular de funcionamento do sujeito, a partir de uma abordagem teórica. A entrevista clínica inicial pode ser utilizada para definir os objetivos de um processo psicoterapêutico e, embora faça parte de um processo de avaliação, muitas vezes, confunde-se com a psicoterapia que se inicia (Tavares, 2007).

conforme podemos verificar em sua fala: "*Procuro não ficar nervoso, pois não adianta. O Médico disse que se ficar nervoso o quadro da doença piora*". A manifestação da ansiedade pôde ser observada principalmente na forma acelerada como o paciente (dis)corria sobre diversos assuntos, porém sem adentrar emocionalmente em nenhum deles especificamente. Ademais, havia uma aparente postura de resignação diante da doença que, na verdade, parecia refletir uma dificuldade para acessar e expressar os sentimentos negativos relacionados ao diagnóstico. Assim, a queixa principal formulada pelo paciente consistia no aumento da ansiedade e irritabilidade diante de situações de frustração, após o diagnóstico. Sendo assim, foi delimitado como foco terapêutico a ser trabalhado junto ao paciente as demandas psíquicas que envolviam aspectos emocionais gerais relacionadas ao diagnóstico da doença de Parkinson e ao processo de reabilitação – em específico, auxiliar um maior contato com o conteúdo emocional visando a diminuição dos sintomas de ansiedade.

Foi assim que ao receber as primeiras impressões do caso a partir do registro em prontuário dos atendimentos psicológicos realizados anteriormente e da percepção da equipe interdisciplinar, me chamou a atenção o fato do paciente "*não entrar em contato emocional com o conteúdo relacionado à sua condição física*". Afinal, embora fosse esperado que o paciente expressasse um sofrimento psíquico importante diante de uma doença neurológica que impunha tantas dificuldades físicas, emocionais e sociais, o paciente sempre mencionava "*estar bem*", evitando, assim, entrar em contato emocional com seu sofrimento, o que chamava a atenção de todos.

Durante as entrevistas preliminares com o paciente no setor de Psicologia também pude compartilhar da mesma sensação de surpresa que envolvia toda a equipe, que era a dificuldade que ele tinha de expressar seu sofrimento diante de sua condição física e a tentativa de reafirmar a todo tempo que "*estava bem*". Então, me deparei com

um fenômeno que passou a me intrigar ainda mais: Por que, mesmo diante de uma condição física que impunha tantas dificuldades, o paciente evitava entrar em contato com o sofrimento que vivenciava atualmente em sua vida e – mais – falava muito mais sobre si de uma forma idealizada no passado? A hipótese era que as sucessivas experiências de perdas decorrentes da condição física imposta pelo adoecimento eram vivenciadas como um intenso sofrimento psíquico, semelhante a uma experiência traumática, o que poderia acarretar algumas implicações – quais? – envolvendo a elaboração dos processos de luto.

Para adentrarmos a questão é importante destacar a existência de uma experiência de adoecimento marcada por um sofrimento intenso e insuportável, em relação à qual o paciente evitava entrar em contato. O conteúdo ameaçador relacionado ao diagnóstico gerava defesas que se manifestavam pela resistência do paciente em falar sobre as dificuldades vivenciadas com o Parkinson, impedindo-o de acessar o conteúdo emocional associado a esse sofrimento. Nesse momento inicial do tratamento, o paciente contava histórias do seu passado, da época em que ainda criança aprendeu a dirigir caminhão, de quando "*roubou a esposa*" para se casar, e da época em que trabalhou como mecânico de automóveis. Contava, ainda, histórias da vida presente em relação ao que ainda era capaz de realizar atualmente em seu cotidiano, como certa vez em que chegou dizendo "*hoje eu descobri o defeito do carro da minha filha só pelo barulho*" ou "*hoje eu subi na escada para limpar em cima do guarda roupas*", como quem reafirmasse para si mesmo sua capacidade de realizar as tarefas e ter seu desejo validado enquanto sujeito.

Porém, no transcorrer da análise o paciente começa a entrar minimamente em contato com o sofrimento imposto pelo diagnóstico, havendo uma transformação nos seus elementos discursivos que, paulatinamente, passaram do "*tudo bem*" para uma

tentativa de expressar o sofrimento vivenciado diante da atual condição física. Aos poucos a vivência é descrita como uma profunda angústia e desamparo em relação às limitações físicas decorrentes do processo de adoecimento, como observado em sua fala: "*Essa doença é muito difícil. Procuro não pensar, por que quando penso começo achar que nada vale a pena, aí deito no chão e não consigo levantar".* Por vezes, o paciente ainda demonstra que, ao mesmo tempo em que reconhece a existência desse sofrimento, evita entrar em contato com ele, terminando, recorrentemente, as frases com "*mas tá bom, não posso reclamar*". Nesses momentos, sempre lembrava ao paciente que ali se tratava de um espaço de escuta e acolhimento e lhe reiterava: "*Aqui o senhor pode, sim, reclamar. Esse espaço é para isso*".

Dentre os aspectos emocionais relacionados à condição física ocasionada pelo Parkinson responsáveis por gerar intenso sofrimento, destaca-se a sensação de impotência associada à perda de autonomia. Nesse sentido que, referindo-me aos sentimentos relacionados à doença, indago-lhe: "*O que o senhor considera mais difícil*?", o paciente menciona que o que mais incomoda em relação ao diagnóstico é o fato de não conseguir mais realizar suas atividades como gostaria revelando, assim, uma sensação de impotência associada às limitações físicas impostas pelo adoecimento, conforme demonstra em seu relato: "*O mais difícil é não poder fazer o que eu quero. Não consigo colocar um parafuso, pois perdi a sensibilidade dos dedos. Às vezes sei o defeito do carro e não posso consertar"* (Fato clínico 3). Como a doença não permite que o paciente execute as funções motoras como ele gostaria, o paciente vê sua vontade impedida de ser realizada, levando-o a se sentir impotente.

A perda de autonomia acarretada pela doença é mencionada como mobilizadora de sofrimento pelo paciente: "*Não aguento ver minha mulher fazendo as coisas, quando vejo todos trabalhando em casa quero ajudar, mas eles ficam preocupados*". A

diminuição da autonomia aparece em seu cotidiano sob a forma de cuidados excessivos de seus familiares. Relata de forma emocionada que um dia desses pegou uma chave de fenda para arrumar o barulho no carro do filho, mas os familiares tentaram tirar a chave da sua mão à força, com o que se emociona. Nesse momento pergunto ao paciente: "*Como o senhor se sentiu*?" e ele afirma "*Fiquei mal com isso, mal comigo mesmo, sei que não devia ter sido teimoso, sei que fizeram isso por que gostam de mim, pra me proteger*". Digo-lhe, então, que é compreensível que ele se sinta mal, pois não tinha essas limitações antes da doença e que se trata de uma situação nova para ele e para sua família. Nesse caso, a chave de fenda parecia representar para o paciente um símbolo de tamponamento de sua doença, no qual, a 'chave' representaria uma possível solução para a 'fenda' ocasionada pela doença em sua imagem narcísica ocasionada. O cuidado recebido da família, por sua vez, é sentido de forma ambígua pelo paciente, que ora o percebe como proteção "*dizem pra eu parar de dirigir, mas não fico bravo, pois sei que eles se preocupam e querem seu bem",* ora como falta de confiança nas suas capacidades: "*as pessoas falam que vão dirigir no meu lugar, sinto que não confiam em mim*". Então, aponto para o paciente que o que ele deseja é continuar tendo sua autonomia e enfatizo: "*O senhor quer ser dono do seu nariz, não é*?". Ele responde "*é claro!"* (Fato clínico 4).

O paciente demonstra enfrentar uma luta incessante entre o reconhecimento das próprias limitações *versus* a necessidade de manter sua autonomia. Ao mesmo tempo em que busca reconhecer suas limitações diz que é "*teimoso, que não gosta quando as pessoas não deixam ele fazer o que quer"* e que se a família fala que não é pra arrumar o ferro de passar roupa, ele arruma, sobe na cadeira para limpar em cima dos móveis e que esses dias subiu na escada e limpou em cima da geladeira. Ele menciona que era taxista e conta, animado, que ainda dirige seu carro, mas que familiares e médicos

dizem para ele parar. Pergunto ao paciente "*o que você sente quando as pessoas dizem isso*?" e ele responde "*não fico bravo, pois sei que se preocupam e querem meu bem. Mas se eu parar com tudo, eu não aguento*".

A adoração pelo trabalho associada ao ato de *dirigir* marca a história de vida do paciente. Ele menciona que começou a trabalhar ainda criança e desde cedo entrou em contato com automóveis. Na fase adulta teve diversos trabalhos que envolviam automóveis, trabalhou como professor de autoescola, motorista de caminhão, mecânico e professor de mecânica e, em seu último emprego, foi taxista, quando já estava com a doença. O paciente apresenta uma relação de transferência com o ato de *dirigir* – o carro, e talvez, por isso, seja tão difícil para ele perder autonomia frente a essa função. Aqui a palavra *dirigir* pode encontrar outro sentido, pois o fato do paciente ainda dirigir o próprio carro desdobra-se no campo subjetivo com a fantasia de que o *ato de dirigir poderia estar fazendo bem ao paciente.* No campo médico e familiar essa ideia não fazia sentido, pois o ato de dirigir o próprio carro poderia significar que o paciente estava ignorando suas limitações físicas e colocando sua vida em risco. Porém, essa ideia encontra sentido no campo subjetivo, pois é o meio que o paciente encontra para dar vazão ao desejo de *conduzir* – com autonomia – sua própria vida.

É importante considerarmos que, antes da fantasia de dirigir o carro se desvelar enquanto um desejo de autonomia do paciente acerca da própria vida, ela se desdobra no campo contratransferencial com a manifestação de um receio, também, por parte da psicoterapeuta que, assim como a equipe e familiares, sentiu medo de que o paciente estivesse de algum modo se colocando em alguma situação de risco ao dirigir seu carro. Nesse contexto, pergunto ao paciente "*mas o Senhor não tem medo de estar dirigindo e acontecer algum acidente?".* O paciente responde que não, justificando que dirige devagar e vai apenas a alguns lugares dentro da cidade, somente quando não tem

ninguém para ir em seu lugar e afirma "*tenho medo de estar dirigindo e alguém dar uma pancada, por que dirijo devagar, mas não tenho medo de dirigir*" (Fato clínico 23). Com isso, demonstra uma percepção de suas dificuldades e certo reconhecimento de seus limites sabendo aceitar ajuda quando fosse necessário. Fica claro, então, para mim a importância de validar o desejo que o paciente possui de manter sua autonomia dentro de suas potencialidades.

Vale destacarmos que a questão de aceitar ajuda para a realização das atividades precisou ser construída ao longo do processo terapêutico. Assim, inicialmente o paciente tinha dificuldade para reconhecer suas limitações e, consequentemente, aceitar ajuda. Essa dificuldade pôde ser percebida em certa ocasião em que o paciente chega bastante ansioso à instituição, com uma fala muito acelerada, pedindo para sair mais cedo porque precisa buscar o carro do filho no mecânico. Nesse dia, ele sofre uma queda em um dos atendimentos setoriais por se levantar rápido demais da cadeira e praticamente recusa a ajuda para se levantar, pois acredita que precisa se esforçar levantando-se sozinho. Com isso, ele revela uma profunda dificuldade em aceitar ajuda. Porém, ao longo do tratamento o paciente inicia um movimento de aceitar ajuda quando esta fosse oferecida, atitude essa que, posteriormente, poderia evoluir para solicitar ajuda quando fosse necessário. Certa vez, pergunto ao paciente se ele gosta quando as pessoas o ajudam, e ele responde: "*às vezes gosto, e às vezes não gosto*". O paciente menciona: "*eu não peço ajuda, mas se a pessoa oferecer eu aceito*". Essa mudança em aceitar ajuda se manifestou no campo transferencial quando, ao final de uma sessão em que o paciente chega abalado emocionalmente contando sobre o AVC sofrido pelo irmão, e relata "*hoje está difícil, meu emocional está abalado, até para andar está mais difícil*". Então, ao final do atendimento pergunto se o paciente quer ajuda para caminhar até o setor de hidroterapia. Nesse momento, o paciente aceita que eu o acompanhe até a

sala de fisioterapia aquática, demonstrando, também transferencialmente, que mais do que um apoio para caminhada até a outra sala, ele também começava a aceitar meu apoio em sua ‘caminhada emocional’.

A despeito do componente contratransferencial, pude compreender que o paciente vivenciava um sofrimento importante quando, a cada piora motora, também perdia um pouco de sua autonomia. Assim, embora não fosse totalmente possível realizar algumas tarefas completamente sem auxílio, sendo necessário reconhecer os riscos envolvidos em cada atividade, também era importante que o paciente se encontrasse enquanto sujeito desejante que pudesse manter algum grau de autonomia dentro de suas possibilidades. Essa questão foi sinalizada para a família do paciente, que foi orientada sobre como o paciente se sentia e da importância de não retirar totalmente sua autonomia, mas sim incentivá-la dentro de suas potencialidades. O que, de algum modo, significava deixá-lo realizar as atividades que ainda conseguia realizar dentro de uma situação segura.

Entretanto, ainda que seja compreensível a preocupação da família em relação ao fato do paciente querer dirigir o carro devido aos possíveis riscos envolvidos – já que a manifestação sintomática de um súbito travamento muscular poderia ocorrer no momento do ato de dirigir – o receio sentido pela família em relação a outras situações, como por exemplo, o fato do dele utilizar a chave de fenda para consertar o carro, parecia ser algo que não se justificava em sua gravidade, o que aponta para um aspecto de superproteção familiar comumente observado. Essa preocupação talvez tenha sido uma forma mais simples que a família encontrou para tentar fazer com que o paciente começasse a reconhecer, ainda que minimamente, suas limitações – já que, ao entrar embaixo do carro para consertá-lo ele poderia ter dificuldade para de lá sair – para que,

posteriormente, ele pudesse reconhecer situações de maior gravidade, tal qual, envolvia o ato de dirigir.

A dificuldade do paciente em reconhecer suas limitações e aceitar a doença também se manifestou com algumas quedas ocorridas em casa e com sua resistência em utilizar a bengala de quatro pontos, que já possuía, mas não fazia uso, visando melhorar o deslocamento e reduzir os riscos de quedas. Nesse caso, a equipe demonstrava ciência de que a aceitação frente aos aditamentos, que em última análise se referia à aceitação da doença, configurava-se por meio de um processo gradativo. Contudo, dialogar com a equipe sobre os sentimentos vivenciados pelo paciente, traduzindo seu desejo ao explicitar a forma como ele se sentia também foi importante para amenizar uma possível ansiedade por parte da equipe, além de ser possível alinharmos impressões iniciais sobre os riscos envolvidos e as formas de adaptação necessárias.

Com o avanço da doença e a intensificação das situações que envolvem a perda de autonomia, aumenta, também, o medo do paciente de ficar totalmente dependente de cuidados. O medo de ficar dependente de cuidado aparece indiretamente, via projeção, quando ele relata a condição de enfermidade do irmão. O paciente projeta seu medo de – também – ficar dependente do cuidado de terceiros - e mais, precisar de cuidados e não ter ninguém para cuidar, bem como no irmão recentemente acometido por um AVC. Relata que ao ver o irmão doente lembra quando ficou hospitalizado devido à cirurgia do Parkinson, dizendo que "*não conseguia fazer as coisas, dependia das pessoas"* e começa a chorar. Nesse momento, digo ao paciente que deve ter sido muito difícil esse momento em que ficou hospitalizado dependendo das pessoas para ser cuidado e lhe pergunto me referindo ao Parkinson: "*O senhor tem medo depender das pessoas*?" Ele menciona que *"tem medo de ficar sozinho e não conseguir fazer as coisas, igual o irmão"*. E novamente lhe indago: "*Esse medo parece ser maior do que o*

próprio medo de morrer, não é?", e ele responde que sim, revelando seu pavor de precisar de cuidados e não ter ninguém para auxiliá-lo. Além disso, o paciente lamenta não conseguir ajudar o irmão da forma como gostaria, dizendo "*quero ajudar a pegar o irmão no colo, mas não tenho força*". Ao mesmo tempo em que fica satisfeito diante de situações em que pôde auxiliá-lo. Nesse momento relembra o dia em que foi buscá-lo no hospital e ajudou o filho a colocá-lo no carro. Pergunto-lhe "*Como se sentiu em ajudar cuidar do irmão*?". Ele chora e diz que se sente bem, pois "*achava que não ia conseguir cuidar de mais ninguém*", demonstrando que o ato de cuidar afastar a ideia de precisar ser cuidado – ou, tornar-se dependente, pois enquanto cuida, evita ser cuidado.

A iminência da morte também aparece como aspecto emocional relacionado à condição física do paciente, uma vez que, o caráter degenerativo 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, ao mencionar sobre os quadros de tragédia e violências que assistiu na televisão, do aumento do número de mortes por Covid-19 e – mais uma vez, pelo AVC sofrido pelo irmão. Diz que ficou abalado ao ver o irmão hospitalizado, pois ele falava que ia morrer. Digo que d*eve ter sido muito difícil para ele.* O paciente responde que sim. E pergunto: "*Assim como também foi difícil para você quando esteve internado*?". Ele responde que sim, e recorda emocionado que também falava que ia morrer, há anos atrás, quando esteve hospitalizado na UTI para a cirurgia do Parkinson.

O medo de morrer também surge no relato do paciente a partir da fala de familiar, que lhe pede para não guardar dinheiro e sim para usar o dinheiro consigo mesmo, pois senão eles (a família) quem irão gastá-lo. Pergunto o que ele acha disso e ele responde "*Ele está certo! Ainda tenho vontade de fazer muita coisa. Fiz implante dos dentes, agora quero viajar".* Ademais, o paciente anunciava a própria morte ao

recordar que "*minha mãe morreu de Parkinson*" (Fato clínico 5). Tais aspectos sugerem ao paciente que sua finitude está próxima e apontam para a falta de perspectiva futura em que é preciso aproveitar o tempo que ainda lhe resta.

As mudanças no estilo de vida que o paciente possuía anteriormente à doença provocaram uma ruptura biográfica traumática levando a uma importante divisão entre antes e depois na história de vida do paciente, conforme ilustra seu relato "*Eu não era assim. Antes eu fazia de tudo em casa agora, não consigo nem abotoar um botão*". Essa condição acarretou uma sensação de estranhamento para o paciente que passa a não se reconhecer mais como antigamente, havendo uma espécie de afastamento de sua vida presente e uma supervalorização dos momentos passados. É possível observar a ocorrência de uma idealização, na qual o paciente apresenta uma tendência em falar sobre si mesmo no passado, ressaltando suas qualidades e seus feitos em relação ao trabalho e à vida em geral. Por diversas vezes, repetia a história de sua vida desde o início, pontuando com orgulho o início do trabalho precoce na lavoura, os diversos ramos de atuação, os recursos materiais que conquistou e como se destacou na vida se tornando bem sucedido, conforme mostra o fragmento: *"Lembro da minha vida desde os oito anos de idade. Quando tinha doze anos meu pai me tirou da escola para trabalhar na lavoura de algodão. Quando me casei, me mudei para outra cidade, sem emprego, mas logo arrumei trabalho. Trabalhei como vendedor e depois comecei a trabalhar com carros. Ganhei muito dinheiro. Meu chefe me adorava. Muita gente gosta de mim, porque eu só faço o bem"* (Fato clínico 16).

A ruptura na vida do sujeito ocasiona, também, uma divisão em seu próprio ego, na qual, uma parte do ego se volta contra a outra, que passa a julgá-la criticamente, estabelecendo-se, assim, um conflito entre superego e ego atual – considerado impotente. A manifestação da crítica do superego em relação ao ego atual pôde ser

observada em determinados momentos no relato do paciente. O baixo desempenho motor se tornou alvo de críticas do paciente, indicando uma atitude de autoflagelação quando o paciente lamenta não ter mais força conferindo tapas em seu próprio braço. Ao constatar que não consegue mais realizar as atividades como antes, o paciente demonstra uma atitude de desvalia e autorecriminação revelados em seu relato pelo desejo de contribuir para um possível tratamento para o Parkinson: "*serviria de cobaia para remédio do Parkinson, mesmo correndo o risco de morrer*". Nesse caso, o conteúdo da fala possui um duplo sentido em sua interpretação. Por um lado, revela o senso de inutilidade do paciente e sua descrença em relação à sua vida atual, levando-o a pensar que seria útil apenas quando morresse tentando achar a cura para a doença. Por outro lado, aponta para a existência de um senso de grandiosidade narcísica que se manifesta pelo desejo heroico de erradicar a doença e 'salvar a humanidade'.

A manifestação do superego também pode ser observada no relato do paciente por meio do seu senso de auto-observação. Nesse sentido, a atitude supergóica manifestada pela auto-observação possui um caráter narcísico e é traduzida pela tentativa do paciente controlar compulsivamente suas limitações físicas, conforme observado, repetidamente, nos fragmentos de seus relatos: "*hoje estou com dores no braço. Mas a culpa é minha, por que eu não paro, faço muito exercício";"eu não paro, lavo louça todo dia";" Procuro ficar andando, ando o dia todo, pois se ficar duas horas parados eu 'travo"*". Conforme verificado em seu relato, ele busca a todo custo controlar as limitações físicas, a ponto de sentir dores por realizar exercícios em excesso. O senso de auto-observação demonstra uma luta incessante que o paciente trava contra sua doença, com o objetivo inalcançável de controlar, obsessivamente, as possíveis falhas que possam revelar a impotência do seu ego atual.

Os aspectos emocionais associados ao adoecimento por Parkinson foram responsáveis mobilizar um intenso sofrimento psíquico, semelhante a um trauma, tornando difícil sua elaboração psíquica. Diagnosticado há cerca de vinte e três anos com o Parkinson, o paciente relata sobre as etapas desse processo: "*Meu último emprego foi como taxista. Nessa época já estava com a doença, mas não sabia. Fui ao médico e quando entrei no consultório o médico disse, o senhor tem Parkinson, toma esse remédio*". No início, o paciente não aceitava a doença como algo próprio de sua vida, de sua história: "*no começo eu não aceitava o Parkinson, não falava da doença, continuei trabalhando mesmo com os sintomas".* No decorrer do tempo *"falava para as pessoas que tinha (a doença), mas não aceitava*" e, atualmente, "*mesmo agora tenho dificuldade de aceitar"* (Fato clínico 2). Desse modo, é possível perceber que a dificuldade de aceitação da doença se fez presente desde o início com a descoberta impactante do diagnóstico, até o presente momento. Além disso, a oscilação dos sintomas aparece como dificultador na elaboração da doença: "*a doença é difícil, tem dia que não tem nada, e tem dia que é difícil*". O caráter oscilatório dos sintomas da doença traz um duplo sentido de interpretação para o paciente. Por um lado, a ausência momentânea do sintoma pode remeter à falsa ideia de ausência da doença, levando o paciente a duvidar de que estivesse realmente doente. Por outro lado, o retorno, cada vez mais forte e progressivo do sintoma parece funcionar como uma repetição (traumática) que intensifica a ideia de existência da doença.

Ao longo do processo psicoterapêutico, o paciente chega à determinada sessão dizendo que ficou pensando a semana toda em me perguntar se eu gostaria de escrever um livro sobre sua história. Afirma que ele poderia narrar toda sua vida e que eu poderia gravar para depois escrever um livro. Entrega-me, então, o esboço de uma carta escrita em primeira pessoa e de próprio punho contendo informações de sua vida. E passa a ler

a carta. Nessa ocasião, aproveito para realizar o convite para a participação na pesquisa, no que ele imediatamente aceita (Fato clínico 20). A menção ao livro aparece como um pedido endereçado à psicóloga que se manifesta no campo transferencial como uma demanda de amor, revelando o desejo do paciente de ter sua história testemunhada (livro). De algum modo, o paciente transfere à figura da psicóloga os atributos necessários à possibilidade de registo dessa experiência. Ao aceitar o convite para a pesquisa o paciente tem ciência de que sua história irá para um 'livro', a tese. O ato analítico de aceitá-lo carrega em si uma intensificação do fenômeno da transferência que tem como desdobramento em uma maior implicação do sujeito em seu sofrimento. A partir disso, a psicoterapia, que antes já existia como um espaço de escuta, agora se concretiza como um espaço onde ele poderá prestar seu testemunho. O testemunho mostra, justamente, como era sua vida anteriormente ao Parkinson, fazendo-o tomar consciência de que perdeu uma parte importante de si, em relação à qual ainda se encontra muito ligado. Contudo, agora ele tem a oportunidade de ter sua história registrada, o que lhe permite (re)significar essa experiência.

A experiência de adoecimento vivenciada pelo paciente com Parkinson revelou aspectos emocionais que foram descritos pelo impacto do diagnóstico e busca por elaboração e aceitação, sensações de impotência, perda de autonomia, medo da dependência de cuidados, sensação de morte iminente relacionada à falta de perspectiva futura. Esses aspectos emocionais foram responsáveis por mobilizar um intenso sofrimento psíquico envolvendo experiências de perdas físicas, que alteraram o curso de vida e acarretaram alterações na percepção que possuía em relação a si mesmo, marcando a recorrência de situações traumáticas. Tal condição demonstra uma difícil elaboração psíquica dos processos de luto com mecanismos de defesas associados resultando na dificuldade na aceitação da condição física. O discurso do paciente

evidencia a cisão como defesa mais recorrente que marca uma ruptura na vida do sujeito entre o antes e depois do adoecimento, na qual o paciente evitava entrar em contato com o sofrimento que vivenciava atualmente em sua vida buscando se fixar na imagem de si idealizada no passado. Tal qual uma fuga do momento presente, seu relato o auxiliava a permanecer mais próximo de sua vida 'perfeita' outrora perdida e se defender do sofrimento atual, sem a possibilidade de uma projeção na vida futura.

Consideramos que o intenso sofrimento ligado às experiências emocionais traumáticas vivenciadas com o Parkinson favoreceu a mobilização de mecanismos de defesa dificultando a elaboração psíquica dos processos de luto e, consequentemente, a aceitação da doença. Como mencionamos, o paciente permaneceu durante sete meses em processo de reabilitação na instituição e, após este período, recebeu alta da equipe por conseguir manter certa estabilidade no quadro motor. Porém, ainda que com a reabilitação o paciente tenha conseguido adiar, momentaneamente, novas perdas motoras, a certeza de uma piora progressiva – imaginária ou real – inerente ao quadro degenerativo reforçava o aspecto traumático ligado a um sofrimento iminente. Nesse caso, o caráter degenerativo e o consequente acúmulo de sofrimento ligado às perdas parece ser um fator determinante que atua como dificultador na elaboração psíquica da doença. Ao vivenciar uma determinada perda, logo o paciente se depara com uma nova perda, e assim, sucessivamente, tornando-se difícil a elaboração concomitante de inúmeras perdas. Assim, o sofrimento – ligado a essas perdas – não encontrando o devido escoamento acumula-se no psiquismo dificultando o processo de elaboração psíquica do luto, fazendo o psiquismo recorrer aos mecanismos de defesas.

O processo psicoterapêutico funcionou como um importante espaço de escuta para testemunhar o sofrimento do paciente e, assim, propiciar uma facilitação do processo de elaboração psíquica de seu histórico de perdas. Embora a elaboração não

tenha culminado para uma aceitação completa da doença, prevalecendo os mecanismos de defesa, durante o processo psicoterapêutico o paciente teve a oportunidade de entrar em mais contato emocional com esse sofrimento e, assim, refletir sobre os aspectos emocionais envolvendo as sensações de impotência, perda de autonomia, medo da dependência de cuidados, sensação de morte iminente e falta de perspectiva futura. Além disso, houve a estabilização psíquica com a diminuição dos sintomas de ansiedade – trazidos como queixa principal do paciente – e, consequentemente, com a promoção de uma melhor qualidade de vida. Essa estabilização psíquica se revelou durante todo o processo psicoterapêutico ficando evidente quando, já em processo de alta do centro de reabilitação, o paciente, de modo geral, expressa repetidamente sua gratidão aos profissionais da instituição, dizendo "*Amo vocês!"* e, em específico à psicoterapia, emociona-se referindo ter sido muito bom e que "*Conversar me ajudou muito*". Nesse instante, pergunto-lhe "*O que o senhor acha que melhorou*?" e ele relata que com o Parkinson aprendeu a ter mais paciência, enfatizando: "*Paciência é uma palavra bonita, por que tem que ter paz e ciência*". Diz compreender que as coisas não são sempre como ele quer e que é preciso esperar. E assim, afirma: "*quem tem (con)sciência disso, tem paz*" (Fato clínico 25). Destacamos que, o sentimento de gratidão expresso pelo paciente em direção à psicoterapeuta está relacionado a um lugar que é ocupado apenas pela figura do analista – e por ninguém mais da equipe – o qual remete a um lugar de escuta de testemunha do seu sofrimento psíquico.

Por questões relacionadas aos protocolos institucionais, a finalização do processo psicoterapêutico se deu juntamente com o encerramento do processo de reabilitação na instituição. O paciente recebeu alta do centro de reabilitação e foi orientado pela equipe motora a procurar instituição externa para dar continuidade aos exercícios físicos com vistas à manutenção dos ganhos funcionais alcançados. No que

concerne à psicoterapia, sugerimos ao paciente dar continuidade ao acompanhamento psicoterápico externamente com o objetivo de manter a estabilidade psíquica alcançada, assim como, prevenir agravos na saúde mental que possam ser desencadeados com o avanço progressivo da doença.

Para finalizarmos, destacamos que os fatos clínicos selecionados a partir desse relato de caso clínico foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: Impacto e elaboração do diagnóstico; Perda de autonomia (impotência); Medo da morte (finitude); Ruptura biográfica traumática (perdas funcionais e da autoimagem); Defesa psíquica: Idealização; Transferência positiva: desejo de ter sua história testemunhada (Livro); Contratransferência: receio diante de situações de risco; Efeitos psicoterapêuticos: maior contato com o conteúdo emocional e a estabilização psíquica com a diminuição dos sintomas de ansiedade. Os fatos clínicos que aparecem indicados entre parênteses no texto a partir do relato clínico foram descritos e analisados mais detidamente no tópico da discussão. A organização numérica dos fatos clínicos respeitou a sequência da análise realizada na forma de múltiplos casos que será apresentada mais adiante no tópico da discussão. Para melhor compreensão e visualização, o quadro 1 abaixo apresenta as categorias temáticas e os fatos clínicos correspondentes ao caso clínico 1.

Quadro 1 – Categorias temáticas e fatos clínicos do caso clínico 1.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FATOS CLÍNICOS
Impacto e elaboração do diagnóstico	Fato clínico 2
Perda de autonomia (impotência)	Fatos clínicos 3 e 4
Medo da morte (finitude)	Fato clínico 5
Ruptura biográfica traumática (perdas funcionais e da autoimagem)	Fato clínico 16
Defesa psíquica: Idealização	Fato clínico 16
Transferência positiva: desejo de ter sua	Fato clínico 20

história testemunhada (livro)	
Contratransferência: receio diante de situações de risco	Fato clínico 23
Efeitos psicoterapêuticos: maior contato com o conteúdo emocional e a estabilização psíquica com a diminuição dos sintomas de ansiedade	Fato clínico 25

5.2 Caso clínico 2 – O silencioso[13]

Em relação ao quadro neurológico, o paciente possuía cinquenta anos quando iniciou a reabilitação e havia sido diagnosticado há dezoito anos. Há cinco anos, havia se submetido à neurocirurgia para implantação do aparelho de estimulação cerebral profunda (ECP), para amenizar os sintomas motores de tremor e movimentação involuntária. Atualmente convive principalmente com os sintomas de disartria, hipomomia (diminuição da capacidade de expressão gestual e facial), dificuldade para iniciar a marcha, noctúria (vontade frequente de urinar à noite), perda de equilíbrio e quedas para trás. O paciente trouxe como queixas principais acerca do quadro neurológico os sintomas motores de perda de equilíbrio e a dificuldade para falar, embora todos os sintomas motores, de alguma forma, impactassem negativamente em sua vida.

O paciente, então, 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 apenas a melhora em relação ao equilíbrio e à fala. Cabe dizer que 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 onze meses e envolveu o trabalho em conjunto da equipe interdisciplinar com terapias

[13] O caso 2 foi publicado na PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru com o título “A psicoterapia psicanalítica do paciente com Parkinson no contexto da clínica ampliada” (Uliana; Campos, 2024).

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 psicanalítica 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 semanal no setor de Psicologia teve duração de cerca de três meses, sendo que, após esse período foi interrompido a pedido do próprio paciente que, devido à melhora emocional parcialmente alcançada, optou por ser acompanhado de forma mais espaçada. Cabe dizer que, mesmo após o encerramento do atendimento psicológico individual que ocorria semanalmente, o paciente permaneceu em processo de reabilitação nos outros setores e, por isso, foi mantido em acompanhamento no setor de Psicologia via orientações que, conforme o protocolo institucional, aconteciam por atendimentos psicológicos individuais pontuais com frequência trimestral. Dessa forma, foi possível oferecer apoio emocional ao paciente quando fosse necessário e suporte à equipe interdisciplinar 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 à uma postura apática e pouco comunicativa, na qual ele respondia apenas ao que lhe era perguntado. O paciente disse que sempre fora 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 sensação de desesperança relacionada ao luto da perda da autoimagem desencadeada pelo adoecimento. Dessa

forma, foi delimitado como foco de trabalho para a psicoterapia oferecer escuta e suporte às questões emocionais relacionadas ao diagnóstico e ao processo de reabilitação – mais especificamente, acolher a tristeza e auxiliar na expressão das emoções.

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 "*quero falar*". Contudo, sabemos que a comunicação engloba muitos aspectos além da função da fala propriamente, de modo que, o próprio sintoma de hipomomia, 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. Nesse sentido, 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, o paciente 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 (Fato cínico 24). Diante desse incômodo que me foi provocado, em certa sessão, resolvo indagar ao paciente: "*O que o senhor acha da Psicologia*?". Claro que minha 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 minha surpresa, o paciente me responde "*É difícil ajudar, pois é uma doença muito feia, e que só piora"* (Fato clínico 11). Com isso, ele demonstra saber que a proposta ali era no sentido de ajuda/acolhimento, mas também revela uma sensação de desesperança em relação ao adoecimento associada a uma dificuldade para expressar seu sofrimento para ser acolhido.

Porém, ainda pouco satisfeita com a resposta, procuro ser mais incisiva, indagando-lhe mais diretamente acerca do seu silenciamento: "*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".* Pergunto se às vezes se sente constrangido de falar devido à doença. No que 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" (Fato clínico 17). Nesse momento digo 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, observo uma postura um pouco mais ativa e aberta do paciente durante os atendimentos (Fato clínico 29), a qual demonstra uma percepção positiva do paciente em relação ao espaço e processo psicoterapêutico.

É interessante notarmos que, ao longo do processo psicoterapêutico, houve um estreitamento do vínculo entre psicoterapeuta e paciente, cenário que tornou propício o convite para a participação nesta pesquisa. Nesse sentido, a menção ao convite para a pesquisa de doutorado – o qual foi aceito prontamente pelo paciente – propicia o estabelecimento de uma comparação entre a psicoterapeuta e sua filha, conforme observado no relato do paciente "*Minha filha também faz doutorado*" (Fato clínico 21). Esse fato revela um desdobramento no campo transferencial, no qual o paciente transfere à figura da psicóloga os atributos que julga necessário – o cuidado da uma filha com um pai ou uma 'ajuda' de um pai para uma filha revelando um afeto fraternal direcionado à figura da analista – para que o processo psicoterapêutico e, por que não dizer, a pesquisa, transcorra da melhor maneira.

No decorrer dos atendimentos, o paciente menciona alguns aspectos emocionais associados à sua condição física. Nesse contexto, procuro saber qual o conhecimento que ele possui acerca do diagnóstico a fim de verificar o nível de assimilação e o modo de enfrentamento. Então, pergunto 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 sabe se estará bem no dia. Tem dia que tudo piora devido às dores no corpo*". Pontuo ao paciente a sensação manifesta: "*É muito imprevisível?".* Ele concorda, balançando afirmativamente a cabeça (Fato clinico 8). Dessa forma, o paciente expressa um sofrimento elevado relacionado à imprevisibilidade e perda de controle 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. Nesse sentido, o paciente menciona "*Estou gostando das terapias, mas não tenho expectativa de melhorar, pois sei que a doença é progressiva. Então,* s*ó 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, o mesmo 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 a hospitalização para realizar o procedimento cirúrgico de troca da bateria do ECP. O paciente menciona que já realizou quatro cirurgias de troca de baterias e que precisa ficar internado para efetuar o procedimento. Questiono ao paciente se ele sente medo e ele responde *"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 pontua "*Essa é fase mais difícil, quando precisa internar para trocar a bateria do aparelho. Sou ansioso e não consigo ficar parado*" (Fato clínico 6). 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.

Esses fatos clínicos 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 os aspectos emocionais associados ao medo da morte suscitado pela ocasião da hospitalização, imprevisibilidade e perda de controle diante da manifestação dos sintomas físicos, sensação de desesperança. Esses aspectos emocionais foram responsáveis por mobilizar 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, se depara com uma situação de desamparo que pode representar um encontro com a castração. Essa condição é responsável por mobilizar 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. Desse modo, a inibição impede o deslocamento da libido dificultando, assim, o investimento na fala que tornaria possível a 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 antecipatório 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. 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 antecipatório 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 (Fato clínico 18). 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.

Dessa forma, conjecturamos enquanto compreensão clínica-diagnóstica se tratar 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. Nesse contexto, a antecipação 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 *feedback*, ela ainda complementou – confirmando o que havíamos pensado acerca do luto antecipatório como defesa – que achava que o paciente havia parado de falar – mesmo ainda podendo falar – por que o médico lhe dissera em consulta que com o tempo e com o avanço da doença ele iria parar de falar (Fato clínico 19).

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 pode 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 menciona *"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 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 e o efeito psicoterapêutico positivo que recaiu na melhora de sua inibição afetiva. Nesse sentido, o paciente reconhece a melhora percebida no corpo com exercícios de fisioterapia, no que menciona "*Os exercícios de fisioterapia também estão ajudando, sinto melhora no corpo e nas dores*". Ademais, o paciente relata perceber 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, valido a melhora alcançada, e digo "*Sim, é verdade, também percebi que a voz está melhor"*, e pergunto como ele se sente, e 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 a vida, conforme foi apontado para o paciente "*Aliás, não só a voz, o emocional também melhorou*", no que ele responde satisfeito que concorda (Fato clínico 26).

Nessa vertente, cabe mencionarmos que o trabalho integrado da equipe interdisciplinar acarretou um efeito positivo que recaiu sobre a autoimagem do paciente. Nesse sentido, 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. Sob esse aspecto é importante

considerarmos que é a partir do reconhecimento da melhora da fala pelos outros – psicóloga e familiares, que o paciente também se sente autorizado a validá-la. Assim, 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, essa sensação 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. O paciente 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 o paciente discorre sobre como se sente acerca das melhoras alcançadas 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 destacarmos 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 processo psicoterapêutico tivesse um efeito positivo e provocasse mudanças sobre os aspectos emocionais apresentados. Nesse sentido, as intervenções realizadas apontaram para uma diminuição das defesas psíquicas consideradas desadaptativas, como a inibição do afeto. 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. Nesse quesito, cabe ressaltarmos que a comunicação apresentada durante a psicoterapia foi considerada bastante frequente para os parâmetros de conversação do paciente, que considerava que ali era o lugar em que ele mais conversava. 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. Nesse sentido, embora a tristeza e a projeção para o futuro tenham permanecido mesmo após as intervenções, o luto antecipatório encontrou 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 e dinâmica de trabalho, apoiando-se em tais aspectos para enfrentamento dos processos de luto.

Ressaltamos ainda que, para além dos aspectos neurológicos apresentados, os quais limitavam a funcionalidade do paciente, em especial a fala – recorte para este estudo, foi possível visualizar uma influência considerável dos aspectos psicodinâmicos sobre as disfunções neurológicas, os quais, acabavam reforçando as dificuldades funcionais apresentadas, devido à uma inibição defensiva. Nesse contexto, o processo psicoterapêutico se configurou enquanto um importante espaço de escuta que pudesse facilitar a elaboração dos aspectos psicodinâmicos envolvidos nos processos de luto. O período de acompanhamento psicológico do paciente no setor de Psicologia teve duração suficiente para que o paciente pudesse dirimir defesas desadaptativas e alcançar um reposicionamento na posição de sujeito, sendo a alta do setor realizada em comum acordo com o paciente que considerava ter alcançado uma melhora emocional significativa. Essa estabilização emocional pôde, inclusive, ser comprovada em

atendimento pontual realizado com o paciente posteriormente à alta recebida do setor, onde foi possível notar que o paciente manteve a postura ativa e estabilização psíquica. Contudo, o processo de reabilitação na instituição foi interrompido por intercorrências clínicas (infecção decorrente da cirurgia da troca de gerador do aparelho ECP), culminando, posteriormente, no desligamento do paciente.

Por fim, cabe também mencionarmos que os fatos clínicos selecionados a partir desse relato de caso clínico foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: Medo da morte (hospitalização); Imprevisibilidade e perda de controle; Receio de expressar sentimentos e dificuldade para estabelecer vínculos afetivos (desesperança); Defesas psíquicas: inibição depressiva (silenciamento); Luto antecipatório; Transferência positiva: Afeto fraternal direcionado à figura da analista; Contratransferência: Impotência diante do silenciamento; Efeitos psicoterapêuticos: diminuição da inibição depressiva. Os fatos clínicos que aparecem indicados entre parênteses no texto a partir do relato clínico foram descritos e analisados mais detidamente no tópico da discussão. A organização numérica dos fatos clínicos respeitou a sequência da análise realizada em forma de múltiplos casos que será apresentada mais adiante no tópico da discussão. Para melhor compreensão e visualização, o quadro 2 abaixo apresenta as categorias temáticas e os fatos clínicos correspondentes do caso clínico 2.

Quadro 2 – Categorias temáticas e fatos clínicos do caso clínico 2.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FATOS CLÍNICOS
Medo da morte (hospitalização)	Fato clínico 6
Imprevisibilidade e perda de controle	Fato clínico 8
Receio expressar sentimentos e dificuldade para estabelecer vínculos afetivos (desesperança)	Fato clínico 11
Defesa psíquica: inibição depressiva (silenciamento)	Fato clínico 17
Defesa psíquica: luto antecipatório	Fato clínico 18 e 19

Transferência positiva: afeto fraternal direcionado à figura da analista	Fato clínico 21
Contratransferência: Impotência diante do silenciamento	Fato clínico 24
Efeitos psicoterapêuticos: diminuição da inibição depressiva	Fato clínico 26
Percepção positiva sobre a efetividade do espaço e processo psicoterapêutico	Fato clínico 29

5.3 Caso clínico 3 - O inseguro

O paciente possuía quarenta e nove anos quando iniciou a reabilitação e havia sido recentemente diagnosticado há cerca de quatro anos com a doença de Parkinson. Ele apresentava como principais sintomas motores: rigidez muscular, tremores e desequilíbrios. Possuía como queixa principal as dores associadas à rigidez muscular. Devido à instabilidade motora, necessitava de auxílio para o banho e vestimentas. Apesar de deambular sozinho (sem apoio), saía sempre acompanhado por alguém. O paciente vinha apresentando dificuldade no ajuste da medicação, sendo que, além das oscilações dos sintomas motores ao longo do dia, apresentava, também, crises de espasticidade – o que mais tarde foi constatado pela consulta médica como um efeito da interação medicamentosa.

Antes de iniciar o seu processo no centro de reabilitação onde o estudo foi realizado, o paciente já havia realizado tratamento por curto período em outra instituição da mesma natureza. Demonstrava clareza acerca da característica degenerativa do diagnóstico, mas mantinha expectativa elevada de melhora de sua condição física com a reabilitação. Ele possuía uma vida relativamente ativa e funcional para realização de suas atividades principalmente durante o período de plena ação do medicamento. Por outro lado, apresentava-se bastante limitado quando terminada a ação da medicação e, principalmente, pelas crises de espasticidades, ficando as atividades diárias mais difíceis de serem realizadas. O processo de reabilitação durou cerca de

nove meses e foi baseado nas especialidades dos setores de Fisioterapia solo e aquática, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Musicoterapia e Psicologia.

Em relação ao processo psicoterapêutico, este ocorreu na modalidade da psicoterapia breve psicanalítica no contexto de clínica ampliada em Psicologia da Saúde. Os atendimentos psicológicos aconteceram com frequência semanal e em sessões individuais de quarenta minutos. O acompanhamento psicológico aconteceu em conjunto com a equipe de reabilitação e teve o mesmo período de duração que as demais terapias, com tempo total de nove meses, tendo sido encerrado quando o paciente recebeu alta da instituição.

Na entrevista inicial com o paciente no setor de Psicologia foi possível notar a presença de sintomas de ansiedade elevada que se manifestavam tanto diretamente, quando o paciente verbalizava "*sempre fui ansioso*", como indiretamente, quando o paciente respondia de forma rápida as perguntas de modo a encerrar com rapidez o diálogo. Apresentou-se fragilizado e com humor lábil, emocionando-se ao relatar sobre as mudanças ocasionadas pela doença. Manifestou medo diante da progressão da doença, porém não compartilhava suas emoções com ninguém e dizia "*que guardava as emoções*". Possuía como expectativa de reabilitação a estabilização de seu quadro motor, visando maior funcionalidade nas atividades de vida diária e maior qualidade de vida, dizendo "*quero poder fazer as coisas sem depender das pessoas*". Apresentou como queixa principal os sintomas de ansiedade elevada. Dessa forma, foi delimitado como foco de trabalho para a psicoterapia oferecer escuta e suporte aos aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico – mais especificamente, acolher o medo da dependência gerada pela progressão da doença e auxiliar na expressão das emoções por meio da vinculação afetiva.

Desde o início, chamava-me a atenção a ansiedade elevada apresentada pelo paciente. O paciente relatou que após o diagnóstico de Parkinson passou a realizar tratamento psiquiátrico e estava fazendo uso de medicações psicotrópicas para a ansiedade. Sabemos que devido às alterações dopaminérgicas da doença o paciente pode vir a apresentar sintomas neuropsiquiátricos – como a ansiedade. Porém, passei a me questionar quais aspectos emocionais, além dessa condição de alteração da bioquímica cerebral, poderiam estar presentes, fazendo intensificar tal sintoma. Essa questão permaneceu em suspenso norteando os encontros que se seguiram.

Os primeiros atendimentos ocorreram no sentido de estabelecer um vínculo terapêutico com o paciente. Nesse momento inicial, busco deixar o paciente à vontade, apresento-me e esclareço que esse é um espaço de escuta e acolhimento para seu sofrimento. Apesar de sua postura receptiva e educada, foi possível notar a ansiedade em relação aos atendimentos. Ele respondia rapidamente o que lhe era perguntado e tinha dificuldade de aprofundar os conteúdos, demonstrando certa urgência para encerrar a sessão. Esse início do processo psicoterapêutico foi marcado pela tentativa de estabelecer um vínculo de confiança rendendo momentos de desconforto que se desdobraram na relação transferencial – conforme veremos mais adiante – e contratransferencial.

A urgência para encerrar os atendimentos ocorrida durante as sessões gera uma sensação desconfortável na psicoterapeuta que se desdobra no campo contratransferencial com a fantasia de que ele não desejava estar ali. Essa situação gerou desconforto e angústia na psicoterapeuta que, por vezes, sentiu-se na obrigação de encerrar a sessão mais cedo (Fato clínico 22). Contudo, intrigava-me o fato do paciente nunca ter faltado ou se atrasado. Ao contrário, era assíduo e pontual. Era possível perceber que sua ansiedade se refletia – dentre outros fatores – na dificuldade de

estabelecimento de vínculo. Então, será que esse desconforto poderia refletir alguma antipatia pela figura da psicoterapeuta? Por que esse vínculo inicial estava tão difícil de ser construído? Esses eram alguns dos questionamentos que permeavam o *setting* terapêutico. Minha impressão era de que o paciente não se permitia ser amparado – fato que seria verificado mais tarde.

Embora, em certa medida, a ansiedade tenha persistido ao longo dos atendimentos, o paciente passou a se sentir mais confiante para relatar sobre sua vida, sendo possível iniciar a construção de um vínculo terapêutico. A partir de então, ele menciona que era ativo e independente antes da manifestação da doença, que residia sozinho e trabalhava. Porém, em função do diagnóstico havia interrompido suas atividades laborativas e se mudado com a família – com quem passou a residir e o auxiliava – para a cidade onde atualmente realizava a reabilitação a fim de se dedicar exclusivamente aos tratamentos. Discorre também, sobre aspectos emocionais vivenciados com o adoecimento incluindo o sofrimento psíquico desencadeado, conforme veremos a seguir.

Dentre os aspectos emocionais relacionados à condição física ocasionada pelo Parkinson responsáveis por gerar intenso sofrimento, destaca-se o impacto pela descoberta do diagnóstico vivenciado de forma inesperada e a busca por uma elaboração. O paciente se sente surpreso ao descobrir que as dores que sentia estavam relacionadas à doença, conforme observado em seu relato "*Quando descobri o Parkinson achei que era problema de coluna, por causa das dores. Começou com dor nas costas, tratei com neurologista, fazia exames, tirei líquor da coluna. Aí fui encaminhado para um centro de reabilitação e os fisioterapeutas e o médico fisiatra desconfiaram e me encaminharam para o neurologista especialista que diagnosticou. Então o médico 'deu' o diagnóstico. 'Isso' [a doença] não aparece em exame. Mas o*

médico era bom, teve um olhar clínico. Ele me explicou sobre a doença, que é progressiva". A notícia do diagnóstico é recebida forma ambivalente pelo paciente que, por um lado, sente alívio pela possibilidade de tratar corretamente a doença e atenuar os sintomas e, por outro, sente medo diante da gravidade e impossibilidade de cura, conforme explicita em sua fala: "*O médico diagnosticou e os sintomas melhoraram. Mas foram duas emoções. Alívio por descobrir o que é. Eu nunca tinha ouvido falar da doença. E medo por saber que é uma doença sem cura*" (Fato clínico 1).

Apesar do tempo considerável da descoberta diagnóstica, o paciente ainda se encontrava em fase de apropriação e assimilação de sua condição de enfermidade. A experiência de adoecimento é responsável por provocar uma ruptura biográfica traumática que divide a vida do paciente entre antes e depois da doença. A condição de adoecimento acarreta mudanças físicas que comprometem o estilo de vida que o paciente possuía anteriormente levando à sensação de perda de sua liberdade, conforme ilustra seu relato: "*Ainda é muito difícil aceitar a doença. Antes eu fazia de tudo. Agora perdi minha liberdade, fui morar com meus pais, isso é o mais difícil. Você sabe, não é a mesma coisa".* Ao discorrer sobre seu desejo de ter um animal de estimação foi possível observar o incômodo referente à sensação de perda de liberdade, a qual aparece de forma indireta em seu relato: "*gostaria de ter outro cachorro, mas não acho certo prender".* Pergunto-lhe, então, se com a doença ele se sente mais preso, no que ele responde: "D*e certa forma sim, pois antes morava sozinho e fazia tudo. Hoje se precisar sair tenho que levar alguém junto. Parece que estão me vigiando*" (Fato clínico 14).

As situações de perda de autonomia e o caráter progressivo da doença também são mencionados como mobilizadores de sofrimento pelo paciente, os quais são responsáveis por intensificar os medos e fantasias em relação à dependência de

cuidados, suscitando uma angústia de aniquilamento. Certa vez, com a proximidade de seu aniversário, o paciente reflete sobre o processo de envelhecimento que, naturalmente, acarreta uma inversão de papéis na dinâmica familiar, onde o esperado socialmente é que os filhos passem a cuidar dos pais. Nesse caso, a necessidade de retornar para a casa dos pais interrompe a expectativa que o paciente possuía de cuidar dos pais na velhice, fazendo-o se emocionar e refletir: "*Envelhecer é difícil. Agora era o momento que eu deveria cuidar dos meus pais, mas sou eu quem está precisando de cuidados*". Essa situação gera medo e preocupações em relação à própria necessidade futura de cuidados, fazendo uma alusão indireta ao medo da morte: "*Fico preocupado pensando em quem vai cuidar de mim na velhice quando meus pais morrerem*". Tais sentimentos se intensificam diante da possibilidade de dependência total de cuidados com a perspectiva de progressão da doença: "*Fico triste e choro, tenho medo de ficar paralisado em uma cadeira de rodas. Tenho medo 'disso' [a doença] me 'travar'"* (Fato clínico 7).

Ao longo dos atendimentos o paciente revela em seu discurso o sofrimento relacionado ao fato de não poder mais realizar as atividades no tempo e da forma como gostaria. Ele menciona situações em que vivenciava a perda de controle decorrente da imprevisibilidade da manifestação dos sintomas físicos da doença e que eram acompanhadas de níveis elevados de ansiedade. Relata sobre uma determinada ocasião de almoço em família em que ficam explícitas as dificuldades enfrentadas: "*Não gosto de ficar parado. Nem de esperar os outros fazerem, gosto de 'eu' fazer. Eu não fui no almoço de Páscoa porque passei mal, me 'deu' ânsia de vômito. Eu fico muito ansioso e não consigo esperar, aí passei mal e já não quis mais ir, não queria dar trabalho. Então desabei a chorar, passei o domingo em casa chorando, me perguntando por que comigo, sei que a doença pode piorar e que não quero dar trabalho".* Assinalo ao

paciente sobre sua sensação de perda de controle e lhe indago se ele havia expressado como se sentia aos familiares, o paciente responde: "*não gosto de brigar e acabei não falando*" (Fato clínico 9).

Nesse contexto, se evidencia um aspecto emocional importante apresentado pelo paciente caracterizado pelo receio de expressar sofrimento psíquico para os familiares e dificuldade para estabelecer vínculos afetivos, o que acaba interferindo no recebimento de apoio e acolhimento. Essa dificuldade também fica aparente quando ele conta que não foi a uma determinada festa, pois não tinha quem o levasse. Pergunto se não ficou chateado, ele responde que não, pois precisa entender. Digo-lhe que é normal nos sentirmos tristes e frustrados e que podemos nos expressar, mas que percebo que ele acaba guardando as emoções, não entrando em contato com elas, criando, assim, uma imagem que está bem e não deixa as pessoas o ajudarem. O paciente concorda dizendo que sabe que isso é ruim, porém afirma: "*Eu me cobro muito, sempre fui assim, tento ser forte para minha família. Não gosto de dar trabalho. Às vezes fico triste, mas não deixo me abater, não posso me entregar. O problema é que crio expectativas muito altas e quando alguma 'coisinha' não 'dá certo' já desabo. Sou igual uma rocha, que quando quebra se estilhaça"* (Fato clínico 12).

Diante do exposto, notamos que os aspectos emocionais relacionados ao adoecimento por Parkinson foram responsáveis mobilizar um intenso sofrimento psíquico, gerando uma experiência traumática. Nesse contexto, há uma interrupção abrupta das atividades e uma desorganização da rotina que acarretam em mudança de planos e provocam alterações no reconhecimento de si relacionadas à perda de sua autoimagem, conforme pudemos observar de forma recorrente em seu relato: "*[...] antes eu fazia tudo [...]*"; *"[...] Agora perdi minha liberdade*"; *"[...] agora [...] sou eu quem está precisando de cuidados*". Essas alterações também repercutem por meio do sentimento

de vergonha de se apresentar diante das outras pessoas de uma forma diferente da qual se reconhecia anteriormente, marcando a perda de sua autoimagem. Em determinada sessão, conta que sente saudades da cidade em que morava antes, mas que não retornou mais para aquela região e, então, comenta: ”*Não tenho vontade de sair. Sinto vergonha dos meus amigos me verem assim*”. Além disso, o fato de se dedicar exclusivamente aos tratamentos coloca em suspenso dimensões relacionadas ao âmbito social e afetivo, paralisando-o diante da vida: “*Antes da doença gostava de sair e namorar, mas depois da doença estou levando uma vida mais pacata”. Digo-lhe então: “É como se você fosse outra pessoa?”,* no que ele responde que sim (Fato clínico 15)

O aspecto traumático também se manifesta tal qual uma sensação ameaçadora de desamparo expressa diversas vezes no relato do paciente como um sentimento exacerbado de medo: “*medo por saber que é uma doença sem cura*”; “*medo de ficar paralisado em uma cadeira de rodas*”; “*medo da doença se manifestar*”. Além disso, ele vivencia situações de perda de controle diante das quais se sente impotente, despreparado e com poucos recursos internos para lidar, conforme elucida ao discorrer sobre a demora do efeito dos medicamentos neurológicos: “*Quando estou sob o efeito do remédio e os sintomas melhoram consigo fazer o serviço de casa. Parece que não tenho nada, até eles voltarem. Mas agora os remédios estão demorando mais para fazer efeito*”. Ele também revela momentos de impotência marcados pela perda de controle diante da imprevisibilidade da manifestação dos sintomas físicos, com presença de espasmos, que são acompanhados de níveis elevados de ansiedade – semelhantes a uma crise de ansiedade: “*Na hora da crise sinto que ninguém pode fazer nada por mim. É muito difícil, fico muito nervoso. Quando estou em casa, deito e espero a crise passar. Mas é difícil me acalmar”.* Digo-lhe, então, que é normal que se sinta assim e, além de apresentar estratégias de alívio de ansiedade para lhe auxiliar nesse momento,

intervenho levando-o a refletir durante a crise que "*ela tem hora para acabar*" (Fato clínico 10).

Essa análise nos permite pensar que a sensação ameaçadora de desamparo se dá por não encontrar respaldo na relação vincular com as outras pessoas. O paciente não expõe seus sentimentos aos familiares e amigos e mantém pouco contato com as outras pessoas, pois, de alguma forma, não acredita que será amparado por eles. A própria dificuldade em se mostrar aos amigos e estar em contato com eles, conforme vimos em seu relato "*Sinto vergonha dos meus amigos me verem assim*", revela essa sensação de desamparo. Sabemos que o Parkinson traz dificuldades relacionadas a sintomas físicos, contudo, apesar das limitações, o paciente possuía determinada funcionalidade, sendo apenas nos períodos fora do efeito da medicação que essa funcionalidade ficava mais comprometida. Mesmo assim, o paciente demonstrava dificuldade para ficar sozinho. Ele se sentia sozinho e desamparado e precisava estar sempre acompanhado por alguém, conforme demonstra em sua fala "*não saio de casa sozinho, tenho medo da doença se manifestar".* O desamparo também surge relacionado à sensação de solidão e abandono, que aparecem implicitamente ao relatar de forma emocionada sobre um filme em que o dono do cachorro morre e ele (o cachorro) fica na estação esperando ele voltar: *"Os animais são o melhor amigo do homem, são fiéis, meus cachorros ficam felizes quando eu chego".* Pergunto ao paciente se ele acha que os animais são melhores companhias que as pessoas, ele confirma*: "Muitas vezes sim!"* (Fato clínico 13).

É interessante notarmos que, apesar do desamparo nas relações, o paciente possuía uma família unida e acolhedora. Os familiares demonstravam preocupação com o estado de saúde do paciente e com a forma de ele lidar com a doença. Certa vez, pude realizar uma escuta e acolhimento aos familiares que expressaram sua preocupação dizendo que o paciente não falava muito sobre o assunto da doença. A família ficava

angustiada por sentir que não conseguia ajudá-lo. Acreditavam que estava triste e buscavam, a seu modo, animá-lo. Nessa ocasião, tive a oportunidade de realizar um *feedback* aos familiares, onde acolhi a angústia e impotência apresentadas por eles e esclareci sobre o estado inicial de apropriação e assimilação do diagnóstico e que cada pessoa lidava de uma determinada forma com a doença. Validei a importância de oferecerem apoio e acolhimento ao paciente. Contudo, ressaltei a importância de compreenderem a elaboração das perdas físicas e psíquicas como um processo gradativo e singular.

Com o avanço do processo psicoterapêutico, alguns detalhes da subjetividade do paciente se revelam na relação transferencial. A partir do sentimento de vergonha revelado pelo paciente em suas relações, a psicoterapeuta passou a se questionar se tal sentimento também poderia estar presente e se fazendo manifestar durante os atendimentos – sobretudo os iniciais – levando o paciente a ansiar por encerrar a sessão. Afinal, por associação temos que, a vergonha levaria o paciente a uma dificuldade de estabelecer vínculo, marcando seu desamparo. Portanto, tal condição afetaria a relação transferencial, dificultando o vínculo com a analista, que, por sua vez, passava a sentir angustiada e desconfortável. O paciente, em desamparo, queria encerrar a sessão e aplacar sua angústia. Lembrando-me de alguns detalhes iniciais, recordo-me que tive a sensação que o paciente buscava responder o que achava que eu gostaria de ouvir, sempre usava uma linguagem formal e buscava sentar-se ‘corretamente’. Ele aparenta certa ‘inquietação’ e questionava se já havia ‘dado’ o horário da sessão insinuando implicitamente o desejo de encerrá-la. Essa situação gera desconforto e angústia na psicoterapeuta que se sente na obrigação de encerrar a sessão mais cedo. Diante desse desconforto, digo ao paciente que ele parece desconfortável diante da psicoterapia e lhe indago se ele deseja ir embora. Ele nega, respondendo que “*apenas estava cansado*”

(Fato clínico 22). Possivelmente, tal postura demonstrava uma tentativa de minimizar a vergonha sentida. Diante desse possível aspecto transferencial, resolvo, então, mudar minha postura, buscando ser menos formal – o que, conforme veremos, teve um efeito terapêutico positivo, levando o paciente a se sentir mais à vontade.

Buscaremos agora, discorrer sobre a forma como o paciente buscava lidar com sua nova condição física, os recursos de enfrentamento utilizados e a melhora emocional alcançada. Dessa forma, é interessante notarmos que, inicialmente, o paciente busca lidar com o sofrimento relacionado à sua condição de adoecimento, utilizando-se de recursos como a fé e a espiritualidade para o enfrentamento da doença. Sob esse quesito, ele menciona: "*Tenho muita fé em Deus. Já passei por cirurgia espiritual e pedi a cura da alma, espírito e corpo. E melhorei."* É possível percebermos que o paciente associa o estado de bem-estar alcançado por meio da espiritualidade a uma possível melhora dos sintomas, conforme observamos em seu relato: "*Sinto que às vezes 'pego' a energia de outras pessoas e os sintomas pioram. Mas quando rezo, melhoro*".

A psicoterapia também foi considerada pelo paciente um importante espaço de escuta e acolhimento que se configurou como um recurso efetivo para auxiliá-lo a lidar com o sofrimento decorrente do seu adoecimento e aplacar sua angústia. Nesse sentido, há uma percepção positiva sobre a efetividade do espaço e processo psicoterapêutico. Esse aspecto fica mais evidente quando ele ao relatar, certa vez, sobre a reabilitação, descreve como se sente em relação ao processo psicoterapêutico: "*Aqui [na instituição] vejo que as pessoas gostam do que fazem. Na Psicologia é bom pra conversar, fico mais calmo, por que tem coisa que não posso falar em casa, pois se chorar vou preocupar minha família. Aqui sei que posso falar que vou ser ouvido*". Diante disso, digo ao paciente: "*Como é ser ouvido*?", no que ele responde: "*É muito bom. Fico aliviado*"

(Fato clínico 30). Deste modo, percebemos que o espaço de escuta e acolhimento produzido na relação terapêutica pôde amenizar em algum nível o desamparo vivenciado pelo paciente diante de seu adoecimento.

No decorrer do processo psicoterapêutico pudemos perceber algumas transformações subjetivas no paciente que, ao longo do tempo, demonstrava-se um pouco mais fortalecido emocionalmente. Essas transformações anunciam os efeitos psicoterapêuticos positivos produzidos, os quais incluíram a diminuição do medo gerador de ansiedade, maior controle emocional e vinculação afetiva. Acreditamos que um dos fatores que possa ter contribuído para essa mudança subjetiva foi o próprio processo psicoterapêutico, as intervenções realizadas e a proximidade da alta. Algumas falas do paciente ilustram a mudança subjetiva em relação à diminuição da ansiedade, conforme vemos a seguir: "*A parte emocional está bem, estou tendo mais paciência de perceber que não é tudo do meu jeito e que cada um faz as coisas do seu jeito. No começo foi difícil, ficava me perguntando por que eu? Por que Deus fez isso comigo, revoltado 'né'? Hoje penso que tem coisas piores, e não adianta reclamar*". Ele também demonstra uma melhora em sua autocobrança: "*Antes queria ser perfeito, hoje sei que estou dando o meu melhor e não será perfeito. Parei de me cobrar*". Além disso, parece estar mais voltado para o tempo presente, relatando seu desejo em cuidar da saúde e ter qualidade de vida e menciona: "Não *fico pensando no passado*. *E também não penso no futuro, pois o futuro a Deus pertence* (Fato clínico 27)*".*

Ainda sobre esse quesito, também pudemos observar enquanto efeito psicoterapêutico positivo uma mudança em relação ao contato com demais pessoas e o despontar do início de um processo de socialização a partir da construção de vínculos afetivos mais seguros que, aos poucos, se expande para o âmbito social: "*Esse fim de semana recebi meu amigo em casa e saímos para comemorar o dia das mães no*

domingo, foi gostoso e quero fazer mais vezes" e a diminuição da vergonha em relação aos antigos amigos "*Viajei para minha cidade e reencontrei meus amigos. Foi gostoso, me senti bem em revê-los. Marcamos uma festa*" (Fato clínico 31). O paciente ressalta que ainda não tem vontade de sair, que fica em casa com a família, mas se tem algum evento ele vai. Digo-lhe que ele se encontra em um momento inicial de apropriação do diagnóstico e que a inserção social poderá virá por acréscimo, no tempo dele. Mas que ele poderia se programar para ir aos eventos sociais no período em que se encontra sob o efeito da medicação e, inicialmente, dar preferência para ambientes conhecidos em que se sinta seguro. Alguns dias após a sessão, o paciente compareceu à festa junina da instituição que, por ser um ambiente seguro e controlado, possibilitou sua participação do paciente. Ele permaneceu na festa durante o período em que os sintomas estavam sob o controle do medicamento.

Cabe mencionarmos que, em função da doença, o paciente havia interrompido suas atividades laborativas e estava se dedicando exclusivamente aos tratamentos médicos e reabilitação. O fato de um paciente – jovem e ativo – ter que antecipar sua aposentadoria por motivo de doença gerou angústia na equipe acarretando um pedido direcionado ao setor de Psicologia para trabalhar a reinserção social do paciente tendo em vista uma atividade laboral informal. Diante desse pedido, foi realizado um *feedback* à equipe sobre a etapa inicial de apropriação e assimilação diagnóstica em que o paciente se encontrava em relação à sua nova condição física, não sendo ainda possível para ele vislumbrar tal reinserção. Apesar da frustração inicial, houve compreensão por parte da equipe a respeito da devolutiva.

A mudança subjetiva enquanto efeito psicoterapêutico positivo também reverbera sobre a forma como o paciente enfrenta com maior controle emocional as crises do Parkinson. Nesse âmbito, com as intervenções e reflexões realizadas o

paciente conseguiu reaver certo controle emocional diante das situações de crise. Em seu relato ele descreve um maior controle sobre como agir nos períodos que as crises costumam a acontecer: "*Os espasmos acontecem três vezes no dia, após usar o remédio. As crises da noite demoram mais a passar, acho que é por que o corpo está mais cansado. Mas as que ocorrem durante o dia são menores. Quando elas aparecem eu sento e segura o corpo e a perna, como a fisioterapeuta ensinou. E então elas passam".* Nesse momento, intervenho validando seu autocontrole perante a situação: "*Parece-me que você está tendo mais controle da situação*". Ele concorda e responde: "P*rocuro focar no tempo que a medicação está fazendo efeito, que sei que vou estar 'funcionando' para fazer suas coisas, tomar banho sozinho, fazer o café da manhã e cuidar do meu pai que está com Alzheimer*" (Fato clínico 28). Deste modo, realizo um *feedback* ao paciente sobre sua evolução. Digo-lhe que ele está tentando assimilar o diagnóstico e entender como seu corpo agora funciona e que, aos poucos, vai se acostumando com suas oscilações e ficando mais atento aos horários de efeito da medicação e, com isso, alcançando certa previsibilidade e controle da situação. Ele concorda e relata que está aprendendo a lidar com o Parkinson e que tem buscado pensar no significado da seguinte frase: "*Eu tenho Parkinson, mas o Parkinson não 'me' tem*".

A experiência de adoecimento por Parkinson vivenciada pelo paciente revelou aspectos emocionais que foram descritos pela forma impactante da descoberta do diagnóstico e sua busca por elaboração e aceitação, estando o medo da morte relacionado à possibilidade de dependência de cuidados futuros e o medo exacerbado associado à imprevisibilidade e perda de controle diante da manifestação dos sintomas físicos. Esses aspectos emocionais foram mobilizadores de intenso sofrimento psíquico e provocaram uma ruptura traumática, desencadeando uma sensação de impotência e desamparo responsável por desestabilizar psiquicamente o sujeito. A sensação de

desamparo é reforçada pela forma com que o paciente tende a lidar com a situação circunstancial à doença e que pode estar relacionada a uma expressão de suas características de personalidade. O receio em expressar sentimentos e a falta de confiança no estabelecimento de vínculos afetivos apresentados pelo paciente durante os atendimentos e que se transpuseram para o nível transferencial como vergonha e urgência para encerrar as sessões são aspectos do seu modo de funcionamento psíquico que apontam para o aspecto central do desamparo, confirmando nossa análise.

As crises de ansiedade revelaram esse aspecto traumático vivenciado pelo paciente como um estado de desamparo diante de sua condição física, marcando a presença de uma angústia sinal, muito arcaica – não simbolizada – quase automática, vivenciada no tempo presente e frente à qual o paciente pouco consegue se defender. O paciente busca se defende inibindo e isolando o afeto da representação ligada à experiência traumatizante do adoecimento. Desse modo, a experiência do adoecimento persiste como se estivesse isolada e neutralizada afetivamente, de modo que, suas conexões com o todo ficam rompidas não sendo, portanto, reproduzidas no decorrer da atividade de pensamento. O relato do paciente no qual verbaliza sua tentativa de não demonstrar sua tristeza e evitar dar trabalho para sua família, buscando, assim, passar uma imagem de pessoa forte e enfatiza *"[...] Sou igual uma rocha, que quando quebra se estilhaça*" (Fato clínico 12) evidencia o uso do mecanismo de isolamento, apontando para um enrijecimento do seu ego. Em paralelo, o paciente desloca a demanda de apoio condensando-a em outras dimensões do ambiente, como os animais, que acabam representando um símbolo importante de seus conflitos envolvendo a solidão e o abandono. Esse processo é ilustrado quando o paciente se emociona ao fazer referência ao filme no qual o dono do cachorro morre e ele (o cachorro) fica na estação esperando ele voltar e no qual enfatiza que "*Os animais são o melhor amigo do homem*" (Fato

clínico 13).

Sendo assim, seu modo de funcionamento psicodinâmico aponta para a presença de defesas psíquicas que incluem inibição e isolamento afetivo, por um lado, e condensação e deslocamento simbólico, por outro. Como efeito, a angústia não é suficientemente defendida e se expressa no vínculo como insegurança. A partir disso consideramos que houve uma influência importante dos aspectos psicodinâmicos sobre a ansiedade inerente ao quadro neurológico, os quais foram responsáveis por intensificar tal sintoma.

Apesar da condição de desamparo ter afetado, inicialmente, o processo de transferência e contratransferência, o processo psicoterapêutico teve um efeito positivo sobre essa condição. A construção de um vínculo na relação terapêutica possibilitou ao paciente colocar em palavras seu sofrimento psíquico vivenciado e, assim, elaborar em alguma medida o desamparo vivenciado, havendo explicitação e transformação da ansiedade e no posicionamento diante dos vínculos. O paciente permanece voltado para o tempo presente encontrando, agora, a possibilidade de reposicionar seu sofrimento pela elaboração por meio das palavras. Assim, a psicoterapia se configurou como um importante espaço de escuta e acolhimento, onde o paciente pôde encontrar mais recursos internos para enfrentar a doença e se fortalecer emocionalmente, alcançando maior controle emocional. Além disso, auxiliou a construção de vínculos afetivos para além do contexto psicoterapêutico.

O paciente permaneceu em acompanhamento psicológico no setor de Psicologia durante nove meses, o qual foi encerrado juntamente com as outras terapias nos demais setores mediante a finalização do processo de reabilitação. Após receber alta da instituição foi sugerido ao paciente dar seguimento ao acompanhamento psicoterápico a

fim de receber apoio e acolhimento para as demandas emocionais enfrentadas, bem como manter a estabilização psíquica alcançada.

Assim como nos demais casos clínicos relatados, mencionarmos aqui também que os fatos clínicos selecionados a partir desse relato de caso clínico foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: Impacto e elaboração do diagnóstico; Medo da morte (dependência de cuidados); Imprevisibilidade e perda de controle (medo exacerbado); Receio em expressar sentimentos e dificuldade para estabelecer vínculos afetivos; Ruptura biográfica traumática (perdas funcionais e da autoimagem); Transferência negativa: urgência para encerrar o atendimento, vergonha e vínculo inseguro; Contratransferência: angústia e desejo de encerramento do atendimento; Efeitos psicoterapêuticos: diminuição do medo gerador de ansiedade, maior controle emocional e vinculação afetiva. Os fatos clínicos que aparecem indicados entre parênteses no texto a partir do relato clínico foram descritos e analisados mais detidamente no tópico da discussão. A organização numérica dos fatos clínicos respeitou a sequência da análise realizada em forma de múltiplos casos que será apresentada mais adiante no tópico da discussão. Para melhor compreensão e visualização, o quadro 3 abaixo apresenta as categorias temáticas e os fatos clínicos correspondentes ao caso clínico 3.

Quadro 3 – Categorias temáticas e fatos clínicos do caso clínico 3.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FATOS CLÍNICOS
Impacto e elaboração do diagnóstico	Fato clínico 1
Medo da morte (dependência de cuidados)	Fato clínico 7
Imprevisibilidade e perda de controle (medo exacerbado)	Fato clínico 9 e 10
Receio expressar sentimentos e dificuldade para estabelecer vínculos afetivos (solidão e abandono)	Fato clínico 12 e 13
Ruptura biográfica traumática (perdas	Fato clínico 14 e 15

funcionais e da autoimagem)	
Defesas psíquicas: inibição e isolamento afetivo, condensação e deslocamento simbólico	Fatos clínicos 12 e 13
Transferência negativa: urgência para encerrar o atendimento, vergonha e vínculo inseguro	Fato clínico 22
Contratransferência: angústia e desejo de encerramento do atendimento	Fato clínico 22
Efeitos psicoterapêuticos: diminuição do medo gerador de ansiedade, maior controle emocional e vinculação afetiva	Fato clínico 27, 28 e 31
Percepção positiva sobre a efetividade do espaço e processo psicoterapêutico	Fato clínico 30

6. A PSICANÁLISE NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO FÍSICA: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL

6.1 Introdução

Buscaremos, agora, discorrer sobre as especificidades da clínica psicanalítica inserida no contexto da clínica ampliada em Saúde em um nível secundário de atenção especializada em saúde – no centro da reabilitação física. Para tanto, tomaremos como referência da clínica psicanalítica a modalidade da psicoterapia breve psicodinâmica – instrumento utilizado como foco desta pesquisa. Pretendemos, inicialmente, apresentar algumas características do trabalho realizado na instituição de reabilitação física onde a pesquisa foi realizada. Em seguida, buscaremos abordar as possibilidades de atuação da clínica psicanalítica junto ao paciente neurológico no centro de reabilitação física.

Para iniciar, cabe considerarmos com Dimenstein (1998) que o movimento de inserção dos psicólogos no âmbito das instituições públicas de saúde, pautado por um modelo que vai além da clínica tradicional, teve início na década de 70, posteriormente, expandindo-se nos anos 80 devido à crise econômica e social no Brasil, que restringiu a busca dos serviços de Psicologia no setor privado, o que acabou contribuindo com a entrada dos psicólogos nos espaços institucionais públicos. Nessa perspectiva, o profissional de Psicologia passou a ocupar espaços de atuação nos hospitais, postos de saúde, e, também, centros de reabilitação, sendo a prática de atuação nesses contextos relativamente recente.

O centro de reabilitação em questão possui, dentre as características principais, atendimentos ambulatoriais realizados de forma individual com o paciente e que acontecem com frequências semanais. O trabalho é multiprofissional realizado por uma equipe composta por diferentes especialidades, as quais englobam: Fisioterapia, Terapia

ocupacional, Fonoaudiologia, Assistência Social, Medicina, Pedagogia, Musicoterapia e Psicologia. O processo de reabilitação está inserido em uma perspectiva interdisciplinar que visa articular de forma coesa e coordenada as diversas dimensões de saberes, fazendo-as convergir de maneira integrada no cuidado ao paciente. Dentre os diagnósticos neurológicos atendidos, destaca-se a doença de Parkinson, foco deste estudo.

A proposta de trabalho nesse centro de reabilitação está baseada no modelo biopsicossocial, que se coloca em contraposição ao modelo biomédico. Conforme apontam Farias e Buchalla (2005), no modelo biomédico o foco incide sobre o diagnóstico etiológico da disfunção que coloca a incapacidade como uma consequência da deficiência e o baixo desempenho como um reflexo da inadaptação do indivíduo ao meio. Assim, o modelo biomédico localiza a dificuldade no sujeito, uma vez que não considera os fatores e as dimensões sociais e ambientais e, portanto, carrega um viés adaptativo de normalização dos corpos.

Por outro lado, o modelo biopsicossocial transcende o modelo biomédico, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (individual) e a social, em que cada nível age e sofre a ação dos demais sendo todos influenciados por fatores ambientais. Nesse modelo, a incapacidade é vista como resultado da interação entre a disfunção orgânica, a limitação das atividades e os fatores ambientais, que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades (Farias; Buchalla, 2005).

Contudo, destacamos que embora a proposta de trabalho nesse centro de reabilitação esteja baseada no modelo biopsicossocial, esse modelo ainda está sendo paulatinamente incorporado enquanto prática pela instituição e, portanto, ainda se

constitui como um modelo a ser alcançado em sua totalidade. Nesse sentido, consideramos que, na prática médica e assistencial, ainda se fazem presentes características de trabalho que remetem ao modelo biomédico que histórica e socialmente se fez hegemônico.

Assim, compreendemos que o trabalho efetuado no campo da reabilitação carrega em si nuances de um modelo biomédico cuja práxis está pautada em um modelo adaptativo que propõe a normalização dos corpos. Nessa lógica, Foresti e Bousfield (2022) salientam que a normativa social de um corpo compreendido como saudável é um corpo sem deficiência, de modo que, um corpo com "déficit" físico, sensorial ou cognitivo tende a ser visto de forma negativa e "anormal". Nessa perspectiva, as autoras afirmam que o modelo biomédico ainda se apresenta como dominante nas práticas de saúde que estão centradas nos déficits e pautadas na reabilitação a qualquer custo.

Nesse viés, o processo de reabilitação do paciente neurológico pode ser compreendido como um atendimento cujo foco está voltado para a aquisição de habilidades. Afinal, o paciente apresenta uma sequela neurológica que traz consigo um comprometimento das funções corporais que afetam sua vida e, naturalmente, busca uma melhora. Em geral, a falta é pensada apenas no sentido de (re)habilitá-lo. Porém, o foco do atendimento acaba sendo o ganho. Ao final desse processo, quando os ganhos de habilidades não são completamente alcançados, espera-se que o paciente aceite suas sequelas e se adapte à sua nova condição física, buscando estratégias para alcançar uma integração na sociedade.

Sob esse prisma, não pretendemos menosprezar a importância dos tratamentos com bases nas diversas especialidades oferecidas no centro de reabilitação, os quais, certamente, são primordiais para que o processo de reabilitação aconteça. Nossa

experiência demonstra que as terapias que ocorrem de forma integrada dentro do processo de reabilitação contribuem sobremaneira para que os pacientes atendidos readquiram, ainda que com adaptações, as funções motoras comprometidas, o que acaba favorecendo o retorno para certas atividades em suas rotinas com alguma qualidade de vida.

Contudo, a reflexão que fazemos aponta para o fato de que o trabalho de (re)habilitar nasce apoiado em uma lógica adaptativa instauradora de uma normatividade e que pressupõe um saber estruturado. Nesse sentido, tende a lançar o mesmo olhar de forma igual para todos os pacientes e com a expectativa de que todos respondam da mesma forma ao tratamento. Portanto, trata-se de um modelo que, muitas vezes, não lança um olhar sobre a subjetividade do paciente e, quando o faz, não abre espaço para sua singularidade, o que vai de encontro à proposta psicoterapêutica pautada pelo olhar psicanalítico.

Nesse viés, ao defender uma proposta psicoterapêutica psicanalítica, Simonetti (2016) apoiado em Moretto (2001) destaca que a Psicologia nos contextos de saúde está interessada em dar voz à subjetividade do paciente. O foco da Psicologia nesses contextos, portanto, é a relação do doente com seu sintoma, ou seja, o que o paciente faz com sua doença e o significado que lhe confere. E isso só é alcançado por meio da articulação da linguagem, das palavras. É nesse sentido que oferecer uma escuta para o adoentado falar de si e dos sentimentos em torno da doença o auxilia a realizar uma espécie de travessia da experiência do adoecimento.

Nesse quesito, Moretto (2001), apoiada em Lacan (1966/1991), esclarece a distinção estabelecida entre o discurso médico e o lugar do psicanalista no contexto de saúde. A autora salienta que a lógica biomédica tende a descartar as particularidades do

sujeito e excluir sua singularidade em prol da objetividade científica. Nessa lógica, a fala do sujeito é ouvida para, em seguida, ser descartada. O psicanalista, por sua vez, possui um posicionamento inverso, pois seu discurso não tem uma função silenciadora, mas uma função silenciosa que visa promover a fala do sujeito. Nesse viés, o "lugar" do psicanalista é considerado marginal em relação ao discurso médico, sendo preciso manter essa extraterritorialidade para demarcar que ambos tratam de coisas diferentes, ainda que relacionadas ao mesmo paciente. Mas o psicanalista não está alheio à ordem médica, visto que também se coloca a serviço desta quando promove, pelo trabalho analítico, resultados positivos ao tratamento. Porém, esse resultado não pode ser um objetivo em si, mas sim uma consequência de sua intervenção, já que a 'cura' em psicanálise deve vir por acréscimo.

Reflitamos, então, sobre a forma como acontece o atendimento psicológico realizado no centro de reabilitação. Concebemos que o atendimento psicológico de abordagem psicanalítica realizado nessa instituição está inserido no contexto da clínica ampliada e, portanto, possui como característica principal ampliar o olhar para os aspectos subjetivos decorrentes do adoecimento neurológico. Ao retomarmos Moretto (2001), entendemos que a clínica psicanalítica acontece em "outra cena", o inconsciente. Logo, trata-se de uma escuta analítica que busca olhar o sujeito para além da doença, em suas particularidades, pois entende que cada sujeito possui uma relação subjetiva com o próprio corpo, permeada por aspectos inconscientes e que, por isso, lida de maneira singular com seu adoecimento.

Nessa esteira, a proposta de uma intervenção psicanalítica com os pacientes no centro de reabilitação está pautada na compreensão do sujeito enquanto um sujeito de desejo que – por ser desejante – deve se responsabilizar pela desordem sobre a qual ele se queixa. Essa compreensão nos remete ao conceito de ética psicanalítica, considerada

a base da técnica psicanalítica. Conforme enunciado por Lacan (1959-1960/1997) em "A ética da Psicanálise", a ação do analista se contrapõe à ideia de ordenação dos bens. Nessa lógica, não se tem como ordenar o bem – isto é, não se pode determinar ou aconselhar o que é bom para o outro. Assim, o trabalho do psicanalista não consiste em fornecer aconselhamentos a partir de padrões adaptativos de normalidade, uma vez que, leva em consideração a singularidade do desejo de cada sujeito. Nessa vertente, os atendimentos psicológicos realizados no centro de reabilitação física, balizados pela ética psicanalítica, procuram compreender esse sujeito a partir das particularidades que repousam sobre seu desejo, as quais necessitam de outro olhar, apoiado em outro saber – um não saber – que é inconsciente.

Em uma perspectiva mais ampla, temos que a questão da ética da psicanálise também se coloca a partir de um resgate político do sujeito. Nessa vertente, apoiado na ideia de Freud (1921/1996) de que toda psicologia individual é, ao mesmo tempo, uma psicologia social, Goldenberg (2006) salienta que a psicanálise não é uma terapia do indivíduo isolado – começando pela origem do próprio eu, espelho do semelhante. Nesse viés, o inconsciente é transpessoal e relacional conforme demonstra alguns conceitos psicanalíticos, tais como: o complexo de Édipo que envolve pelo menos três personagens; o ideal do eu, motivo do recalque, concerne à aprovação de um outro de quem se espera reconhecimento; as perturbações neuróticas afetam nossa vida familiar ou laboral. Sendo assim, o olhar psicanalista demonstra ao indivíduo que seu mal-estar se deve, em grande parte, às suas relações com os outros e que não existem soluções solitárias que não envolvam o semelhante.

Nessa perspectiva, Alberti (2008) nos convida a pensar que o indivíduo está sempre em articulação com uma instituição e, portanto, sempre nasce do coletivo. Conforme a autora, a política da psicanálise se sustenta a partir da ética da psicanálise –

ética do bem dizer a relação do sujeito com o desejo – o que só se concebe a partir de cada experiência analítica. Porém, a rede introjetada que constitui o próprio indivíduo é também o que presentifica o saber da coletividade à qual esse indivíduo está referido. Portanto, uma prática que implica a psicanálise é aquela que leva em consideração o reconhecimento de que cada usuário é um sujeito constituído na relação com a cultura e com seu desejo. É nessa perspectiva que se abre o espaço para a interlocução entre o discurso do psicanalista e os outros discursos.

Nesse ínterim, temos que as práticas de cuidado psicológico no espaço institucional de saúde que remetem à noção de 'clínica ampliada' – isto é, uma clínica que acontece dentro do espaço institucional, para além dos moldes do consultório clássico – surgem a partir dos anos 70, inicialmente, como uma forma de aplacar um sofrimento psíquico que causa uma desordem na vida do sujeito. Com isso o psicólogo é chamado para suprimir o transtorno e, assim, recolocar o funcionamento do sujeito dentro de uma ordem, sem levar em conta a singularidade de sua doença (*pathos*). Porém, a perspectiva de uma clínica psicanalítica ampliada – ou seja, aquela que aproxima a prática psicanalítica da clínica ampliada – torna a noção de clínica ampliada ainda mais relevante, uma vez que, fundamenta práticas de escuta, dentro de um espaço acolhedor, que auxiliam na desconstrução de rótulos diagnósticos e institucionais e buscam, por meio da transferência, recuperar a dimensão singular do sujeito. Nesse sentido, não se trata de causar uma ruptura da ordem médica, uma vez que, a psicanálise não se propõe a ocupar o agente da ordem e instrumento de manutenção do *status quo.* Trata-se da instalação de outra ordem que cria possibilidades de dar ao sujeito condições de se a ver com o próprio desejo. Portanto, são aportes complementares que englobam em conjunto o campo da cidadania e da clínica (Campos, 2012).

Posto isso, é importante salientarmos que a ética psicanalítica se constitui na base das técnicas psicanalíticas e vai além de uma perspectiva ortodoxa e fundamental freudo-lacaniana, uma vez que, se faz presente em contextos que vão além do consultório particular, como é o caso da clínica psicanalítica ampliada. Dessa forma, defendemos a utilização da técnica da psicoterapia breve psicodinâmica adotada enquanto uma prática da clínica psicanalítica ampliada no referido contexto de reabilitação física. Conforme vimos, trata-se de uma técnica embasada nos conceitos psicodinâmicos freudianos que nasceu apoiada na necessidade de diminuir o tempo de duração dos tratamentos psicanalíticos clássicos e cujas características – que envolvem a definição de foco e objetivos, atenção dirigida para experiências atuais do paciente, a interpretação da transferência remetida ao foco e o fortalecimento de defesas adaptativas em contraposição às defesas pouco adaptativas – a configuram como um dispositivo essencial que atende as especificidades relacionadas às demandas institucionais desse contexto de reabilitação física e às demandas de sofrimento psíquico desses pacientes.

Até aqui discorremos sobre as características do trabalho desenvolvido no centro de reabilitação e sobre algumas especificidades de como pode estar inserida a prática psicanalítica nesse contexto. O conteúdo explanado nos prepara para compreender como se configura a prática de uma clínica psicanalítica ampliada pautada pela psicoterapia breve psicodinâmica no cuidado ao paciente neurológico durante o processo da reabilitação física, conforme veremos a seguir.

6.2 O cuidado ao paciente neurológico

Diante do exposto, resta sabermos, que tipo de sofrimento psíquico os pacientes neurológicos apresentam durante o processo de reabilitação para justificar a possibilidade de intervenção pautada pela técnica da psicoterapia breve psicodinâmica. Para isso, iremos refletir, dentre outras questões, sobre as demandas apresentadas pelo paciente neurológico no centro de reabilitação, o tempo breve que o paciente permanece em reabilitação e possíveis estratégias de atuação. Em suma, há questões específicas referentes à prática psicanalítica inserida na clínica ampliada no que diz respeito ao cuidado do paciente neurológico que devem ser levadas em consideração. À vista disso, nos propomos a refletir quais as possibilidades de atuação nesse contexto. Veremos essas e outras questões no tópico a seguir.

Começaremos respondendo à questão do tempo breve que o paciente permanece em processo de reabilitação – que varia entre três meses a um ano. Falamos, aqui, do tempo cronológico do relógio, ideia que remete a um tempo considerado insuficiente para que o paciente aprofunde sua demanda, uma vez que, desde o início há uma previsão de duração do tratamento. Porém, a demanda que se apresenta no contexto de reabilitação não se trata exatamente de uma demanda de análise, mas sim, de uma demanda que envolve um sofrimento psíquico pautado por aspectos emocionais que transitam em torno do adoecimento neurológico, suas sequelas e possibilidade de adaptação.

Dessa forma, a determinação do tempo de reabilitação pode, inclusive, ser um aspecto positivo para o tratamento psicoterápico, uma vez que, não raro observamos que a proximidade da alta mobiliza aspectos conscientes e inconscientes que podem ter um efeito terapêutico importante para as questões subjetivas. Isso porque a alta acontece quando o paciente não apresenta mais evoluções em seu quadro e, portanto, alcança

uma estabilidade motora. Trata-se de um momento difícil que envolve a constatação por parte do paciente de possíveis sequelas permanentes de sua doença. Esse impacto com a real condição física promove uma quebra das expectativas ilusórias de uma recuperação completa, podendo mobilizar reflexões que impulsionam o processo de elaboração.

Porém, a definição da técnica de intervenção psicoterapêutica a ser utilizada com o paciente neurológico no contexto de clínica ampliada envolve outros aspectos além do temporal, tais como o tipo de sofrimento psíquico apresentado. Falamos aqui do sofrimento psíquico do paciente adulto com sequelas neurológicas e comprometimento motor, mas sem comprometimento cognitivo. Nossa experiência demonstra que o sofrimento psíquico vivenciado por pacientes com lesão cerebral adquirida envolve a realização de um trabalho que auxilie a elaboração do luto decorrente do adoecimento. Conforme vimos, nas doenças degenerativas, como o Parkinson, o luto fica dificultado devido aos aspectos funcionais, narcísicos e traumáticos e ao caráter progressivo da doença. Nesse sentido, o que está em jogo no comprometimento neurológico é a forma como a dimensão psíquica da personalidade é afetada. Trata-se, portanto, de um sofrimento psíquico pautado pela existência de uma angústia de morte – aniquiladora, que pode implicar na fragilização do ego e, por consequência, no acionamento de defesas pouco adaptativas.

Nessa vertente, Cordioli et al. (2008) mencionam que em casos de pacientes, que por alguma condição, apresentam uma fragilidade das funções do ego costuma ser indicada a psicoterapia de apoio. A psicoterapia de apoio pode ser de longa duração em casos considerados graves – como transtornos de personalidade e/ou psiquiátricos ou pacientes terminais – ou de curta duração, em situações de crises agudas – como o luto, trauma e doenças físicas – onde a debilidade do ego é circunstancial e a psicoterapia de

apoio é indicada com o intuito de reestabelecer o nível prévio de funcionamento psíquico do paciente.

Por outro lado, é fundamental considerarmos conforme Cordioli e Gomes (2008), que na presença da capacidade de introspecção e de *insight* há um melhor aproveitamento em psicoterapias de orientação analítica ou psicoterapia breve dinâmica – sendo que, esta última prevê a intervenção em crise em um nível de prevenção secundária, buscando evitar que um problema se torne crônico. Ademais, Cordioli et al. (2008) consideram que as intervenções de apoio – incluindo ab-reações e clarificações, dentre outras – são elementos essenciais que podem ser utilizados, em maior ou menor grau, em todas as modalidades de psicoterapia com a finalidade reforçar determinadas funções do ego.

Dessa forma, temos que, o comprometimento neurológico acarreta a debilidade das funções egoicas relacionadas, principalmente, à perda da mobilidade, gerando uma angústia aniquiladora. Esse sofrimento psíquico pode envolver uma situação de crise – traumática – que fica circunscrita ao momento de aquisição da doença, como costuma ser o caso de doenças neurológicas não degenerativas. Mas também pode se tratar de uma angústia ameaçadora mais permanente, como no caso de doenças degenerativas – como o Parkinson. Consideramos que o determina a técnica psicanalítica a ser utilizada são os recursos egoicos que o paciente conseguiu preservar em sua estrutura de personalidade mesmo com o acometimento da doença. Percebemos com isso que, quando a fragilidade egoica não está associada a transtornos mais graves – como transtornos de personalidade ou psiquiátricos, mas circunscrita à condição da doença física, e, principalmente, quando o paciente dispõe de uma disposição interna para mudança e certa capacidade de elaboração psíquica *(insight),* é possível considerarmos a

prática da psicoterapia breve psicodinâmica – associadas a eventuais intervenções de apoio.

Portanto, consideramos que a técnica da psicoterapia breve psicodinâmica pode atuar amenizando o sofrimento desencadeado em determinado momento da vida do paciente acometido pelo adoecimento neurológico por Parkinson. A manifestação desse sofrimento pode, inclusive, se configurar como um momento de crise, caso o paciente tenha recebido o diagnóstico recentemente. De todo modo, a psicoterapia breve psicodinâmica pode prevenir o agravamento de um transtorno mental evitando que o problema se torne crônico. Além disso, se torna uma técnica efetiva ao estabelecer como o foco o sofrimento relacionado ao adoecimento neurológico e ao atuar implementando defesas mais adaptativas, funcionando, assim, como importante dispositivo para pensarmos a clínica psicanalítica ampliada no tratamento do paciente com Parkinson.

Nos casos clínicos anteriormente apresentados é possível verificarmos nos atendimento realizados a presença das características da técnica da psicoterapia breve psicodinâmica. Como exemplo, observamos que em todos os casos houve a estabilização psíquica com a melhora dos sintomas psíquicos previamente apresentados – ansiedade e depressão – sendo possível alcançar a prevenção do agravamento psíquico. No caso do paciente silencioso foi possível observar como um dos efeitos a diminuição da inibição afetiva considerada uma defesa psíquica desadaptativa. Em relação ao primeiro caso – o narrador – a atenção foi direcionada para experiências atuais do adoecimento do paciente que, apesar da resistência inicial, foi incentivado a falar do sofrimento relacionado ao atual diagnóstico. Ainda nesse caso, os fenômenos transferenciais foram remetidos ao foco da reabilitação, como quando diante de sua dificuldade para aceitar ajuda, o paciente aceita a ajuda para caminhar até o setor de

Fisioterapia Aquática ou quando aceita o convite para participar da pesquisa a partir do desejo de que fosse escrito um livro contando sua história.

Esses fatores reforçam a importância da técnica psicanalítica utilizada no contexto de reabilitação. Consideramos que o apoio que é fornecido na reabilitação por meio do tratamento analítico – na perspectiva da psicoterapia breve psicodinâmica – pode também fomentar o resgate de certa condição de sujeito. Essa dinâmica permite à equipe conhecer as reais características de cada paciente, isto é, a singularidade de cada caso, suas particularidades – incluindo os desafios – o que, certamente, amplia o olhar acerca de suas especificidades e acarreta novas perspectivas de evolução para o tratamento. Com isso, o tratamento psicoterápico ofertado por meio da escuta analítica - ainda que sob uma perspectiva psicodinâmica breve – pode favorecer a ocorrência de um tratamento coeso e integrado, contribuindo, assim, para o sucesso da reabilitação. Conforme veremos mais adiante.

Até aqui vimos como se instaura a práxis de uma clínica psicanalítica ampliada pautada pela psicoterapia breve psicodinâmica direcionada ao cuidado ao paciente neurológico em processo da reabilitação física. A seguir, veremos as especificidades dessa práxis e a interlocução interdisciplinar com a equipe multiprofissional presente nesse contexto.

6.3 A interlocução interdisciplinar

Pretendemos, agora, refletir sobre como está fundamentada a interlocução da clínica ampliada psicanalítica com as demais especialidades de saberes envolvendo a dinâmica de trabalho multiprofissional sob a ótica interdisciplinar. Para tanto, buscaremos contextualizar o lugar designado ao papel da Psicologia junto ao trabalho

interdisciplinar com a equipe de profissionais, enfatizando as nuances da prática psicanalítica.

Conforme vimos, o processo de reabilitação é desenvolvido por uma equipe de profissionais a partir de uma perspectiva interdisciplinar que preconiza um trabalho articulado, coeso e coordenado entre os diversos olhares de cada especialidade que convergem no cuidado ao paciente. Nesse contexto, o papel da Psicologia já se encontra muito bem estruturado e consolidado, o que certamente facilita o trabalho do psicólogo. Diferentemente de outras instituições nas quais, provavelmente, teríamos que percorrer um longo caminho para construir o papel da Psicologia e aguardar validação, nessa instituição esse lugar já está devidamente posto e constituído, qual seja: olhar para os aspectos emocionais em torno do adoecimento do paciente neurológico.

O processo de reabilitação se inicia quando o paciente com diagnóstico neurológico elegível chega à instituição por encaminhamento médico da rede pública de saúde ou por demanda espontânea, sendo admitido a partir da triagem do médico neurologista da instituição, que leva em conta as condições clínicas do paciente para a realização das terapias motoras. A partir da triagem médica, o paciente apto à reabilitação é encaminhado, em data previamente agendada, para uma avaliação global com a presença dos terapeutas responsáveis. A avaliação global é o momento em que os profissionais de todas as especialidades (Psicologia, Fisioterapia Solo, Fisioterapia Aquática, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Musicoterapia) estão presentes para avaliar o paciente, cada um em suas respectivas especialidades, a fim de serem verificadas suas reais necessidades, bem como, a possibilidade de ofertas terapêuticas.

Na avaliação global é traçado um Projeto Terapêutico Singular (PTS) baseado nas demandas apresentadas por cada paciente sendo, então, realizada uma proposta de

oferta das terapias em que são definidos os objetivos terapêuticos a serem trabalhos e o tempo total de reabilitação de acordo com os protocolos institucionais. Esse processo de trabalho é baseado em evoluções gradativas, que toma como ponto de partida o objetivo inicialmente traçado. O objetivo inicial é reavaliado, trimestralmente, a fim de ser verificado se aquele objetivo foi alcançado, bem como, para traçar novos objetivos. Nesse sentido, é um modelo de trabalho classificatório envolvendo estipulação de metas a serem alcançadas. Isso se dá principalmente em relação à área motora de acordo com as potencialidades de cada quadro neurológico (Ex.: Etapa de cadeira de rodas, que evolui para marcha com apoio e, posteriormente, marcha sem apoio). Porém, a Psicologia, de certa forma, acompanha os aspectos emocionais apresentados em cada etapa durante o processo de reabilitação, os quais – sabemos – variam de acordo a singularidade de cada sujeito.

Assim, no momento inicial da avaliação global também é realizada uma avaliação psicológica que nos permite verificar quais os aspectos e emocionais estão envolvidos na condição física do paciente e o que se configura como uma demanda que possa trabalhada em psicoterapia individual no setor de Psicologia durante o processo de reabilitação em conjunto com as demais terapias. Nossa experiência demonstra que, na grande maioria das vezes, é identificado um sofrimento psíquico importante diante do qual é proposta uma escuta como forma de acolhimento. Em geral, as demandas apresentadas pelo paciente permeiam temas referentes a perdas funcionais, inversão de papéis na dinâmica familiar, perda de autonomia e aumento da dependência de cuidados, alterações na condição financeira, sensação de impotência, os quais podem afetar o âmbito emocional e provocar uma desestabilização psíquica que merece ser olhada. Assim, quando é identificada uma demanda emocional o paciente é, então, enquadrado para realizar o acompanhamento individual no setor de Psicologia com

objetivo de auxiliar na elaboração de tais questões e, consequentemente, no processo de reabilitação.

Nessa modalidade de trabalho, a psicoterapia tende a ser considerada uma terapia de apoio frente às terapias motoras (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), as quais são consideradas o objetivo principal da busca pelo processo de reabilitação. Com isso, a psicóloga estaria inserida e integrada à equipe de profissionais para contribuir com esse processo. De certo modo, a psicoterapia auxilia o paciente a organizar aspectos psíquicos que possam interferir no processo de reabilitação. Assim, a psicóloga está ali ocupando um lugar de escuta das mais variadas expressões emocionais e, por consequência, auxiliando, também, o trabalho dos demais terapeutas para que a reabilitação possa, então, acontecer.

Nesse ponto descrevemos como está estruturado o serviço e o trabalho da equipe interdisciplinar no centro de reabilitação. Posto isso, veremos a seguir, reflexões acerca da minha experiência como psicóloga nesse contexto destacando como essa prática pode incidir sobre o trabalho em equipe.

6.4 Reflexões sobre a Experiência

Minha experiência enquanto psicóloga nesse contexto de reabilitação nasce de um lugar de escuta para um sofrimento psíquico causado por uma desordem orgânica/física. É importante dizermos que esse sofrimento também recebe uma atenção especial da equipe que é acolhedora e reconhece, de forma bastante humanizada, a existência da subjetividade – e não necessariamente a singularidade – do sujeito, lançando um olhar integrado sobre os aspectos físicos e psíquicos. Esse fato certamente enriquece nosso trabalho. Contudo, esse lugar de escuta, por vezes, é atravessado por

especificidades institucionais ainda pautadas por resquícios de um modelo biomédico que costumam se expressar na interlocução com os membros da equipe. Além disso, há a manifestação de fenômenos interpsíquicos por parte dos membros da equipe que também podem se intensificar nas relações de cuidado. Buscaremos pontuar tais questões a seguir.

É comum termos nosso serviço solicitado porque determinado paciente encontra-se em um elevado estado de ansiedade que acaba atrapalhando a execução dos exercícios motores de reabilitação. Quanto a isso me recordo do caso clínico 3, em que o paciente encontrava-se em fase inicial de assimilação e apropriação do seu diagnóstico, sendo a manifestação dos sintomas motores acompanhada de níveis elevados de ansiedade – semelhantes à uma crise de ansiedade. Nesse caso, houve um pedido da equipe motora para que fossem apresentadas estratégias de alívio de ansiedade que auxiliassem o paciente nesse momento. Assim, além da indicação de possíveis técnicas de respiração para controle da ansiedade, refleti paulatinamente junto ao paciente durante as sessões que esses momentos de crises estavam relacionados ao período de término do efeito da medicação em que os sintomas da doença se manifestavam de forma mais expressiva e, que, nesse sentido, havia certa previsibilidade temporal. Com isso, o paciente poderia, então, pensar que "*a crise tem hora para acabar*". O paciente aguardava a consulta médica para verificar possível ajuste da medicação e consequente melhora dos sintomas motores. Contudo, percebemos que essas intervenções, de certa forma, auxiliaram o paciente a lidar com as crises subsequentes, trazendo previsibilidade e certo controle frente a uma situação ameaçadora de desamparo.

Nesse sentido, também houve uma reflexão junto à equipe acerca do estado de ansiedade elevada apresentado pelo paciente durante o término do efeito da medicação e

que, embora a partir das intervenções realizadas o paciente talvez pudesse se sentir menos angustiado nesse momento, necessitávamos do respaldo médico para o devido ‘controle’ dos sintomas. Apesar da frustração inicial, podemos considerar que houve um entendimento por parte da equipe. Cabe destacar a importância de estarmos sempre em contato com a equipe de profissionais que atende o paciente realizando *feedbacks* para sinalizar nosso ponto de vista. Isso norteia o tratamento do paciente e contribui para que o cuidado seja, de fato, realizado de forma coesa e integrada e, nesse sentido, tenha o mesmo desfecho. Assim, embora em um primeiro momento o processo de desconstrução de expectativas irreais possa gerar angústia e frustração na equipe, em um segundo tempo, há uma oportunidade da equipe entrar mais em contato com a real condição psíquica do sujeito. Esse processo é considerado benéfico para o paciente e para o seu tratamento.

Dessa forma, vimos que o pedido da equipe consistiu na expectativa de acalmarmos o paciente para que ele tenha um desempenho melhor nas atividades e, nesse sentido, resumia-se unicamente em eliminar o sintoma de forma imediata – afinal há um objetivo terapêutico a ser alcançado. Porém, sabemos que o tratamento analítico não envolve a mera eliminação do sintoma, mas sim auxiliar na compreensão do paciente em relação com seu sintoma e na apropriação do significado da experiência de adoecimento. Isso é processual e demanda certo tempo. Além disso, uma intervenção que coloca como objetivo principal eliminar o sintoma de ansiedade apenas visando à adesão às terapias motoras, mas desconsidera o sofrimento psíquico a ele subjacente, aponta para a existência de uma lógica a serviço de um padrão adaptativo de normatividade e, nesse sentido, afasta o analista do princípio ético psicanalítico que coloca a subjetividade do sujeito em primeiro lugar. Daí a importância de realizar

feedbacks contínuos à equipe no intuito de desconstruir uma possível demanda com esse viés.

Devemos lembrar que o setor de Psicologia também sofre a influência desse modelo de trabalho pautado por uma lógica adaptativa e classificatória que envolve a estipulação de objetivos a serem alcançados. Nesse sentido, há uma expectativa por parte da equipe de que ocorra uma evolução emocional de acordo com os resultados funcionais – quando estes são alcançados – ou, ainda, uma mera aceitação das limitações físicas diante da constatação das perdas funcionais. Contudo, sabemos que, no *setting* psicoterapêutico é oferecido um espaço de escuta e acolhimento visando auxiliar na elaboração de tais perdas – o que talvez possamos chamar de evolução. Nele está implicada uma relação terapêutica permeada por aspectos conscientes e inconscientes, processos transferenciais e contratransferenciais, com a presença de defesas e resistências. Nesse sentido, não há garantias de que essa "evolução" de fato irá acontecer.

Essas reflexões são importantes, inclusive, para distinguirmos de qual lugar surge a demanda de atendimento, do paciente ou da equipe? Pois, a equipe pode solicitar uma avaliação psicológica para um determinado paciente que, porventura, não esteja em acompanhamento psicológico, mas que ela julga ser necessário ser acompanhado. E esse pedido é legítimo. E o psicólogo tem autonomia para aceitá-lo ou não. Contudo, nos resta saber se essa é uma demanda puramente do paciente, identificada pela equipe de profissionais, ou se trata de uma projeção dos aspectos inconscientes da equipe sobre o paciente.

Ao retomarmos a noção de clínica ampliada, Campos (2012) salienta que, nesses casos, embora o atendimento seja individual, não se trata mais de um modelo de

consultório particular centrado na relação terapeuta-paciente. Nesse contexto, é a instituição que engendra o vínculo entre o terapeuta e o sujeito a ser cuidado. Assim, há duas demandas que se superpõem: a demanda do sujeito que procura a instituição e a demanda da instituição que acolhe o paciente, sendo que, a necessidade da instituição de realizar o atendimento pode não coincidir, necessariamente, com a demanda do sujeito. Nesse sentido, há uma situação ternária, na qual existem dois sujeitos visíveis, terapeuta e paciente, e um terceiro que se faz elíptico determinando as práticas institucionais, que variam desde a necessidade de cumprir atendimentos até a realização da alta. Além disso, a autora também ressalta que as práticas não delimitadas por uma díade envolvem um cenário complexo permeado por um conjunto de relações transferenciais com outros profissionais das equipes interdisciplinares.

Pensamos essa questão a partir da noção de transferência que, inicialmente, acontece com a instituição, sendo que a busca do paciente é pelo processo de reabilitação. Nesse sentido, há uma transferência de saber específica em relação à equipe motora, na qual o paciente transfere um suposto saber sobre sua patologia. Em geral, o paciente deseja andar ou falar melhor ou simplesmente falar e andar. Assim, diferentemente dos contextos de consultórios particulares de Psicologia nos quais o paciente busca especificamente pela psicoterapia para, em geral, saber de si, em uma instituição de reabilitação física ele busca, em primeiro lugar, os tratamentos de fisioterapia ou fonoaudiologia, para andar ou falar. Essa condição nos leva a pensar em possíveis implicações que podem se colocar para o desejo do sujeito diante da oferta da psicoterapia no contexto de reabilitação, uma vez que, esse tratamento não foi deliberadamente procurado.

Nessa vertente, Cordioli e Gomes (2008) salientam a importância da existência de um sofrimento psíquico como condição necessária para a busca de um tratamento

psicoterápico. O sofrimento psíquico envolve um desconforto psíquico decorrente de sintomas desagradáveis (ansiedade, depressão, etc.) que estejam interferindo e comprometendo a vida do sujeito. Contudo, não basta a existência do sofrimento psíquico, sendo que, para que o processo de psicoterapia ocorra é necessária uma motivação para o tratamento. Nesse sentido, é necessário que haja a capacidade de reconhecimento *(insight*) do sofrimento e consciência do comprometimento acarretado em sua vida e, por conseguinte, um desejo de mudança e uma disposição interna para alcançar essa finalidade.

Percebemos que, em geral, o paciente em reabilitação se sente acolhido na presença da analista que personifica um lugar de escuta para suas questões emocionais conscientes e inconscientes. A oferta da escuta auxilia o paciente a colocar em palavras seu sofrimento psíquico e formular uma demanda relacionada à sua condição física. Nesse sentido, ao contrário do que poderíamos ser levados a pensar sobre possíveis implicações negativas acerca da oferta da psicoterapia no contexto de reabilitação, verificamos que, diante dessa oferta o sujeito pode construir uma demanda ao falar sobre seu sofrimento que esteja relacionada à sua condição física e ao processo de reabilitação, podendo se beneficiar do tratamento psicoterápico nesse contexto.

Contudo, há casos em que o pedido do paciente no centro de reabilitação pode estar relacionado apenas à melhora do seu desempenho motor e, portanto, ser unicamente direcionado à equipe motora. Porém, isso não quer, necessariamente, dizer que não exista um sofrimento psíquico. Pois, conforme Cordioli e Gomes (2008), a motivação para a psicoterapia não envolve apenas a existência do sofrimento psíquico, mas também um desejo de mudança. Nesse sentido, há situações egossintônicas nas quais o sujeito está bem adaptado aos seus sintomas pelo prazer que produzem e cuja remoção implicaria um aumento da ansiedade. Nesses casos, percebemos o paciente

adaptado ao seu sintoma em um nível de sofrimento que ainda não foi suficiente para haver um desejo de mudança e nem um pedido real de ajuda. Certa vez, diante de uma situação como essa em que o paciente estava bem adaptado a uma situação disfuncional, que de certa forma impactava no processo de reabilitação, o paciente relatou "*Estou bem, não vejo problema nisso*" ou "*Está tudo bem. Não preciso de psicoterapia"*. Nesse caso, apesar das tentativas de levá-lo a refletir sobre possíveis disfuncionalidades e sofrimentos envolvidos, havia uma resistência que era maior, impedindo a formulação de uma queixa para ser trabalhada. Essas situações costumam mobilizar profunda angústia na equipe e/ou na família, levando-os a demandar o tratamento psicoterápico para o paciente, não havendo, porém, uma abertura sincera por parte do paciente ao tratamento psicoterápico.

É interessante notarmos como esse cenário pode contribuir para mobilizar – conforme já citamos – angústia na equipe. Pois, quando o paciente não consegue expressar seu sofrimento em palavras para formular uma demanda que se configure um pedido de ajuda, estamos diante de uma situação de angústia – isto é, aquilo que não tem nomeação e que, portanto, se configura como uma expressão do Real que excede à capacidade de simbolização. A própria condição de adoecimento mobiliza uma angústia que remete à castração – tanto no paciente quanto na equipe. Nesses casos, alguns membros da equipe podem se identificar de forma inconsciente com o sofrimento do paciente e projetar nele suas próprias questões emocionais.

Nesse sentido, podemos encontrar expectativas por parte da equipe relacionadas a questões familiares, conjugais, de inserção social ou de trabalho, mesmo quando tais questões não se apresentam enquanto uma demanda para o paciente. Diante dessas circunstâncias, percebemos que o trabalho do analista acaba sendo solicitado para atender a uma demanda que, na verdade, é da equipe, mas que fora direcionada de

forma inconsciente para o paciente. Nesse ponto, mencionamos o caso clínico 3 que havia alterado seu estilo de vida devido ao diagnóstico recente da doença de Parkinson. O paciente havia encerrado seu vínculo empregatício e se tornado aposentado, mudando-se com a família para a cidade em que atualmente realizava os tratamentos médicos e as terapias de reabilitação. Nesse caso, a equipe ficou angustiada ao perceber que, apesar da pouca idade, o paciente, que sempre fora ativo, teve que antecipar sua aposentadoria por motivo de doença. Essa angústia ficou perceptível ao sermos solicitados pela equipe a trabalhar a reinserção social do paciente e possibilidades de uma atividade laboral informal. Contudo, o paciente ainda se encontrava em uma fase inicial de apropriação do diagnóstico e assimilação de sua nova condição física, não sendo ainda possível para ele vislumbrar a reinserção social. Apesar da frustração inicial, pudemos perceber a compreensão da equipe ao apontarmos que o paciente ainda se encontrava em uma fase inicial de elaboração de perdas.

Além disso, a condição neurológica mobiliza um sentimento de impotência nos membros da equipe, os quais tendem a transferir esse sentimento em sua forma oposta para a figura do analista, creditando a este um lugar de onipotência. Nesse sentido, sintomas neuropsiquiátricos (ansiedade e depressão) – e, portanto, endógenos – podem ser erroneamente considerados sintomas psicopatológicos, levando a equipe a solicitar o atendimento psicólogo, acreditando na existência de uma causalidade psíquica para esses sintomas que, na verdade, possuem causa orgânica. Na doença de Parkinson esse limite é bastante tênue, uma vez que, a falta da dopamina também pode causar sintomas de ansiedade e depressão. Nesses casos, a atitude da equipe denota um pensamento mágico para que o analista suprima esse sintoma. Sendo assim, podemos até aceitar a demanda de oferecer uma escuta para esse sofrimento, pois sabemos, conforme Simonetti (2016), que o foco do atendimento é o aspecto psicológico – isto é, as

manifestações subjetivas – em torno do adoecimento, incluindo suas causas ou consequências. Porém, devemos tomar cuidado para não incorrer no erro de assumir uma fantasia onipotente semelhante à posição médica, para tentar suprimir, no campo psi, algo que é de ordem neurológica e, portanto, orgânica.

É interessante notarmos que, diante dessas situações, o próprio paciente possui a noção clara de que aquela manifestação está relacionada mais a uma questão neurológica. Nos casos de Parkinson, por exemplo, é comum haver manifestações neuropsiquiátricas de ansiedade ou depressão devido às alterações dopaminérgicas – que inclusive podem oscilar – mas que costumam melhorar a partir do ajuste medicamentoso. Nesses casos, os pacientes tendem a relatar: "*Os meus tremores estão piorando, preciso voltar ao médico*", sendo raros os casos em que o paciente acredita na causalidade psíquica de tais sintomas. Embora esse limite orgânico seja muito tênue, conforme dissemos, a psicoterapia poderá oferecer uma escuta para o sofrimento relacionado a essas manifestações, mas sem a intenção de entrar necessariamente no mérito de suprimir esse sintoma.

Diante desses atravessamentos, cabe realizarmos a apuração da demanda apresentada pelo paciente para elucidarmos para equipe o que será trabalhado junto ao paciente durante o processo psicoterapêutico, cujo foco recai sobre o processo de reabilitação. As reuniões de discussões de casos são ferramentas úteis para que essa interlocução de saberes possa ocorrer de forma salutar e dinâmica. Além disso, uma escuta atenta da equipe pode servir para sustentar suas angústias – permeadas por aspectos conscientes e inconscientes – e, possivelmente, aplacar em algum nível o sofrimento gerador de demandas.

Minha experiência demonstra que, apesar dos atravessamentos presentes na interlocução com a equipe, costumamos observar a predominância de *feedbacks* positivos recebidos da equipe, os quais, certamente, fortalecem a importância do lugar de uma escuta analítica nesse contexto e nos fortalece para continuarmos nossa trajetória profissional. A equipe costuma reforçar a necessidade de nossa profissão dentro desse espaço já constituído, de modo que, somos convocados a nos colocar diante dessa demanda que – é verdade – inicialmente nasce de forma superficial na equipe. Por exemplo, é comum observarmos falas que revelam, desde o início, um lugar demarcado para a escuta analítica, como: "*Isso é com a psicóloga*", "*Esse paciente está na 'Psicologia'?*" ou "*Isso que o senhor (paciente) está me contando precisa falar para a psicóloga*" e até "*Chama a Psicóloga*". Porém, aos poucos notamos que esse olhar também tende a ser ampliado para uma compreensão da singularidade de cada caso.

Nesse sentido, ao assumirmos um caso clínico e nos apropriarmos dos elementos subjetivos que o constituem podemos transmiti-los para que os demais membros da equipe também possam expandir seu olhar, passando, assim, a compreender esse determinado caso de uma forma mais aprofundada – a partir de sua singularidade. Com isso, realizamos uma espécie de tradução do estado emocional daquele caso clínico – que é singular – para a equipe. Em nossa trajetória notamos que a equipe se demonstra receptiva às interpretações realizadas o que torna possível a ampliação dos olhares para o caso em sua singularidade. É comum constatarmos nos relatos da equipe a ampliação desse olhar, como no caso clínico 1, em que o paciente mesmo com algumas limitações físicas matinha o desejo de dirigir o próprio carro. Após algumas discussões do caso em que pude transmitir para a equipe o desejo que o paciente tinha de manter sua autonomia e obtive como retorno a seguinte fala: "*É verdade, ele é muito ativo, não podemos tirar totalmente sua autonomia*". Nesse sentido, a existência de um grupo

coeso e integrado, certamente, funciona como um facilitador que torna possível uma interlocução diária com os demais membros da equipe. Essa interlocução também está prevista em momentos específicos, tais como: a avaliação global e as reuniões semanais de discussão de casos, que certamente estimulam e facilitam esse processo.

6.5 Conclusão

Diante do exposto, consideramos que foi possível instaurar um espaço de escuta psicoterapêutico singularizado com os pacientes neurológicos no contexto da reabilitação física. Essa experiência a partir da interlocução com uma equipe interdisciplinar de saúde gerou reflexões sobre as possibilidades de atuação de uma clínica psicanalítica ampliada em um contexto ainda pautado pelo modelo biomédico. Minha experiência clínica com os pacientes neurológicos foi complexa e desafiadora, de modo que, sustentar a angústia desses pacientes diariamente, certamente, gerou insegurança e impotência. Contudo, o apoio recebido direta e indiretamente, pela equipe nas discussões de caso, com certeza, muito me auxiliaram nessa trajetória.

Cabe mencionarmos, ainda, que essa experiência esteve relacionada a uma prática de pesquisa – o doutorado. Nesse sentido, a escuta acolhedora e os necessários apontamentos fornecidos pelo professor orientador e pelos membros do grupo de orientação à pesquisa, vinculado ao curso de doutorado, durante as reuniões também foram fundamentais, uma vez que, proporcionaram-me trocas enriquecedoras e permitiram que eu me apropriasse mais sobre o tema e pudesse desenvolvê-lo. Além disso, destacamos a relevância da dimensão de uma pesquisa amparada pelo método psicanalítico – que leva em consideração a relação subjetiva do psicanalista-pesquisador com seu objeto de estudo – o que contribuiu sobremaneira para que as transformações

internas decorrentes das relações transferenciais e contratransferenciais pudessem acontecer.

Nesse quesito, ressaltamos que, em específico ao doutorado, este se configurou como um dispositivo com caráter de formação em minha trajetória. Essa formação ocorreu durante os momentos de orientação – tanto com o professor orientador como com os membros do grupo de orientação à pesquisa, conforme já mencionado – mas também, durante o processo da escrita. A escrita, em si, exigiu um exercício contínuo de distanciamento e aproximação da minha prática profissional, permitindo reflexões e elaborações acerca dessa práxis, que culminaram não só no produto final da tese, mas que, também provocaram mudanças internas, refinando minha escuta e me aprimorando enquanto profissional. Nesse sentido, o processo de elaboração da tese de doutorado também contribuiu para uma melhor sustentação dessa escuta analítica no contexto da clínica psicanalítica ampliada.

Por fim, destacamos que, as possibilidades e atravessamentos aqui apontados retratam as especificidades de uma clínica ampliada pautada por uma prática psicanalítica no contexto de reabilitação que ainda se encontra em processo de construção. Destacamos a modalidade da psicoterapia breve psicodinâmica no contexto da clínica ampliada como um importante espaço de escuta da singularidade e um dispositivo facilitador para o processo de luto. A escuta analítica oferecida nesse contexto se configura como um fator importante na atenção no cuidado ao paciente neurológico que pode auxiliar prevenindo o adoecimento psíquico. Nesse sentido, o resgate da posição de sujeito por meio do tratamento analítico permite à equipe conhecer a singularidade de cada caso e favorece a ocorrência de um tratamento integrado, contribuindo, assim, para o sucesso da reabilitação. Além disso, a psicoterapia ofertada na clínica ampliada pode servir como uma porta de entrada para

uma psicoterapia convencional, uma vez que, o paciente poderia não ter acesso ao tratamento psicoterápico caso não estivesse inserido em um serviço de saúde de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, fator que reforça a importância da presença do profissional de Psicologia nesses contextos para o cuidado com a saúde mental.

Este capítulo teve como intuito apresentar uma reflexão aprofundada sobre minha experiência como psicóloga-pesquisadora no contexto da clínica psicanalítica ampliada em Saúde, no âmbito da reabilitação física. Compreendemos a apropriação dessa experiência como fundamental para a concepção da tese, uma vez que, os aspectos ali vivenciados, de certa forma, refletiram a necessidade de realização da pesquisa e, ao mesmo tempo, serviram de base para que o estudo acontecesse. A seguir iremos apresentar o tópico da discussão dos múltiplos casos – supracitados – que serão apresentados e relacionados com os conceitos da teoria psicanalítica.

7. DISCUSSÃO

7.1 Introdução

Considerando a descrição realizada acima dos casos clínicos referentes ao processo psicoterapêutico dos três pacientes diagnosticados com Parkinson no contexto de reabilitação, apresentaremos a seguir a descrição e análise dos fatos clínicos selecionados desses casos clínicos que serão apresentados no formato de múltiplos casos. O estudo de múltiplos casos proposto por Verztman (2009) possibilitou a comparação de modelos de subjetividade e experiência a partir das formas distintas de se lidar com o adoecimento permitindo que um caso encontrasse sentido em comparação com outro. A análise dos fatos clínicos psicanalíticos levou em consideração as experiências emocionais, permeadas por aspectos transferenciais e contratransferenciais, a repetição da temática (Quinodoz, 1994) e o aspecto da desproporcionalidade do fato e afeto encontrada nos relatos dos pacientes (Vollmer Filho, 1994).

Apresentamos a seguir uma descrição pormenorizada dos fatos clínicos psicanalíticos vivenciados no atendimento psicoterápico e uma análise a partir dos conceitos da psicanálise. As categorias temáticas representativas dos fatos clínicos aparecem destacadas em itálico no texto e foram incluídas em eixos temáticos. O caso clínico referente ao fato clínico foi identificado entre parênteses, visando maior organização textual.

Destacamos que os quadros das categorias temáticas e os respectivos fatos clínicos construídos para cada caso foi reorganizado e incorporado em um quadro geral que será apresentado a seguir, antes de adentrarmos na discussão. A organização numérica dos fatos clínicos se manteve, respeitando a sequência da análise realizada em

forma de múltiplos casos. Assim, para melhor compreensão e visualização, o quadro 4 abaixo apresenta as categorias temáticas e os fatos clínicos correspondentes aos casos clínicos 1, 2 e 3.

Quadro 4 – Categorias temáticas e fatos clínicos do caso clínico 1, 2 e 3.

EIXOS TEMÁTICOS	**CATEGORIAS TEMÁTICAS**	**FATOS CLÍNICOS**	**CASO CLÍNICO**
EIXO 1 – TRAUMA (DESAMPARO)	1. Impacto e elaboração do diagnóstico	Fatos clínicos 1 e 2	Casos clínicos 1 e 3
	2. Perda de autonomia (impotência)	Fatos clínicos 3 e 4	Caso clínico 1
	3. Medo da morte (finitude, hospitalização e dependência de cuidados)	Fatos clínicos 5, 6 e 7	Casos clínicos 1, 2 e 3
	4. Imprevisibilidade, perda de controle e medo exacerbado	Fatos clínicos 8, 9 e 10	Casos clínicos 2 e 3
	5. Receio expressar sentimentos e dificuldade para estabelecer vínculos afetivos (desesperança, abandono e solidão)	Fatos clínicos 11, 12 e 13	Casos clínicos 2 e 3
EIXO 2 – LUTO	6. Ruptura biográfica traumática (perdas funcionais e da autoimagem)	Fatos clínicos 14, 15 e 16	Casos clínicos 1 e 3
	7. Defesa psíquica: Idealização	Fato clínico 16	Caso clínico 1
	8. Defesa psíquica: inibição depressiva (silenciamento)	Fato clínico 17	Caso clínico 2
	9. Defesa psíquica: luto antecipatório	Fatos clínicos 18 e 19	Caso clínico 2
	10. Defesas psíquicas: inibição e isolamento afetivo,	Fatos clínicos 12 e 13	Caso clínico 3

	condensação e deslocamento simbólico		
EIXO 3 – RELAÇÃO TRANSFERENCIAL - CONTRATRANSFERENCIAL	11. Transferência positiva: desejo de ter sua história testemunhada (livro)	Fato clínico 20	Caso clínico 1
	12. Transferência positiva: afeto fraternal direcionado à figura da analista	Fato clínico 21	Caso clínico 2
	13. Transferência negativa: urgência para encerrar o atendimento, vergonha e vínculo inseguro	Fato clínico 22	Caso clínico 3
	14. Contratransferência: angústia e desejo de encerramento do atendimento	Fato clínico 22	Caso clínico 3
	15. Contratransferência: receio diante de situações de risco	Fato clínico 23	Caso clínico 1
	16. Contratransferência: Impotência diante do silenciamento	Fato clínico 24	Caso clínico 2
EIXO 4 – PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA	17. Efeitos psicoterapêuticos: maior contato com o conteúdo emocional e a estabilização psíquica com a diminuição dos sintomas de ansiedade	Fato clínico 25	Caso clínico 1
	18. Efeitos psicoterapêuticos: diminuição da inibição depressiva	Fato clínico 26	Caso clínico 2
	19. Efeitos psicoterapêuticos: diminuição do medo gerador de ansiedade, maior controle emocional e vinculação afetiva	Fato clínico 27, 28 e 31	Caso clínico 3
	20. Percepção	Fatos clínicos	Casos clínicos

	positiva sobre a efetividade do espaço e processo psicoterapêutico	25, 29 e 30	1, 2 e 3

7.2 Eixo 1: O trauma e o Parkinson

Esse eixo temático apresenta e discute os fatos clínicos psicanalíticos sobre o aspecto traumático associado ao impacto do diagnóstico, perda de autonomia, impotência e sensação de desamparo. Os fatos clínicos apresentados a seguir descrevem o sofrimento psíquico vivenciado com o *impacto do diagnóstico e sua busca por elaboração (Categoria 1).*

Fato clínico 1 **-** Chega à sessão dizendo "*Quando descobri o Parkinson, achei que era problema de coluna, por causa das dores. Começou com dor nas costas, tratei com neurologista, fazia exames, tirei líquor da coluna. Aí fui encaminhado para um centro de reabilitação e os fisioterapeutas e o médico fisiatra desconfiaram e me encaminharam para o neurologista especialista que diagnosticou. Então o médico 'deu' o diagnóstico. 'Isso' [a doença] não aparece em exame. Mas o médico era bom, teve um olhar clínico. Ele me explicou sobre a doença, que é progressiva*". Pergunto como ele se sentiu ao receber o diagnóstico e ele responde: "*O médico diagnosticou e os sintomas melhoraram. Mas foram duas emoções. Alívio por descobrir o que é. Eu nunca tinha ouvido falar da doença. E medo por saber que é uma doença sem cura*". (Caso clínico 3)

Fato clínico 2 – O paciente menciona "*Meu último emprego foi como taxista. Nessa época já estava com a doença, mas não sabia. Fui ao médico e quando entrei no consultório o médico disse, o senhor tem Parkinson, toma esse remédio.* No *começo eu não aceitava o Parkinson, não falava da doença, continuei trabalhando mesmo com os*

sintomas. Falava para as pessoas que tinha (a doença), mas não aceitava. E mesmo agora tenho dificuldade de aceitar". (Caso clínico 1)

Os fatos clínicos 1 e 2 revelam o sofrimento psíquico vivenciado pelo impacto inicial do diagnóstico e a dificuldade de aceitação da doença, aspectos esses intensificados pelo caráter progressivo da doença. Esses fatos clínicos demonstram que a experiência de adoecimento por Parkinson é vivenciada com um intenso sofrimento psíquico que, muitas vezes, ultrapassa a capacidade de elaboração psíquica desses pacientes. Essa condição assemelha-se ao conceito de trauma definido por Freud (1917 [1916-1917]/1996) como uma experiência (externa) que, em pouco tempo, desencadeia um afluxo de excitações (internas) excessivamente intensas em relação à capacidade de elaboração do aparelho psíquico. Essa conceituação destaca o aspecto econômico do trauma, no qual, o afluxo de energia é excessivo em relação à tolerância do aparelho psíquico, quer se trate apenas de um acontecimento violento que traga forte emoção, ou de uma acumulação das energias – mesmo que isoladamente sejam toleráveis (Laplanche; Pontalis, 2004).

Os fatos clínicos mencionados acima vão ao encontro das pesquisas psicanalíticas que consideram que o sofrimento psíquico gerado pelo adoecimento podem se configurar como uma experiência traumática (Kupermann, 2016), sendo que o encontro com uma doença orgânica faz o sujeito experimentar sentimentos de angústia que excedem à capacidade de representação psíquica e se tornam impossível de ser simbolizado (Coppus; Pereira, 2020; Bomfim, 2016). Eles corroboram, ainda, a literatura psicanalítica específica acerca das doenças neurológicas que destacam o impacto traumático gerado pela enfermidade como responsável por dividir a vida do sujeito entre um antes e depois do adoecimento (Winograd, Sollero-De-Campos,

Drummond, 2008; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2013; Klautau, Winograd, Sollero-De-Campos, 2016; Andrade, Winograd, 2018).

O aspecto traumático se revela, também, na sensação de desamparo descrita nos fatos clínicos, o qual foi um tema recorrente que apareceu, de forma singular, nas sessões de psicoterapia realizadas com os pacientes. A sensação ameaçadora de desamparo aparece nos relatos dos pacientes sob a forma de *impotência e perda de autonomia (Categoria 2),* conforme podemos verificar nos fatos clínicos abaixo.

Fato clínico 3 – Referindo-me aos sentimentos relacionados à doença, indago ao paciente: "*O que o senhor considera mais difícil*?", ele menciona que o que mais incomoda em relação ao diagnóstico é o fato de não conseguir mais realizar suas atividades como gostaria e verbaliza: "*O mais difícil é não poder fazer o que eu quero*. *Não consigo colocar um parafuso, pois perdi a sensibilidade dos dedos. Às vezes sei o defeito do carro e não posso consertar".* (Caso clínico 1)

Fato clínico 4 – Relata de forma emocionada "*Não aguento ver minha mulher fazendo as coisas, quando vejo todos trabalhando em casa quero ajudar, mas eles ficam preocupados".* Menciona que um dia desses pegou uma chave de fenda para arrumar o barulho no carro do filho, mas os filhos e o genro tentaram tirar a chave da sua mão à força, com o que se emociona. Nesse momento pergunto ao paciente: *"Como o senhor se sentiu?"* e ele afirma *"Fiquei mal com isso, mal comigo mesmo, sei que não devia ter sido teimoso, sei que fizeram isso por que gostam de mim, pra me proteger".* Digo-lhe, então, que é compreensível que ele se sinta mal, pois não tinha essas limitações antes da doença e que se trata de uma situação nova para ele e para sua família. Ele então continua: *"As pessoas falam que vão dirigir no meu lugar, sinto que não confiam em mim". "Dizem pra eu parar de dirigir, mas não fico bravo, pois sei que eles se preocupam e querem seu bem".* Então, aponto para o paciente que o que ele deseja é

continuar tendo sua autonomia e enfatizo: "*O senhor quer ser dono do seu nariz, não é*?". Ele responde "*é claro!".* (Caso clínico 1)

Em relação aos fatos clínicos 3 e 4 percebemos que a maneira de expressar as emoções, através dos fatos clínicos vivenciados no *setting*, revelou a repetição do fato (perda autonomia) e a intensidade (desproporcional) do afeto. Foi possível visualizar que o Parkinson não permitia que o paciente executasse as funções motoras como ele gostaria. Essa condição acarreta a perda de autonomia e faz com que o paciente veja sua vontade sendo impedida de ser realizada. Assim, há um descompasso entre o desejo do sujeito de ser ativo e um corpo biológico que passa a necessitar de auxílio, levando o paciente a se sentir desamparado. Esse contexto aponta para o conceito de desamparo descrito Freud (1925 [1926]/1996) 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. Sendo assim, o desamparo motor do ego encontra expressão no desamparo psíquico, uma vez que, a situação econômica será a mesma tanto diante de casos de dor como frente a um acúmulo de necessidades pulsionais que não encontram satisfação.

A angústia gerada pela situação traumática do adoecimento é relatada pelos pacientes como uma angústia de aniquilamento remetendo ao *medo da morte (Categoria 3),* o qual é expresso, de modo indireto em suas falas pela sensação de proximidade da finitude, receio frente à experiência de hospitalização e medo da dependência de cuidados envolvida no processo de envelhecimento, conforme verificamos nos fatos clínicos 5, 6 e 7.

Fato clínico 5 – Chega à sessão contando que seu familiar lhe pede para não guardar dinheiro e sim para usar o dinheiro consigo mesmo, pois senão eles (a família)

quem irão gastá-lo. Pergunto o que ele acha disso e ele responde "*Ele está certo! Ainda tenho vontade de fazer muita coisa. Fiz implante dos dentes, agora quero viajar".* Relata que precisa aproveitar a vida e recorda, como quem afirma para si mesmo, "*minha mãe morreu de Parkinson*". (Caso clínico 1)

Fato clínico 6 – O paciente menciona que já realizou quatro cirurgias de troca de baterias e que precisa ficar internado para efetuar o procedimento. Questiono ao paciente se ele sente medo e ele responde *"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 pontua "*Essa é fase mais difícil, quando precisa internar para trocar a bateria do aparelho. Sou ansioso e não consigo ficar parado*". (Caso clínico 2)

Fato clínico 7 – Verbaliza em determinada sessão que "*Envelhecer é difícil. Agora era o momento que eu deveria cuidar dos meus pais, mas sou eu quem está precisando de cuidados"*. Indago-lhe como ele se sente e ele diz "*Fico preocupado pensando em quem vai cuidar de mim na velhice quando meus pais morrerem. Fico triste e choro, tenho medo de ficar paralisado em uma cadeira de rodas. Tenho medo 'disso' [a doença] me 'travar'".* (Caso clínico 3)

Os fatos clínicos 5, 6 e 7 retratam experiências subjetivas nas quais o caráter crônico e progressivo da doença suscita a iminência da morte desencadeando uma angústia que remete à castração e ao desamparo. Freud (1926 [1925]/1996) considera que o desamparo corresponderia ao protótipo da situação traumática geradora de angústia (automática) desencadeada pelas situações de perigo. Nesse caso, o perigo

externo é internalizado e passa a ser reconhecido como relativo a certa situação de desamparo já experimentada. Assim, o desamparo é ativado desde o nascimento e revivido em momentos de privação e separação da mãe e, posteriormente, a perda dos objetos — seio, voz, olhar e fezes, e mais detidamente, o falo. Nesse âmbito, Silva, Borba e Andrade (2020) destacam que a angústia de castração perpassa toda a vida do sujeito, sendo reativada pelas diversas outras perdas que fazem parte da existência, incluindo as limitações do corpo e a proximidade da morte que, por serem reais, intensificam essas angústias**.**

É interessante notarmos, ainda, que uma das características do Parkinson é a oscilação dos sintomas, de modo que, mesmo quando o paciente apresenta uma boa resposta ao tratamento medicamentoso, não é possível obter uma previsibilidade total em relação ao momento em que os sintomas poderão se manifestar. Em certas falas notamos as situações de *perda de controle decorrente da imprevisibilidade (Categoria 4)* da manifestação dos sintomas físicos da doença que, em casos mais graves, foram acompanhados de níveis elevados de ansiedade – semelhantes a uma crise de ansiedade. O momento da crise pode ser compreendido como uma situação de perda total do controle, de si e do outro, que coloca o paciente em uma situação ameaçadora de desamparo, provocando um medo exacerbado. Essas experiências emocionais foram, respectivamente, expressas nos fatos clínicos 8, 9 e 10.

Fato clínico 8 – Pergunto 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. A doença é progressiva, não pode marcar um compromisso, pois não sabe se estará bem no dia. Tem dia que tudo piora devido às dores no corpo*". Pontuo ao paciente a sensação

manifesta: "*É muito imprevisível?".* Ele concorda, balançando afirmativamente a cabeça (Caso clínico 2)

Fato clínico 9 – Relata sobre uma determinada ocasião de almoço em família o sofrimento relacionado por não poder realizar as atividades no tempo e da forma como gostaria: "*Não gosto de ficar parado. Nem de esperar os outros fazerem, gosto de 'eu' fazer. Eu não fui no almoço de Páscoa por que passei mal, me 'deu' ânsia de vômito. Eu fico muito ansioso e não consigo esperar, aí passei mal e já não quis mais ir, não queria dar trabalho. Então desabei a chorar, passei o domingo em casa chorando, me perguntando por que comigo, sei que a doença pode piorar e que não quero dar trabalho".* Assinalo ao paciente sobre sua sensação de perda de controle e lhe indago se ele havia expressado como se sentia aos familiares, o paciente responde: "*não gosto de brigar e acabei não falando*". (Caso clínico 3)

Fato clínico 10 – "*Quando estou sob o efeito do remédio e os sintomas melhoram consigo fazer o serviço de casa. Parece que não tenho nada, até eles voltarem. Mas agora os remédios estão demorando mais para fazer efeito. Na hora da crise sinto que ninguém pode fazer nada por mim. É muito difícil, fico muito nervoso. Quando estou em casa, deito e espero a crise passar. Mas é difícil me acalmar".* Digo-lhe, então, que é normal que se sinta assim e, além de apresentar estratégias de alívio de ansiedade para lhe auxiliar nesse momento, intervenho levando-o a refletir durante a crise que "*ela tem hora para acabar*". (Caso clínico 3)

Em específico aos fatos clínicos 9 e 10 a imprevisibilidade dos sintomas acarreta uma sensação de perda de controle, tal qual um susto, uma forma de desamparo, que se manifesta por crises de angústias, como resultado da impossibilidade de elaboração psíquica por parte do ego. Essa condição traumática aponta para a semelhança com o quadro de neurose de angústia descrita por Freud (1898/1996) cuja manifestação da

angústia (automática) é decorrente do acúmulo de excitação somática, de natureza sexual que, não sendo descarregada por uma ação psíquica específica, se transforma em reações somáticas, podendo apresentar sintomas como: arritmia cardíaca, dispneia, distúrbios gastrointestinais, irritabilidade, expectativa ansiosa, congestões, sudorese, ataques de tremores e calafrios, ataques de medo com paralisia motora, parestesias, sensação de desfalecimento, vertigem locomotora, etc.

Cabe retomarmos que a transição do conceito de trauma no pensamento freudiano passa por reformulações, sendo uma delas relacionada às reações emocionais observadas nas neuroses de guerra, no qual os pacientes se comportavam como se a situação traumática ainda existisse, produzindo os sintomas a partir de uma compulsão à repetição da experiência. Nesse contexto, o trauma passa a ser entendido por Freud (1917 [1916-1917]/1996) como uma experiência (externa) que, em pouco tempo, desencadeia um afluxo de excitações (internas) excessivamente intensas em relação à capacidade de elaboração do aparelho psíquico. Essa ideia posteriormente dá origem ao novo modelo proposto por Freud (1920/1996) – onde a condição traumática passa a equivaler ao despreparo do aparelho psíquico frente ao ataque pulsional – e considera o traumático tomado como a própria pulsão de morte que, então, transgride os limites do ego. É justamente esse modelo do traumático, compreendido como um acúmulo de excitação difícil de ser suportado pelo psiquismo, que se assemelha ao quadro de neurose de angústia – a neurose dita atual. Portanto, a questão central para Freud (1926 [1925]/1996) é a angústia que, em última instância, sinaliza esse momento traumático representado por uma condição de desamparo originário frente ao irrepresentável de pulsão, mobilizando o acionamento de mecanismos de defesas.

Ademais, percebemos que em determinados momentos a sensação ameaçadora de desamparo aparece relacionada à falta de apoio que perpassa a relação com as outras

pessoas. Essa condição é permeada pela *dificuldade para estabelecer vínculos afetivos e pelo receio em expor seus sentimentos (Categoria 5)* que se manifestam por sensações de desesperança, abandono e solidão, conforme observamos nos fatos clínicos descritos a seguir.

Fato clínico 11 – Em meio ao silenciamento que marcava os encontros, em certa sessão, resolvo indagar ao paciente: "*O que o senhor acha da Psicologia*?". Claro que minha 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 minha surpresa, o paciente me responde: "*É difícil ajudar, pois é uma doença muito feia, e que só piora.* (Caso clínico 2)

Fato clínico 12 – Conta que não foi a uma determinada festa, pois não tinha quem o levasse. Pergunto se não ficou chateado, ele responde que não, pois precisa entender. Digo-lhe que é normal nos sentirmos tristes e frustrados e que podemos nos expressar, e lhe aponto que percebo que ele acaba guardando as emoções, não entrando em contato com elas, criando, assim, uma imagem que está bem e não deixa as pessoas o ajudarem. O paciente concorda dizendo que sabe que isso é ruim, porém afirma: "*Eu me cobro muito, sempre fui assim, tento ser forte para minha família. Não gosto de dar trabalho. Às vezes fico triste, mas não deixo me abater, não posso me entregar. O problema é que crio expectativas muito altas e quando alguma 'coisinha' não 'dá certo' já desabo. Sou 'igual uma rocha, que quando quebra se estilhaça'".* (Caso clínico 3)

Fato clínico 13 – Relata de forma emocionada sobre um filme em que o dono do cachorro morre e ele (o cachorro) fica na estação esperando ele voltar: *"Os animais são*

o melhor amigo do homem, são fiéis, meus cachorros ficam felizes quando eu chego". Pergunto ao paciente se ele acha que os animais são melhores companhias que as pessoas, ele confirma*: "Muitas vezes sim!".* (Caso clínico 3)

Os fatos clínicos 11, 12 e 13 demonstram que a condição de desamparo desencadeada pelas dificuldades motoras coloca os pacientes sem recursos diante do outro, acarretando sensações de abandono e solidão. Conforme Lacan (1949/1998) o desamparo motor da criança inspira a necessidade de cuidados o que a coloca em uma condição primitiva na qual se encontra desprovida de recursos e sem garantias de que irá realizar a ligação com o Outro materno. Menezes (2012) ressalta que o termo desamparo pressupõe a existência do outro e, portanto, implica proteção, auxílio e socorro. Assim, estar desamparado (des-sem + amparo), isto é, privado de amparo, remete a uma condição de abandono, solidão e esquecimento. Nesse sentido, o amparo é o que sustenta – a mãe, sendo a separação dela fundamental para fazer emergir o sujeito, mostrando a importância do desamparo como separador do Outro primordial e constituição como sujeito.

Diante do exposto, destacamos que o adoecimento por Parkinson se configura como um importante sofrimento psíquico que se assemelha a uma experiência traumática. Compreendemos, que se trata de uma situação limite que se apresenta de forma disruptiva na vida do sujeito, acarretando imprevisibilidades e uma angústia ameaçadora. Diante dessas situações, está em jogo uma angústia automática que corresponde ao traumático da pulsão de morte e sempre remete a uma condição de desamparo originário. Portanto, é contra esse desamparo originário que o aparelho psíquico busca, constantemente, se proteger acionando os mecanismos de defesa – por vezes primitivos – para evitar uma desintegração psíquica. No processo de elaboração do luto que se segue, há a mobilização das defesas psíquicas atreladas aos aspectos

psicodinâmicos da personalidade do sujeito, conforme veremos na próxima seção deste capítulo.

Cabe mencionarmos, ainda, que essa condição de desamparo originário – o traumático da pulsão de morte – que é encontrada no adoecimento por Parkinson, apresenta características clínicas que encontram correspondência em certos quadros clínicos diagnósticos psiquiátricos, como é o caso do transtorno do pânico[14] e do transtorno de estresse pós-traumático[15]. Sendo assim, apresentaremos agora uma breve discussão sobre o olhar da psiquiatria e o olhar da psicanálise acerca do que no geral se entende dessas condições de essência traumática.

Nesse quesito, Ribeiro (2009) destaca que as crises de angústia presentes no quadro de neurose de angústia descrito anteriormente por Freud (1898/1996), atualizam-se hoje nos quadros de transtornos de pânico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, atualmente na 5ª edição

[14] O transtorno de pânico é definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, atualmente na 5ª edição (DSM-5) (APA, 2014) como ataques de pânico inesperados recorrentes para o qual não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência – ou seja, o ataque parece vir do nada, como quando o indivíduo está relaxando ou emergindo do sono. Um ataque de pânico possui como característica um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem sintomas físicos e cognitivos, tais como palpitações, coração acelerado, taquicardia, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, calafrios ou ondas de calor, parestesias (anestesia ou sensações de formigamento), desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo), medo de perder o controle ou "enlouquecer", medo de morrer. Esses sintomas podem ser acompanhados por apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "enlouquecer"), não sendo a perturbação consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).

[15] O transtorno de estresse pós-traumático é definido pelo DSM-5 (APA, 2014) como o desenvolvimento de sintomas característicos que ocorrem após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. A sintomatologia apresentada envolve a revivência do evento traumático que pode ocorrer por lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento, mas também pela ocorrência de sonhos angustiantes que repetem o evento em si ou são representativos ou relacionados tematicamente às ameaças principais envolvidas no evento traumático. Além disso, outros sintomas como alterações de humor (anedonia ou disforia), cognitivas negativas e sintomas dissociativos também podem estar presentes.

(DSM-5) (APA, 2014). Conforme a autora, embora não falemos mais em neurose de angústia, escutamos e recebemos no contexto da clínica os diagnósticos de transtornos de pânico. No entanto, ambos os quadros clínicos, evidenciam, em última instância, a falência do funcionamento psíquico não só como uma descarga pulsional, mas, muito mais, como uma reação desesperada do sujeito diante da condição de desamparo radical do existir, sendo assolado pela invasão do real da pulsão, que não encontra elaboração simbólica.

Em relação ao transtorno de estresse pós-traumático, Meshulam-Werebe, Andrade e Delouya (2003) ressaltam que se trata de um diagnóstico que não tem, necessariamente, como causa um dano físico, sendo proveniente da emoção e do susto provocados por situações estressoras de natureza ameaçadora. Nesse sentido, é um diagnóstico que também apresenta em seu cerne um sentimento de medo intenso, impotência e desamparo. Conforme os autores, a visão psicanalítica clássica compreende esse transtorno como um tipo de reação narcisista de cunho neurótico, de modo que, qualquer experiência que possa provocar emoções aflitivas, como susto, vergonha ou dor física, pode atuar como trauma dessa natureza, dependendo da susceptibilidade da pessoa afetada. Assim, o traumatismo remete à ideia de uma ruptura de continuidade, como uma suspensão da vida emocional, na qual o traumático – aquilo que não é representado ou é insuficientemente representado – não pode ser ligado e integrado nos sistemas. Essa experiência que escapa a de toda a subjetivação, não havendo palavras para descrevê-la, afeta sempre o equilíbrio narcisista do ego.

Por fim, destacamos conforme Bocchi (2018) que a visão psiquiátrica dos transtornos mentais está pautada nas classificações dos manuais diagnósticos que centra seu foco de interesse no sintoma e na forma como corrigi-lo (tratando e medicando) e, deste modo, desconsidera a natureza subjetiva, singular e vivencial do adoecimento

psíquico. Nesse quesito, Ribeiro (2009) defende que a psicanálise, diferenciando-se da psiquiatria organicista, trouxe à tona a subjetividade desse indivíduo acometido pelos seus sintomas, como por exemplo, os ataques de angústia. Como efeito, o reconhecimento da existência do desejo inconsciente e os seus desdobramentos nas manifestações da pulsão de morte se tornaram evidências mais importantes para a clínica psicanalítica, em detrimento das considerações orgânicas.

7.3 Eixo 2 – O luto no Parkinson

Esse eixo temático descreve e analisa os fatos clínicos representativos das perdas funcionais e de autoimagem que foram vivenciadas pelos pacientes do estudo, tendo como foco os processos de luto e os mecanismos de defesa envolvidos.

Os fatos clínicos descritos a seguir buscam enfatizar os momentos em que as perdas funcionais e de autoimagem são mencionadas pelos pacientes, marcando uma *ruptura biográfica traumática (Categoria 6)* entre um antes e depois do adoecimento e permeadas por sensações de perda de liberdade, mudança do estilo de vida e mecanismos de defesa.

Fato clínico 14 – Em certa sessão relata "*Ainda é muito difícil aceitar a doença. Antes eu fazia de tudo. Agora perdi minha liberdade, fui morar com meus pais, isso é o mais difícil. Você sabe, não é a mesma coisa. Gostaria de ter outro cachorro, mas não acho certo prender".* Pergunto-lhe, então, se com a doença ele sente mais preso, no que ele responde: "*De certa forma sim, pois antes morava sozinho e fazia tudo. Hoje se precisar sair tenho que levar alguém junto. Parece que estão me vigiando*". (Caso clínico 3)

Fato clínico 15 – Começa a sessão dizendo que sente saudades da cidade em que morava antes, mas que não retornou mais para aquela região e, então, comenta ”*Não tenho vontade de sair. Sinto vergonha dos meus amigos me verem assim. Antes da doença gostava de sair e namorar, mas depois da doença estou levando uma vida mais pacata”.* Digo-lhe então: “*É como se você fosse outra pessoa?”,* no que ele responde que sim. (Caso clínico 3)

Fato clínico 16 – Repete emocionado a história de sua vida durante a sessão *“Lembro da minha vida desde os oito anos de idade. Quando tinha doze anos meu pai me tirou da escola para trabalhar na lavoura de algodão. Quando me casei, me mudei para outra cidade, sem emprego, mas logo arrumei trabalho. Trabalhei como vendedor e depois comecei a trabalhar com carros. Ganhei muito dinheiro. Meu chefe me adorava. Muita gente gosta de mim, porque eu só faço o bem. Então, eu não era assim. Antes eu fazia de tudo em casa agora, não consigo nem abotoar um botão”.* Clarifico para o paciente que ele havia descrito duas pessoas diferentes e que a pessoa do passado parecia ser percebida por ele como perfeita, no que ele concorda dizendo que é assim que se sentia quando não estava doente. (Caso clínico 1)

Para refletirmos acerca do luto, retomamos a definição apresentada por Freud (1917 [1915]/1996) que o caracteriza como uma reação à perda de um determinado objeto – real ou imaginário – e que envolve um trabalho psíquico de redistribuição da libido investida nesse objeto perdido. Os processos de luto na doença de Parkinson apresentam especificidades que implicam a dimensão narcísica envolvendo um abalo da estrutura egoica e seus objetos (Ex.: funcionalidade, liberdade, estilo de vida, autoimagem, etc.). Os fatos clínicos 14, 15 e 16 ilustram como sequelas neurológicas abalam a imagem do corpo e do esquema corporal que sustentam o narcisismo primário. Essas alterações acarretam um dano à autoimagem desses pacientes, fazendo com que

eles vivenciem, de forma traumática, a perda de uma imagem idealizada que possuem de si. Portanto, trata-se não só da perda de um corpo saudável que ficou no passado, mas de tudo que essa perda implica, incluindo a própria imagem de "eu" tal qual se reconheciam anteriormente.

Nessa perspectiva, retomamos que para Lacan (1966/1998) a noção de narcisismo deve ser considerada como a relação imaginária central para a relação inter-humana. O autor destaca que o eu se constrói a partir da imagem que lhe é devolvida pelos cuidados parentais que medeiam a função materna, sendo no registro imaginário, que a constituição do sujeito se dá na formação da imagem do corpo próprio a partir do outro – um semelhante, destacando-se a importância da alteridade para o reconhecimento de si (Cukiert; Priszkulnik, 2002). O fato clínico 15, em particular, ilustra como as sequelas do Parkinson e mudanças no estilo de vida impossibilitaram que o paciente alcançasse um reconhecimento de si mesmo ao nível imaginário e especular na dinâmica relacional narcísica com o outro, marcando sua dificuldade de investimento e sustentação de novas relações. Nesse caso, a falta de reconhecimento de si, na relação com o outro, parece ter acentuado sua dificuldade para o estabelecimento de vínculos, contribuindo para o aumento dos sintomas psíquicos acionados pela sua condição física.

No que concerne à elaboração do luto, este é considerado possível após o sujeito trazer à consciência as recordações ligadas ao objeto perdido, promovendo, um progressivo desligamento libidinal deste objeto, para que, ao final deste processo, novos objetos possam ser novamente investidos de libido (Andrade; Winograd, 2018). Dessa maneira, o trabalho do luto consiste em recuperar o objeto perdido no plano imaginário ou simbólico e assim proporcionar uma assimilação simbólica dessa perda (Kristeva, 1987). Os fatos clínicos 14, 15 e 16 ilustram as falas representativas da tentativa de

elaboração do luto e assimilação simbólica da perda da representação de si anteriormente ao adoecimento, as quais são retratadas pelas recordações do estilo de vida perdido – que se possuía “antes” da doença – e da vida que se possui agora, “depois” da doença. Esse fatos clínicos corroboram a pesquisa desenvolvida por Gascón et al. (2013) que destaca o caráter degenerativo da doença neurológica e salienta que o trabalho de luto de pacientes com uma doença neurológica progressiva envolve a perda de uma representação de si anterior à transformação do corpo acometido pela doença em algo estranho e indesejável.

Destacamos que a elaboração do luto no Parkinson possui um caráter multifatorial envolvendo as dimensões traumática, narcísica e funcional. O luto pela perda da autoimagem e das funções do ego está associado ao caráter degenerativo da doença e, nesse sentido, ocorre de forma mais drástica e impactante, tornando os processos de luto mais difíceis. Com efeito, as excitações se tornam excessivas ao processo de elaboração do psiquismo, gerando uma angústia ameaçadora que leva ao acionamento de mecanismos de defesas. Nesse sentido, o processo de luto no Parkinson decorre de um impacto traumático, caracterizado por essa condição de desamparo. Embora, de modo geral, o luto aconteça a partir das características psicodinâmicas da personalidade, responsáveis por ativar qualidades de angústia e mecanismos de defesa próprios da organização psíquica do sujeito, a principal questão no Parkinson aponta para a utilização de defesas psíquicas – muitas vezes primitivas – que buscam defender o psiquismo desse traumático da pulsão de morte. Veremos a seguir os mecanismos de defesa envolvidos nessa condição, dentre os quais se destaca a idealização da imagem de si, mas também, o luto antecipatório, a inibição e isolamento afetivos, assim como, a condensação e deslocamento simbólico.

A cisão do ego é definida por Freud (1940[1938]/1996) como uma defesa que envolve a recusa de uma percepção dolorosa ou aterrorizadora, que cinde o ego, impedindo-lhe a comunicação entre suas partes cindidas, de modo que, uma parte do ego reconhece o dado de realidade e a outra parte do ego o recusa. O caso clínico 1, ilustrado pelo fato clínico 16 demonstra que diante do excesso de energia gerador da angústia ameaçadora ocorre uma cisão do ego entre a parte saudável e não saudável, em que uma se colocando em oposição à outra, marcando uma ruptura entre o antes e depois do adoecimento que se manifesta pela dificuldade em entrar em contato emocional com a vida atual. Embora seja uma defesa muito observada em estruturas de personalidade primitivas, como psicoses e perversões, ela aparece no discurso desse paciente associada a outros mecanismos de defesa, conforme veremos abaixo.

Além disso, a impossibilidade de entrar em contato emocional com as dificuldades físicas e emocionais da vida atual pode, em certos casos, corresponder ao mecanismo de recusa da realidade psíquica considerada ameaçadora. Essa característica está presente em processos de defesas maníacas que, segundo Klein (1935/1996; 1940/1996), envolvem, além da cisão, a negação da perda ameaçadora e o mecanismo de idealização. Essa condição é notada no caso clínico 1 e ilustrada no fato clínico 16, no qual, além da divisão entre a vida atual e a vida passada, o paciente evita entrar em contato com as vicissitudes do adoecimento e a vida saudável ‘perdida’ passa a ser vista de forma idealizada dotada de todas as qualidades e elevada a um grau de perfeição. Dessa forma, ocorre uma cisão do ego cujo investimento libidinal retroage para uma representação de si idealizada do passado, culminando, portanto, na *defesa psíquica da idealização (Categoria 7).*

A *inibição depressiva marcada pelo silenciamento (Categoria 8)* também foi um mecanismo de defesa encontrado nas expressões subjetivas do caso clínico 2, marcadas

por silenciamentos dentro e fora do *setting* psicoterapêutico. Para Freud (1926 [1925]/1996) a inibição depressiva afasta o conteúdo angustiante e ameaçador do psiquismo, culminando na redução das funções do ego e gerando prostração e retraimento. Conforme ilustrado abaixo pelo fato clínico 17, a inibição impede o deslocamento da libido dificultando o investimento na fala que tornaria possível a elaboração dos afetos, tal condição acarreta uma posição de distanciamento afetivo em relação ao próprio desejo, fazendo o paciente adotar uma postura inibida e silenciosa.

Fato clínico 17 – Procuro 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. Me sinto constrangido de falar e não ser compreendido e ter que repetir. Fico com raiva quando falo e as pessoas não entendem*" (Caso clínico 2).

Ainda em relação ao caso clínico 2, notamos a presença do *luto antecipatório enquanto defesa psíquica (Categoria 9)*, o qual se manifestou pelo planejamento de vida e pela inibição da fala que se circunscreveram em torno de uma possível antecipação de complicações da doença. Para Freud (1916 [1915]/1996) a perda iminente de um objeto pode levar a uma antecipação do luto, caracterizada como uma reação psíquica defensiva desencadeada pela previsibilidade de morte desse objeto. Assim, a vivência do luto antecipatório se manifesta como uma defesa psíquica frente à angústia de castração que recai na ameaça à integridade e à vida, conforme ilustrado nos fatos clínicos 18 e 19 a seguir.

Fato clínico 18 – Em determinado encontro o paciente menciona sobre os planos que tinha em relação ao futuro de se mudar para uma casa maior com a família e relata:

"*Estou construindo uma casa maior para morar com minha família. Minha filha está construindo uma casa do lado da minha, para morar com o marido e me ajudar*". Além disso, o paciente também comenta que mantinha guardado o andador que comprou para utilizar futuramente quando os sintomas da doença piorassem. Indago ao paciente se ele percebe que está se preparando para o futuro, ele responde que sim (Caso clínico 2)

Fato clínico 19 – Realizo um *feedback* à esposa sobre o estado de depressividade do paciente o que, de certo modo, justificava sua postura silenciosa e inibida, e explico que se tratava de um processo de elaboração que decorreria de acordo com sua singularidade e subjetividade. A esposa, por sua vez, relata: "*Acho que ele parou de falar porque o médico disse que com o tempo a doença ia avançar e ele iria parar de falar*", confirmando a impressão da terapeuta (Caso clínico 2)

Cabe mencionarmos, ainda, que a dificuldade de elaboração psíquica dos processos de luto com mecanismos de defesas associados resultando na dificuldade na aceitação da condição física, corroboram o trabalho desenvolvido por Kübler-Ross (1969/2008) que identificou ansiedades e defesas e as agrupou nos estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, os quais são vivenciados por pacientes terminais diante do prenúncio de sua morte, mas que podem ser utilizados diante de qualquer perda vivenciada que indique a necessidade de elaboração do luto. No que concerne à antecipação do luto, esta é considerada por Castro-Arantes (2016) semelhante à preparação para as perdas iminentes que ocorrem no estágio de depressão de Kübler-Ross (1969/2008). Nesse sentido, pode ser importante no sentido de corresponder a uma antecipação para as perdas reais anunciadas, assemelhando-se à depressão preparatória. Assim, essa mobilização vivenciada pelo caso clínico 2 e ilustrada nos fatos clínicos 18 e 19 corresponderia à etapa depressiva do luto, sendo marcada por um trabalho silencioso de elaboração que visa prepará-lo para as perdas iminentes.

Além disso, foi possível notarmos a existência dos mecanismos de defesa de *inibição e isolamento afetivo, condensação e deslocamento simbólico (Categoria 10)*, presentes, respectivamente, nos fatos clínicos 12 e 13 do caso clínico 3, os quais foram mencionados anteriormente (Eixo 1 – O trauma e o Parkinson). O isolamento é descrito por Freud (1926 [1925]/1996) como a privação do afeto relacionado à experiência traumática e a interrupção de suas cadeias associativas, podendo, também, estar relacionado às defesas de deslocamento e condensação. O fato clínico 12 ilustra a dificuldade do paciente em entrar em contato emocional com a experiência de adoecimento, demonstrando, assim como ele se defende inibindo e isolando o afeto da representação ligada à experiência traumatizante do adoecimento, Desse modo, o adoecimento aparece em seu relato como se estivesse isolada de sua carga afetiva trazendo como efeito o reforço de uma autoimagem de pessoa forte como uma "*rocha*". O Fato clínico 13 demonstra como a carga afetiva da experiência do adoecimento relacionada à demanda de apoio se desloca, condensando-se na figura do cachorro que simboliza os conflitos da doença envolvendo os sentimentos de solidão e abandono. Nesse caso, a carga emotiva é visualizada no relato emocionado sobre a vida de um cachorro que é compreendida pelo paciente "*o melhor amigo do homem*".

Ressaltamos que, ao longo do tratamento – conforme demonstram os fatos clínicos 12, 16 e 17 – foram realizadas intervenções no sentido de nomear as defesas e resistências apresentadas pelos pacientes e substituí-las por defesas mais adaptativas. Essas intervenções vão ao encontro do que afirma Freud (1914/1996b) em "Recordar, repetir e elaborar" o analista deve revelar – nomear – as resistências ao paciente e fornecer tempo para que elas sejam elaboradas e superadas. De modo específico tais intervenções corroboram a utilização da técnica da psicoterapia psicodinâmica breve na qual, conforme destaca Lemgruber (2008), a confrontação e clarificação são táticas

utilizadas em relação a defesas mal adaptadas para que o paciente possa identificá-las e, posteriormente, abrir mão delas ou substituí-las por outras mais saudáveis, sendo, também, os silêncios são desencorajados e interpretados como resistência.

Assim, os fatos clínicos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19 acima descritos corroboram nossa hipótese psicodinâmica inicialmente apresentada de que as sucessivas e progressivas perdas envolvidas na doença de Parkinson costumam ser marcadas por sensações de estranhamento, desamparo e alterações no reconhecimento de si, as quais tendem a ser vivenciadas de forma tão intensa e traumática que exigirão um difícil trabalho de luto. Este, se impedido de se realizar, pode ocasionar saídas inibitórias e dissociativas do ego, próximas de quadros depressivos e melancólicos. Esses achados destacam a utilização de defesas psíquicas pelos pacientes neurológicos frente ao adoecimento por Parkinson apontando para uma dificuldade na elaboração dos processos de luto.

Por fim, ressaltamos que os fatos clínicos descritos nesta seção corroboram a literatura psicanalítica específica sobre os sofrimentos narcísicos relacionados aos adoecimentos neurológicos e quadros relacionados a doenças progressivas – como o envelhecimento, as dificuldades no processo de elaboração dos lutos e a utilização de defesas primitivas como recurso de enfrentamento diante dessas situações, conforme pretendemos apresentar e discutir a seguir.

No que concerne ao impacto no narcisismo do sujeito com quadro neurológico, mencionamos o estudo clínico-psicanalítico desenvolvido por Klautau, Winograd, Sollero-de-Campos (2013) que visou investigar as formas de organização do eu diante do atravessamento de situações traumáticas em uma paciente jovem com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE). O estudo demonstra que o corpo magro que a paciente

possuía antes do TCE estava atrelado aos aspectos subjetivos de desejo e de admiração relacionados à sua imagem corporal e que possibilitava a estruturação da coesão do seu ego. Os resultados demonstram que os danos neurológicos ocasionam um sentimento de perda do reconhecimento de si, que rompe a camada protetora e, consequentemente, os contornos do ego, comprometendo a integração. As autoras defendem que conforme a extensão das sequelas do adoecimento neurológico e a estruturação psíquica, torna-se frequente a utilização de defesas primárias, como a compulsividade alimentar observada nesse caso para dar consistência ao sentimento de si.

Na mesma vertente, estudo clínico-psicanalítico desenvolvido por Klautau, Winograd, Sollero-de-Campos (2016) destaca a presença de sofrimentos narcísicos de um paciente após ter sofrido dois Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE). O estudo demonstra que esse sofrimento está associado a uma ameaça no sentimento identitário pautada pelo sentimento de perda de uma parte de si e pela dificuldade do reconhecimento de si no plano imaginário e simbólico. As autoras reforçam que, nesses quadros, é possível observar falhas na constituição dos contornos do ego que, diante da sensação de perda, podem suscitar uma angústia de aniquilamento, intensificando zonas psíquicas não integradas. A consequência disso é que os recursos para a elaboração psíquica são roubados, sendo convocada, nesse caso, a compulsão à repetição como mecanismo de defesa, o qual aparecia expresso em atos em torno da ideia de voltar a ser como antes fazendo, por conta disso, com que ultrapassasse seus limites.

Em complemento, pesquisa teórica psicanalítica de Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008) aponta como feridas narcísicas da lesão neurológica o não-reconhecimento de si ao nível imaginário e especular decorrente das modificações corporais e as alterações da imagem de si no âmbito social envolvendo a perda dos lugares e papéis profissionais e familiares. As autoras destacam que os pacientes

neurológicos apresentam um risco permanente de perda de sua identidade subjetiva que se potencializa pela dificuldade que possuem no estabelecimento de relações intersubjetivas. Nesse sentido, há uma dificuldade para estabelecer vínculos com os outros e com o mundo que os cercam, sendo fundamental a necessidade de re-socialização.

Por sua vez, pesquisa psicanalítica teórico-clínica desenvolvida por Andrade e Winograd (2018), destaca o impacto traumático vivenciado nas doenças neurológicas – agudas ou degenerativas – como responsável por abalar a estabilidade das representações que o sujeito possuía acerca de si mesmo que asseguravam sua coesão egoica, levando-o a experimentar uma fragilidade do sentimento de integridade narcísica. Conforme já mencionamos anteriormente, a ruptura da antiga representação exige um árduo trabalho de elaboração psíquica da experiência de perda, contudo o trabalho de luto fica impedido de se realizar, culminando em quadro semelhante à melancolia. Com isso, há um corte violento no ego que desfaz a imagem de si decorrendo daí uma regressão da libido a uma representação idealizada de si no passado. Nesse processo, destaca-se como mecanismos de defesa a cisão, regressão e idealização.

Em consonância, Chérix e Coelho Júnior (2018) salientam em seu estudo teórico psicanalítico que diante de alterações de natureza progressiva, como a cronificação dos lutos no processo de envelhecimento, o aparelho psíquico ficaria sobrecarregado de afetos durante o processo de luto, atingindo um limite em que não pode mais dar conta do desligamento da libido dos objetos, opta por uma regressão utilizando-se da cisão do ego, tal qual ocorre na melancolia, para se defender do excesso de energia e encontrar um funcionamento psíquico saudável.

Esses estudos indicam modos de funcionamento psicodinâmicos por meio de processos de elaboração dos lutos e o acionamento de defesas psíquicas primitivas que são mobilizadas diante do impacto traumático no narcisismo dos sujeitos acometidos por doenças neurológicas ou quadros progressivos correlacionados, os quais se aproximam dos resultados encontrados nesta pesquisa.

7.4 Eixo 3 – A relação transferencial-contratransferencial

Esse eixo temático apresenta e discute os fatos clínicos psicanalíticos relacionados aos fenômenos transferenciais e contratransferenciais vivenciados no *setting* psicoterapêutico durante os atendimentos psicológicos.

Fato clínico 20 – O paciente chega à determinada sessão dizendo que ficou pensando a semana toda em me perguntar se eu gostaria de escrever um livro sobre sua história. Afirma que ele poderia narrar toda sua vida e que eu poderia gravar para depois escrever um livro. Entrega-me, então, o esboço de uma carta escrita em primeira pessoa e de próprio punho contendo informações de sua vida. E passa a ler a carta. Nessa ocasião, aproveito para realizar o convite para a participação na pesquisa, no que ele imediatamente aceita (Caso clínico 1).

Fato clínico 21 – Em certa sessão faço menção ao convite para a pesquisa de doutorado, sendo este aceito prontamente pelo paciente. O paciente, então, estabelece uma comparação entre a psicoterapeuta e sua filha, dizendo "*Minha filha também faz doutorado*" (Caso clínico 2).

Fato clínico 22 – Em uma determinada sessão inicial o paciente buscava responder o que achava que eu gostaria de ouvir, sempre usava uma linguagem formal e buscava sentar-se 'corretamente'. O paciente aparenta certa 'inquietação' e questiona se

já havia ‘dado’ o horário da sessão insinuando implicitamente o desejo de encerrá-la. Essa situação gera desconforto e angústia na psicoterapeuta que se sente na obrigação de encerrar a sessão mais cedo. Diante desse desconforto, digo ao paciente que ele parece desconfortável diante da psicoterapia e lhe indago se ele deseja ir embora. Ele nega, respondendo que “*apenas estava cansado*”. Resolvo, então, mudar minha postura, buscando ser menos formal (Caso clínico 3).

Fato clínico 23 – O paciente relata que ainda dirige seu carro. Manifesto meu receio por ele estar, de alguma forma, se colocando em alguma situação de risco ao dirigir seu carro. Nesse contexto, pergunto ao paciente “*mas o Senhor não tem medo de estar dirigindo e acontecer algum acidente?”.* O paciente responde que não, justificando que dirige devagar e vai apenas a alguns lugares dentro da cidade, somente quando não tem ninguém para ir em seu lugar e afirma “*tenho medo de estar dirigindo e alguém dar uma pancada, por que dirijo devagar, mas não tenho medo de dirigir*” (Caso clínico 1).

Fato clínico 24 – Ao mesmo tempo em que o paciente manifestava seu desejo de falar, no decorrer das sessões, apresentava postura silenciosa e permanecia praticamente calado, sem conversar, dando a impressão de estar entristecido, gerando impotência na psicoterapeuta (Caso clínico 2).

Freud (1917 [1916-1917]/1996) considerou que a relação transferencial se configura quando o paciente passa a demonstrar especial interesse pela figura do analista, sendo este interesse, muitas vezes, maior do que suas próprias questões. Em “A Dinâmica da Transferência” Freud (1912/1996a) afirma que a transferência pode surgir como um afeto semelhante ao protótipo de figuras parentais ou fraternais que é direcionado à figura do analista, podendo se estabelecer por ideias conscientes ou

inconscientes. A transferência positiva está relacionada ao deslocamento de sentimentos amistoso ou afetuoso – impulsos eróticos sublimados – admissíveis à consciência, com prolongamento no inconsciente, assemelhando-se às relações de simpatia, amizade e confiança, sendo, nesse caso, considerada motor ao tratamento.

Os fatos clínicos 20 e 21 se configuram como manifestações subjetivas do campo transferencial ocorridos no *setting* psicoterapêutico. O conteúdo emocional verificado nesses fatos se refere a sentimentos amistosos que, certamente, favoreceram o tratamento psicoterápico, configurando-se como uma *transferência positiva (Categorias 11 e 12)*. Em relação ao fato clínico 20, observamos que o vínculo de confiança estabelecido com a psicóloga permite ao paciente formular e endereçar-lhe um pedido – uma demanda de amor – para registrar sua experiência em um livro – a tese – revelando seu desejo de ter sua história testemunhada e (re)significada (livro). Já em específico ao fato clínico 21 é possível notarmos uma clara comparação realizada pelo paciente entre a sua filha e a psicoterapeuta, marcando o deslocamento de um afeto semelhante a uma figura fraternal (a filha) que é direcionado à figura da analista. O paciente transfere à figura da psicóloga o afeto e cuidado da relação pai e filha, o que contribui para que o processo psicoterapêutico – e a pesquisa – transcorra de forma positiva.

Em contrapartida, a transferência negativa, de acordo com Freud (1912/1996a), reflete o deslocamento de sentimentos hostis que se escamoteiam por detrás dos afetuosos – embora possam coexistir mutuamente – marcando a ambivalência emocional. Para o autor, a transferência positiva erótica – derivada de impulsos sexuais não sublimados – e a transferência negativa configuram-se como aspectos de resistência ao tratamento. O conteúdo emocional verificado no fato clínico 22 carrega em si um sentimento implícito de vergonha, o qual influencia negativamente o estabelecimento de

vínculo na relação terapêutica, configurando-se como uma *transferência negativa (Categoria 13).* A resistência que se manifesta durante os atendimentos – sobretudo os iniciais – se configura com o desejo de urgência por parte do paciente de encerrar antecipadamente a sessão.

Vale lembrarmos que, na perspectiva da psicoterapia breve psicodinâmica, a transferência tem como ênfase a dimensão atual do sofrimento psíquico, não sendo, portanto, necessariamente relacionada aos conflitos infantis do passado. A neurose de transferência, por exemplo, não é estimulada e a transferência, em especial a negativa, deve ser interpretada no contexto da relação terapêutica e imediatamente remetida ao foco do tratamento, servindo como um elemento para que o paciente possa perceber a relação de seu sintoma atual com algum conflito inconsciente possivelmente identificado (Lemgruber, 2008). Nessa perspectiva, o manejo da relação transferencial tem como base a experiência emocional corretiva, a partir do qual é possível ao paciente produzir uma nova experiência emocional na relação com o terapeuta (Malan, 1981).

Sendo assim, destacamos que os fenômenos transferenciais ocorreram com uma intensidade menor do que o tratamento decorrente de uma análise convencional, não sendo estimulada a regressão de conflitos infantis. O tratamento psicoterápico apresentou como foco as emoções relacionadas ao adoecimento por Parkinson e ao processo de reabilitação, restringindo-se ao cuidado com a condição atual de saúde. O conteúdo emocional verificado no fato clínico 22 sugere que houve uma revivescência do sentimento de vergonha relacionado a alguma experiência emocional do passado que se atualizou na relação transferencial – agora sob o foco da doença – possibilitando ao paciente ressignificar a possibilidade de estabelecimento dos vínculos. Contudo, não foram realizadas interpretações transferenciais substanciais no decorrer do processo psicoterapêutico.

Em relação aos fenômenos contratransferenciais vivenciados no *setting* psicoterapêutico durante os atendimentos psicológicos, destacamos que o conceito de contratransferência é definido por Freud (1910/1996) em “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” como um fenômeno vinculado à transferência e que surge como resultado da influência do paciente. Essa definição engloba as reações emocionais inconscientes do analista frente aos afetos do paciente, sendo tais reações emocionais consideradas um obstáculo ao tratamento analítico e que como tal devem ser analisadas e controladas, conforme o autor, por meio da análise pessoal e postura de neutralidade e abstinência frente à transferência do paciente visando estimular a associação livre. Em "Observações sobre o amor transferencial" Freud (1915 [1914]/1996) complementa que a contratransferência pode ser um sinal de resistência na situação transferencial e uma das dificuldades para o manejo da transferência, uma vez que, o conteúdo inconsciente do analista pode provocar reações, também inconscientes, no paciente.

Apesar de considerar a resposta emocional do analista ao material inconsciente do paciente um obstáculo ao tratamento, em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” Freud (1912/1996b) não despreza a importância da comunicação inconsciente do paciente para o analista via transferência, ao contrário, destaca o inconsciente do analista como uma das principais ferramentas para a investigação do psiquismo do paciente. Para tanto, o analista deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, semelhante às ondas do aparelho telefônico, na direção do inconsciente transmissor do paciente a fim de, por meio de uma sintonia, reconstruir os conteúdos inconscientes que lhe são comunicados.

Desse modo, vale mencionarmos que a técnica psicanalítica clássica freudiana considerava a contratransferência um obstáculo ao tratamento analítico. Contudo, a psicanálise contemporânea das relações de objeto representada por Bion (1962/1994;

1963/1997; 1965/1991) e Winnicott (1979/1990) trouxe uma nova perspectiva, na qual o fenômeno da contratransferência apresenta um lugar importante na escuta e no manejo técnico-analítico, uma vez que, é por meio dela que a dimensão empática e intuitiva da escuta analítica se manifesta.

Nos termos da psicanálise contemporânea, recorremos à Bion (1962/1994) que amplia o conceito kleiniano de identificação projetiva para além de uma fantasia onipotente, entendendo-o como um meio de comunicação primordial na relação primitiva mãe-bebê e como ferramenta de uso na relação contratransferencial (Souza; Campos, 2014). Conforme destaca Melega (2011) apoiando-se nas ideias de Bion (1962/1994), a identificação projetiva possui a função de defesa psíquica proposta por Klein, que projeta para fora de si e para dentro do objeto partes indesejadas da personalidade, mas possui também a função de se comunicar inconscientemente com o objeto, causando-lhe um estado psíquico semelhante ao seu. Desse modo, o bebê projeta a parte perturbadora de sua personalidade na mãe, que, percebendo tais comunicações em seu inconsciente, recebe este conteúdo com sua capacidade continente e, organiza sensações e pensamentos, podendo devolvê-la de modo mais tolerável para que o bebê possa internalizar esses conteúdos.

Na mesma vertente, Winnicott (1979/1990) considera a importância de se realizar adaptações específicas da técnica no processo analítico dos pacientes que não obtiveram um ambiente suficientemente bom que gerasse confiança, no qual o verdadeiro *self* pudesse se constituir. Essas adaptações técnicas se assemelham à exigência feita à figura materna de perceber e adaptar-se às necessidades de seu bebê, denominada, pelo autor, de preocupação materna primária. A preocupação materna primária torna a mãe capaz de identificar-se com as necessidades do bebê, nutrindo sua onipotência ao apresentar a ele o que precisa e no momento em que precisa. O autor

defende que essa capacidade de perceber as necessidades do verdadeiro *self* faz-se necessária na prática clínica e torna-se possível a partir da instrumentalização da contratransferência do analista como uma forma de comunicação potencial, pois é a partir deste estado de sensibilidade, similar à "devoção" materna, que o analista poderá fornecer a sustentação (*holding*) necessária para o desenvolvimento de seu paciente (Souza; Campos, 2014).

Portanto, assim como a função materna diante das projeções do filho, na clínica o esperado é o analista servir de continente – ou *rêverie* – ao paciente, sendo esse componente da função materna um instrumento de simbolização da experiência emocional. Nesse contexto, o analista empresta sua função α ao processo analítico e, assim, ajuda o paciente a dispor de elementos apropriados para o pensamento, permitindo ser alvo das identificações projetivas massivas de elementos β – elementos sem distinção entre objeto psíquico e objeto inanimado – do paciente, para transformá-los em elementos α – elementos pensáveis (Bion, 1965/1991; Bion, 1963/1997).

O conteúdo emocional verificado nos fatos clínicos 22, 23 e 24 aponta para reações emocionais da psicóloga frente aos afetos manifestados pelos pacientes, os quais foram marcados, respectivamente, pela *angústia e desejo de encerramento do atendimento (Categoria 14),* pelo *receio frente a possíveis situações de riscos (Categoria 15)* e pela *impotência diante do silenciamento durante as sessões (Categoria 16).* Esses conteúdos se configuraram como fenômenos contratransferenciais e, em certos casos – como no fato clínico 22 – indicaram a presença da resistência na situação transferencial negativa (vergonha) que provocaram reações de angústia e desconforto na psicóloga e, por consequência, no paciente, impactando negativamente nos atendimentos iniciais. Assim, apesar da existência da comunicação inconsciente do paciente para a analista via transferência – angústia e desejo de encerrar a sessão – não

houve uma continência inicial por parte da psicóloga capaz de reconstruir os conteúdos inconscientes comunicados, resultando na resistência. Essa resistência inicial foi superada ao longo do tratamento psicoterápico a partir do acolhimento, da mudança de postura da terapeuta e das intervenções realizadas, incluindo a nomeação das resistências, conforme pudemos verificar.

No que concerne à comunicação inconsciente do paciente para a analista via contratransferência, foi possível observarmos, ainda, que, em específico ao fato clínico 20, houve uma transmissão inconsciente acerca do livro – a tese – em relação à qual o inconsciente da psicoterapeuta serviu como instrumento de captação do desejo inconsciente do paciente. A partir dessa recepção, permeada por aspectos da relação transferencial positiva, os elementos inconscientes do paciente tomam espaço dentro do psiquismo da psicóloga para, enfim, serem então reconstruídos a partir de uma realidade objetiva – o convite para participação da pesquisa (tese).

Por fim, cabe mencionarmos que os fenômenos transferenciais e contratransferenciais que ocorreram na clínica psicanalítica ampliada no contexto da reabilitação neurológica se estabeleceram nos moldes da técnica de psicoterapia psicodinâmica breve. Nesse sentido, esses fenômenos se configuraram de acordo com as especificidades dessa condição neurológica e foram circunstanciais ao processo de reabilitação, tendo como foco os aspectos emocionais relacionados ao cuidado do paciente com sua condição atual de saúde. Esses fatores reforçam a importância da utilização da técnica da psicoterapia psicodinâmica breve no momento de reabilitação neurológica.

No que concerne aos fenômenos transferências que apareceram de forma mais explícita, estes, em geral, aconteceram no nível de deslocamentos simbólicos das figuras

parentais e filiais (Fato clínico 24) ou dos lugares de autoridade (Fato clínico 23), mas, também, se tornaram presentes mediante certas resistências da ordem da vergonha (Fato clínico 22) indicando, portanto, um nível do funcionamento neurótico da personalidade. Do ponto de vista contratransferencial, as reações emocionais também apareceram no nível da relação com o enquadre da reabilitação neurológica, pautados pelo medo (Fato clínico 23), impotência (Fato clínico 24) e por certas resistências da ordem da vergonha (Fato clínico 22), o que também é esperado do nível neurótico de funcionamento psíquico.

No entanto, há níveis mais arcaicos do funcionamento que também são percebidos de forma mais implícita, que remetem ao desamparo e ao luto, e que estão ligados às particularidades desse tipo de caso. As dimensões mais arcaicas do desamparo e do luto se mostram muito circunstanciais, ligadas à própria condição neurológica e início da reabilitação. Assim, o peso maior transferencial e contratransferencial desse nível de funcionamento que provavelmente se encontraria em casos de estruturas de personalidade com comprometimentos mais graves ou níveis de conflito mais arcaico – o que não foi o que aconteceu nos casos relatados – aparecem muito fortemente associados a este momento específico de reabilitação da doença neurológica.

7.5 Eixo 4 – A psicoterapia breve psicodinâmica

Esse eixo temático apresenta e discute os fatos clínicos psicanalíticos relacionados à utilização da escuta analítica, sob a perspectiva da psicoterapia psicodinâmica breve, como dispositivo facilitador para elaboração psíquica dos processos de luto das perdas funcionais e narcísicas com pacientes com Parkinson no

contexto de reabilitação da clínica ampliada. Os fatos clínicos descritos a seguir ocorreram ao final dos processos psicoterapêuticos.

Fato clínico 25 – O paciente expressa sua gratidão em relação à psicoterapia verbalizando emocionado que "*Conversar me ajudou muito*". Nesse instante, pergunto-lhe "*O que o senhor acha que melhorou*?" e ele relata que com o Parkinson aprendeu a ter mais paciência, enfatizando: "*Paciência é uma palavra bonita, porque tem que ter paz e ciência*". Diz compreender que as coisas não são sempre como ele quer e que é preciso esperar. E assim, afirma: "*quem tem (con)sciência disso, tem paz*" (Caso clínico 1).

Fato clínico 26 – O paciente relata perceber melhora significativa em relação à dificuldade na fala "*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, valido a melhora alcançada, e digo "*Sim, é verdade, também percebi que a voz está melhor"*, e pergunto como ele se sente, e ele responde *"Fico feliz*". Aponto para o paciente sobre sua melhora emocional, dizendo-lhe "*Aliás, não só a voz, o emocional também melhorou*", no que ele responde satisfeito que concorda (Caso clínico 2).

Fato clínico 27 – O paciente relata que "*A parte emocional está bem, estou tendo mais paciência de perceber que não é tudo do meu jeito e que cada um faz as coisas do seu jeito. No começo foi difícil, ficava me perguntando por que eu? Por que Deus fez isso comigo, revoltado 'né'?"* Pergunto ao paciente como ele se sente agora, no que ele responde *"Hoje penso que tem coisas piores, e não adianta reclamar. Antes queria ser perfeito, hoje sei que estou dando o meu melhor e não será perfeito. Parei de me*

cobrar. Não *fico pensando no passado. E também não penso no futuro, pois o futuro a Deus pertence"* (Caso clínico 3).

Fato clínico 28 – O paciente relata "*Os espasmos acontecem três vezes no dia, após usar o remédio. As crises da noite demoram mais a passar, acho que é por que o corpo está mais cansado. Mas as que ocorrem durante o dia são menores. Quando elas aparecem eu sento e segura o corpo e a perna, como a fisioterapeuta ensinou. E então elas passam".* Nesse momento, intervenho validando seu autocontrole perante a situação: "*Parece-me que você está tendo mais controle da situação*". Ele concorda e responde: "P*rocuro focar no tempo que a medicação está fazendo efeito, que sei que vou estar 'funcionando' para fazer suas coisas, tomar banho sozinho, fazer o café da manhã e cuidar do meu pai que está com Alzheimer*" (Caso clínico 3).

Fato clínico 29 - O paciente menciona sobre sua dificuldade de falar, pontuando: *"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 digo 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, observo uma postura um pouco mais ativa e aberta do paciente durante os atendimentos (Caso clínico 2).

Fato clínico 30 – *Na Psicologia é bom pra conversar, fico mais calmo, por que tem coisa que não posso falar em casa, pois se chorar vou preocupar minha família. Aqui sei que posso falar que vou ser ouvido*". Diante disso, pergunto ao paciente: "*Como é ser ouvido*?, no que ele responde: "*É muito bom. Fico aliviado*" (Caso clínico 3).

As psicoterapias psicodinâmicas fundamentadas na teoria psicanalítica englobam modalidades de trabalho psicanalítico que variam desde a técnica psicanalítica clássica até a perspectiva da psicoterapia breve psicodinâmica. Dessa forma, antes de adentrarmos nas especificidades da técnica da psicoterapia breve psicodinâmica como dispositivo psicoterápico utilizado no contexto de reabilitação da clínica ampliada e responsável por amparar o desenvolvimento do estudo, buscaremos discorrer sobre a técnica psicanalítica clássica, tomando-a como ponto de partida inicial das psicoterapias psicodinâmicas.

A técnica psicanalítica proposta por Freud (1914/1996b) apresenta como base do tratamento a necessidade de recordar, fazendo referência às fantasias reprimidas. Para o autor, o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele (o paciente) o reproduz não como lembrança, mas como ação; repetindo-o – na relação com o analista – sem, naturalmente, saber o que está repetindo. Dessa forma, uma das maneiras do paciente recordar seria a repetição da experiência traumática atualizada na relação transferencial. Freud (1914/1996b) também destaca a importância do conceito de elaboração psíquica, o qual consiste no trabalho psíquico de integrar uma interpretação superando as formas de resistência provenientes da repetição não simbolizada. Assim, ao repetir por atuação, o paciente rememora eventos e reproduz situações não mediadas pela linguagem. Ao passo que, ao simbolizar um evento ocorrido por atuação, a um nível consciente, o paciente é capaz de elaborar simbolicamente a lembrança, sendo possível articulá-la com outras ideias inconscientes. É nesse sentido que se faz importante a interpretação das resistências de modo a simbolizar a atuação que ocorre sob a forma de recordação, sendo importante o paciente não apenas atuar e repetir, mas sim, refletir, para poder elaborar.

Em “Construções em Psicanálise” Freud (1937/1996a) considera que o trabalho do analista consiste em deduzir o conteúdo que fora esquecido a partir dos indícios que se deixou para trás, Nesse sentido, aproxima o trabalho de construção do trabalho de interpretação. O analista, então, teria como tarefa a partir do material fornecido pelo paciente (sonhos, associações livres, atos falhos, etc.) construir – ou reconstruir – o que foi esquecido e, no momento oportuno, comunicar, devolvendo-o ao paciente, tal qual o trabalho do arqueólogo. Assim, a construção em análise envolve a busca por um fragmento da história primitiva recalcado, que não foi representado e, portanto, não está no nível da fantasia inconsciente, mas da experiência traumática não simbolizada A construção é, então, considerada uma hipótese a ser examinada, podendo – ou não – ser confirmada, e que envolve múltiplas construções, das quais surgem os múltiplos sentidos que caracterizam a história sobredeterminada do analisando.

A psicanálise contemporânea promove uma ampliação da técnica psicanalítica freudiana a partir do pensamento de Bion (1962/1991; 1980/1992), no qual o trabalho do analista passa a ser pensado para além do conceito de interpretação, sendo, portanto, valorizada a experiência emocional no encontro analítico. Nesse contexto, o interesse psicanalítico se desloca de uma linguagem simbólica enquanto expressão do conteúdo reprimido para um tipo de comunicação pré-verbal entre analista e analisando que passa a existir a partir do estabelecimento de experiências emocionais comuns entre eles.

Conforme aponta Meltzer (1978/1990), ao resumir as ideias de Bion (1962/1991), as experiências emocionais são vividas como um vínculo, não podendo ser concebidas isoladas de uma relação. Nesse funcionamento, o pensamento perturbado precisa achar um continente que possa acolhê-lo primeiro para, então, modificá-lo. Ao analista cabe proporcionar esse continente, que deve ser suficientemente flexível para não comprimir a ideia, mas suficientemente forte para não ser destruído por ela. Nesse

âmbito, Bion (1980/1992) destaca que os sentimentos do analista são inevitáveis e, dessa forma, servem como seu instrumento de trabalho, os quais serão elaborados – não atuados – e usados para conhecer a realidade psíquica do paciente. Portanto, é a partir da relação analista-paciente que se dá a transmissão e a recepção de mensagens durante a sessão, havendo, para além das palavras, uma comunicação pré-verbal mediada pela identificação projetiva.

Portanto, o tratamento psicanalítico consiste basicamente no paciente repetir, por meio da relação transferencial, padrões primitivos de relacionamento originalmente voltados para figuras importantes parentais do passado, presentificados na neurose de transferência. Por meio das interpretações – ou conforme vimos das experiências emocionais – o paciente pode obter *insights* em relação aos padrões primitivos geradores de sofrimento psíquico podendo, então, modificá-los, sendo a elaboração um princípio básico do tratamento (Cordioli, 2008). Em relação às intervenções psicoterápicas realizadas ao longo do tratamento psicanalítico, sabemos a partir de Freud (1937/1996a), que apenas a concordância ou discordância do paciente em relação a elas não possuem valor por si só, de modo que só terão valor quando o paciente produzir novas lembranças que completem e ampliem a construção. Portanto, conforme Freud (1937/1996b) menciona em “Análise terminável e interminável” a “cura” no tratamento analítico e que caracterizaria o fim de uma análise ocorreria quando fosse resolvido o conflito psíquico reprimido e o paciente passaria a não sofrer mais de seus sintomas e angústia.

De modo geral, as psicoterapias psicodinâmicas buscam as mudanças por meio do *insight* e da relação terapêutica a partir das interpretações, tornando conscientes os sentimentos, medos, desejos e fantasias, manifestados na relação transferencial. Em específico à psicoterapia breve psicodinâmica, vimos que se trata de uma técnica

embasada nos conceitos psicodinâmicos e que costuma ser utilizada em situações de crise com o objetivo de tratar um problema focal ou circunstancial – como o aparecimento de uma doença – e prevenir a cronificação de um sofrimento psíquico evitando, assim, o adoecimento psíquico (Cordioli, 2008). A psicoterapia breve psicodinâmica também direciona a atenção para a experiência e sintomas psíquicos atuais do paciente – como por exemplo, ansiedade e depressão – e pressupõe o fortalecimento de defesas adaptativas em contraposição às defesas pouco adaptativas (Lemgruber, 2008).

Nessa vertente, observamos que os fatos clínicos 25, 26, 27, 28, 29 e 30 retratam a efetividade do espaço e processo psicoterapêutico e os efeitos positivos das intervenções psicoterapêuticas na perspectiva breve psicodinâmica. Isso implicou determinadas mudanças subjetivas, incluindo a estabilização psíquica, remissão dos sintomas – ansiedade e depressão – com a mudanças de defesas pouco adaptativas. Em relação ao fato clínico 25 é possível notar um *maior contato com o conteúdo emocional e a estabilização psíquica com a diminuição dos sintomas de ansiedade (Categoria 17).* No fato clínico 26 foi possível observar a *diminuição da inibição depressiva (Categoria 18)* – considerada uma defesa psíquica desadaptativa – e certo avanço no campo afetivo levando o paciente a ter mais 'voz ativa' diante a vida. Os fatos clínicos 27 e 28 demonstram *a diminuição do medo gerador de ansiedade, maior controle emocional diante das situações de crise da doença e vinculação afetiva (Categoria 19).* Os fatos clínicos 25, 29 e 30 retratam a percepção dos pacientes acerca *da efetividade do espaço e processo psicoterapêutico (Categoria 20).*

Cabe mencionarmos, ainda, o mecanismo de potencialização dos ganhos terapêuticos – o efeito carambola – que segundo Lemgruber (2008) decorre das repetidas experiências emocionais corretivas ocorridas no *setting* psicoterapêutico e traz

a oportunidade de ressignificar experiências passadas, fazendo surgir outra interpretação, percepções e comportamentos, potencializando os ganhos terapêuticos a partir de repetidas experiências emocionais corretivas. O efeito carambola pôde ser observado no fato clínico 26 – acima citado – no qual os ganhos do paciente em relação à inibição da fala ultrapassam o *setting* psicoterapêutico e se estendem para o contexto familiar, fazendo o paciente se comunicar de forma menos inibida com seus familiares. O efeito carambola também é notado no fato clínico 31, no qual o paciente sai de uma posição de desamparo e o *a vinculação afetiva (Categoria 19),* aos poucos, se expande para o âmbito social, conforme ilustrado abaixo:

Fato clínico 31 – O paciente chega animado contando que "*Esse fim de semana recebi meu amigo em casa e saímos para comemorar o dia das mães no domingo, foi gostoso e quero fazer mais vezes. E no feriado* v*iajei para minha cidade e reencontrei meus amigos. Foi gostoso, me senti bem em revê-los. Marcamos uma festa*" (Caso clínico 3).

O*s* fatos clínicos acima descritos retrataram a efetividade do processo psicoterápico desenvolvido e o reconhecimento dos ganhos terapêuticos alcançados, incluindo a mudança de defesas pouco adaptativas e a estabilização psíquica diante de uma situação de crise, aspectos esses responsáveis por prevenir a cronificação do sofrimento psíquico. Nesse sentido, apontam para a escuta analítica pautada pela psicoterapia psicodinâmica breve como um possível dispositivo facilitador para elaboração psíquica dos aspectos traumáticos envolvidos nos processos de luto das perdas funcionais e narcísicas a partir de uma experiência subjetiva singular, podendo também mobilizar estratégias de enfrentamento diante dessas experiências de adoecimento.

No que concerne às especificidades do trabalho psicanalítico com o paciente neurológico resgatamos o estudo desenvolvido por Andrade e Winograd (2018) no qual as autoras defendem que o trabalho analítico consiste em realizar uma integração das partes do ego que foram cindidas com a doença neurológica. As autoras explicam que, como o adoecimento neurológico é vivido como um corte violento na coesão egoica do sujeito, o trabalho analítico deve favorecer certa conciliação entre as partes de si que representam o ego de antes e o ego atual, tecendo as partes em uma unidade. Com isso, há um processo de apropriação subjetiva das limitações e disfunções decorrentes do adoecimento. É nesse sentido que um trabalho analítico que permita a abertura ao luto pode possibilitar ao sujeito esboçar para si mesmo novos ideais para que ele possa vir a se reconhecer.

Na mesma vertente, Klautau, Winograd, Sollero-de-Campos (2016) defendem o que o oferecimento de um espaço analítico especializado, sensível e flexível, seria capaz de possibilitar a construção narrativa da experiência traumática, inserindo-a em uma rede de sentidos e significações. Nessa perspectiva, a narratividade pode ser entendida como saída para o congelamento psíquico instaurado pelas defesas psíquicas. No contexto clínico, falar sobre si seria uma forma de situar a experiência de sofrimento no tempo e auxiliar na elaboração de traumas precoces atualizados pelo aparecimento de lesões cerebrais. Portanto, a proposta é estabelecer uma via de elaboração para o golpe traumático, permitindo uma historicização capaz de inaugurar um outro passado e um futuro novo.

Em complemento, Bomfim (2016) destaca em estudo teórico psicanalítico as especificidades sobre o trabalho analítico realizado com os pacientes em reabilitação física. A autora menciona que, nesses casos, o trabalho de luto implica no desinvestimento do objeto que se refere ao próprio corpo, implicando, portanto, no

narcisismo. Contudo, a autora destaca apoiando-se em Vieira (2008) que o trabalho analítico com esses pacientes não deve ter como objetivo em si encontrar sentido para o que foi experimentado como ruptura radical traumática – embora esse possa ser um dos seus efeitos – mas sim, o de reconstruir uma narrativa que sustente o sujeito, de modo que, o laço não seja apenas com a doença, mas sim com a vida.

Em contrapartida, retomamos o estudo teórico psicanalítico sobre a clínica do envelhecimento desenvolvido Chérix e Coelho Júnior (2018) no qual os autores acreditam que no decorrer do trabalho de luto diante das perdas progressivas, o objeto de amor perdido não será substituído por outro com a mesma carga afetiva ou grau de satisfação. Para os autores, o sujeito até pode encontrar novos projetos e representações para ligar a energia solta, porém a perda desse reconhecimento deixa marcas no ego que não podem ser facilmente desinvestidas. Sendo assim, os autores defendem que o trabalho de luto completo, como teorizado por Freud (1917 [1915]/1996) seria impossível de ser realizar, uma vez que, levaria à uma perda de traços identificatórios representando, assim, uma ameaça para a coesão e o funcionamento do ego.

Em paralelo, mencionamos o estudo teórico-clínico desenvolvido por Matos e Belo (2022) também sobre a clínica do envelhecimento que, assim como no Parkinson, é marcada pela presença de situações de desamparo relacionadas a perdas progressivas. Para os autores, as situações de desamparo vinculadas a frequentes e recorrentes perdas de objetos de amor e perdas narcísicas coloca o sujeito imerso em um desligamento pulsional. Nesse contexto, o trabalho do analista consiste em realizar a contenção dessa excitação traumática a partir de uma escuta atenta que favoreça ligamentos visando um processo associativo que produza mais rede narcísica. Nesse sentido, as intervenções do analista que favoreçam um resgate da história do sujeito com uma construção de

sentidos pode ser uma via facilitadora para o processo de ligação e de simbolização dos conteúdos traumáticos.

Na mesma vertente, Chérix e Coelho Júnior (2018) defendem que diante da cronificação dos trabalhos de luto a forma mais equilibrada de manter o funcionamento psicodinâmico não seria fazer uma transição e aceitar a perda real e a perda da representação do objeto, que deixaria de ter importância em prol de novas relações objetais, mas manter as lembranças em relação ao objeto perdido investidas para que haja a possibilidade do sujeito poder se reconhecer e ser reconhecido por algo que não existe mais no tempo presente, de modo concreto, mas que precisa manter-se existindo no tempo presente, de forma simbólica, a fim de garantir, assim, a continuidade narcísica do sujeito. Nesse sentido, os autores destacam, apoiando-se em Golbfarb (2004), a importância do fenômeno da reminiscência, no sentido de manter o passado vivo, fazendo com que as lembranças encontrarem sentido no presente e nas trocas com objetos externos.

Nessa perspectiva, Gagnebin (2006) nos fornece importantes contribuições a partir da ampliação do conceito de testemunha, o que nos auxilia a pensar o manejo da psicoterapia breve psicodinâmica com pacientes com Parkinson no contexto de reabilitação da clínica ampliada. De acordo com a autora:

> [...] testemunha não seria somente aquele que viu com seus próprios olhos [...], a testemunha direta. Testemunha também seria aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração insuportável do outro e que aceita que suas palavras levem adiante, como num revezamento, a história do outro: não por culpabilidade ou por compaixão, mas porque somente a transmissão simbólica, assumida apesar e por causa do sofrimento indizível, somente essa retomada reflexiva do passado

> pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente, mas a ousar esboçar uma outra história, a inventar o presente (Gagnebin, 2006, p.57).

A esse respeito, os fatos clínicos 25, 29 e 30 permitiram observar que o processo psicoterapêutico funcionou como um importante espaço de escuta para testemunhar o sofrimento do paciente. Em específico aos fatos clínicos 29 e 30, foi possível verificar que esse espaço de escuta e acolhimento produzido na relação terapêutica também pôde amenizar o desamparo vivenciado pelos pacientes diante de seu adoecimento. Dessa forma, o trabalho só se torna possível a partir de uma ligação emocional do paciente com aquele que o escuta, sendo, o trabalho em si, a possibilidade de oferta de um espaço para que o sujeito possa encontrar recursos para enfrentar aquilo que está vivenciando (Coppus; Pereira, 2020).

Assim, os fatos clínicos acima descritos apontam para um trabalho psicoterapêutico que ocorreu no sentido de reconhecer as perdas por uma escuta que testemunhasse a dor e, assim, fornecer o devido lugar à expressão do seu sofrimento psíquico, para que, conforme Simonetti (2016) fosse possível sustentar a angústia do paciente o tempo suficiente para que ele pudesse submetê-la ao trabalho de elaboração psíquica. Nesse quesito, destacamos que o trabalho psicoterapêutico com pacientes com Parkinson, sob a perspectiva breve psicodinâmica, realizado no contexto de reabilitação da clínica ampliada consiste em realizar uma escuta analítica que testemunhe esse sofrimento psíquico cujo efeito pode – ou não – recair sob a elaboração dos processos de luto.

Corroborando essa ideia, Bonfim (2019) salienta que o tratamento psicanalítico no contexto de reabilitação física não está centrado na doença, mas no particular de cada sujeito. Nesse sentido, considera as singularidades de cada paciente, dando voz ao

sujeito a fim de que ele possa ser relançado como desejante, evitando, assim, que se coloque e seja visto apenas como objeto de cuidados. Para a autora, o processo de luto é favorecido ao se oferecer uma escuta analítica a tais pacientes, onde se busca sob transferência, deslocar o sujeito de um possível congelamento e restrição de sua identidade.

Portanto, conforme salientam Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008), o atendimento do paciente neurológico na perspectiva psicanalítica deve ser compreendido como uma abertura que permite o acesso à experiência subjetiva desse paciente diante do qual será possível abordar a lesão cerebral como um acontecimento psíquico relacionado à história singular, real e fantasmática de cada sujeito. Esse modo de compreensão leva em consideração o impacto da lesão cerebral na economia psíquica do sujeito e envolve mecanismos de reorganização dos processos psíquicos conscientes e inconscientes.

Por fim, destacamos que a psicoterapia psicodinâmica breve desenvolvida no contexto da clínica ampliada instaurou um importante espaço de escuta que serviu para testemunhar a singularidade do paciente frente à sua experiência de adoecimento por Parkinson. O trabalho psicoterapêutico realizado se tornou possível mediante a existência de um serviço de Psicologia já consolidado e que estava localizado dentro de uma instituição que dispunha de uma equipe humanizada de profissionais que apresentaram o desejo de compreender a subjetividade humana e permitiram o estabelecimento de diálogos interdisciplinares Nesse sentido, consideramos que a proposta de uma psicoterapia breve focada na reabilitação encontra sentido no contexto de um trabalho clínico ampliado interdisciplinar. Ressaltamos que, embora a dimensão interdisciplinar do trabalho de reabilitação não tenha aparecido de forma direta nos

resultados dos relatos de caso, esta se fez presente durante todo o processo de reabilitação aparecendo, também, sob a forma do meu testemunho.

7.6 Conclusão

Os fatos clínicos apresentados acima retratam as especificidades de uma clínica ampliada pautada por uma prática psicanalítica no contexto de reabilitação que ainda se encontra em processo de construção.

A escolha dos fatos clínicos apresentados buscou contemplar os aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico da doença de Parkinson e ao processo de reabilitação, com foco no processo de luto pelas perdas funcionais e da autoimagem – e, portanto, em suas dimensões traumática, funcional e narcísica – apresentados pelos pacientes durante o processo psicoterapêutico.

As interpretações dos aspectos psicodinâmicos envolvendo o trauma, os processos de luto, as defesas psíquicas, os processos transferenciais e contratransferenciais e a modalidade de intervenção se apoiaram nos conceitos da teoria psicanalítica, sob a perspectiva da psicoterapia breve psicodinâmica.

Os manejos psicoterapêuticos realizados foram específicos das sessões realizadas, não sendo, portanto exclusivos da prática psicoterápica realizada nesse contexto. Destacamos a possibilidade de construção dos fatos clínicos psicanalíticos como estratégia de pesquisa psicanalítica de casos múltiplos.

A discussão dos eixos temáticos corrobora o que se encontra na literatura psicanalítica específica sobre doenças neurológicas e quadros relacionados a doenças progressivas – como o envelhecimento – e encontra bom respaldo no âmbito dos

mecanismos psicodinâmicos e fundamentos metapsicológicos, possibilitando a confirmação de nossa hipótese psicodinâmica. No que tange à dimensão da técnica psicanalítica a discussão não encontra tanto respaldo na literatura, sendo uma clínica ainda aberta a investigações.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença de Parkinson é uma doença neurológica degenerativa que apresenta curso crônico e progressivo responsável por desencadear sucessivas perdas físicas e psíquicas. Essa condição de adoecimento leva o paciente a vivenciar uma experiência subjetiva de intenso sofrimento psíquico com desdobramentos do ponto de vista dos mecanismos psicodinâmicos. Contudo, a assistência psicoterápica de abordagem psicanalítica ao paciente neurológico ainda é considerada escassa nos cenários internacional e nacional, prevalecendo no campo de atuação clínica os saberes de outras abordagens teóricas. Além disso, evidencia-se uma lacuna existente no cenário científico de pesquisas sobre a vivência da doença de Parkinson sob a perspectiva psicanalítica.

Considerando a importância de pesquisar o tema, a presente pesquisa buscou promover uma reflexão psicanalítica sobre as implicações psíquicas desencadeadas pelas progressivas mudanças na constituição física dos pacientes com a doença de Parkinson. Assim, a pesquisa teve como objetivo investigar os aspectos emocionais do ponto de vista psicodinâmico relacionados ao processo de adoecimento desses pacientes, a partir dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais vivenciados no *setting* psicoterapêutico psicanalítico. Para tanto, buscamos compreender dinamicamente as relações dependentes do ego a partir dos seus aspectos funcionais e narcísicos, bem como, os processos de luto e a mobilização de mecanismos de defesa psíquica envolvidos.

A pesquisa foi amparada pelo método psicanalítico, o qual preconiza a existência de um pesquisador que se configura como um psicanalista em atividade analítica. Assim, a pesquisa aconteceu a partir dos atendimentos psicológicos

psicanalíticos realizados no contexto da clínica ampliada de reabilitação física, sob a perspectiva da psicoterapia breve psicodinâmica cuja atuação incidiu no nível de prevenção secundária – isto é, visando evitar que o problema psíquico surgido se tornasse crônico. Participaram da pesquisa três pacientes com diagnóstico médico de doença de Parkinson que estavam em processo de reabilitação na instituição. A partir da escuta do conteúdo advindo da relação analítica foram (re)construídas as cenas dos três casos clínicos ilustrados por fatos clínicos que foram descritos no formato de ensaios clínicos e, posteriormente, analisados no formato de múltiplos casos. Os múltiplos casos foram organizados a partir de vinte categorias em quatro eixos temáticos e posteriormente articulados com os conceitos da teoria psicanalítica

Constatamos que a hipótese psicodinâmica elencada para o estudo no geral se confirmou e encontra respaldo na literatura específica revisada. Pode-se então afirmar que a condição neurológica é vivenciada como uma experiência traumática marcada por sensações de estranhamento, desamparo ameaçador e alterações no reconhecimento de si. As perdas funcionais e da autoimagem afetam o próprio narcisismo do sujeito instaurando a possibilidade de alterações profundas nas instâncias psíquicas que podem dificultar o processo de luto de tais perdas. Apontamos ainda a condição neurológica degenerativa como um possível aspecto dificultador da elaboração dessas perdas e, em um nível mais singular, comprometer a própria estrutura funcional do ego, comprometendo os recursos de enfrentamento e mobilizando a utilização de defesas de cunho mais arcaico pelos sujeitos. Destacamos a reedição do desamparo originário como aspecto inconsciente central que se manifesta de forma singular para cada paciente, revelando os compromissos psíquicos específicos assumidos diante dessa condição ameaçadora, conforme observamos nos casos estudados.

Assim, cada sujeito vivencia o sofrimento psíquico relacionado ao adoecimento por Parkinson de forma singular, lançando mão de recursos defensivos para fazer frente a essa angústia ameaçadora e revelando as possibilidades e/ou dificuldades nos processos de luto, os quais puderam ser identificados e auxiliados durante o processo psicoterapêutico.

No primeiro caso – O narrador – a experiência de adoecimento é vivenciada como um intenso sofrimento psíquico responsável por desencadear uma sensação de desamparo, marcada, principalmente, pela impotência e perda de autonomia. Essa condição aponta para uma difícil elaboração psíquica dos processos de luto levando o paciente a recorrer a defesas psíquicas primitivas, como a cisão e idealização, que faz com que o paciente evite entrar em contato com o sofrimento que vivenciava atualmente e volta o sujeito para um tempo passado – para uma imagem idealizada de si – corroborando nossa hipótese acerca da proximidade com o quadro da melancolia. Enquanto efeito do processo psicoterapêutico houve um maior contato com o conteúdo emocional e a estabilização psíquica com a diminuição dos sintomas de ansiedade.

No segundo caso – O paciente silencioso – a experiência de adoecimento também é vivenciada como um intenso sofrimento psíquico e responsável por desencadear uma sensação de desamparo, marcada, principalmente, pela desesperança. O paciente utiliza como defesas psíquicas o silenciamento característico da inibição depressiva e a antecipação de perdas ainda não vivenciadas (luto antecipatório) que fazem frente à angústia ameaçadora, colocando o sujeito em um tempo futuro. Como efeito psicoterapêutico houve a melhora da inibição da fala, considerada uma defesa psíquica desadaptativa, com a restituição da posição de sujeito, reassegurando-se, em certa medida, os aspectos de seu narcisismo. Embora a projeção para o futuro tenha

permanecido, o luto antecipatório encontra certo reposicionamento, colocando o paciente diante de aspectos atuais de sua vida no tempo presente.

E no terceiro caso – O paciente inseguro – a experiência de adoecimento é caracterizada por um intenso sofrimento psíquico que também desencadeia uma sensação ameaçadora de desamparo, vivenciada em um tempo presente, e que se manifesta, predominantemente, por crises de ansiedade, desestabilizando-o psiquicamente. A sensação de desamparo é reforçada por aspectos do seu modo de funcionamento psicodinâmico, marcado pelo receio em expressar sentimentos e falta de confiança no estabelecimento do vinculo afetivo. O paciente busca se defender das crises de ansiedade acionando as defesas psíquicas de inibição, isolamento afetivo, condensação e deslocamento simbólico, porém a angústia não é suficientemente defendida e se expressa no vínculo como insegurança. Os efeitos do processo psicoterapêutico apontam para a diminuição do medo gerador de ansiedade, maior controle emocional diante das situações de crise da doença e maior vinculação afetiva.

Assim, a presente pesquisa apresenta contribuições relevantes para a compreensão do ponto de vista dos mecanismos psicodinâmicos envolvidos no adoecimento por Parkinson. O estudo proporcionou a compreensão psicodinâmica acerca das nuances envolvidas nos processos de luto pela perda da estrutura egoica e seus objetos – dentre os quais se destaca a autoimagem. Trata-se de uma experiência traumática que abala as estruturas egoicas levando à perda dos ideais do ego e implicando na perda (da imagem) de si. A elaboração da dimensão traumática envolve um nível arcaico de funcionamento psíquico relacionado à precariedade dos mecanismos do ego em elaborá-lo. Os fatos clínicos psicanalíticos ilustram os aspectos emocionais e inconscientes implicados no remanejamento dos ideais do ego os quais apontam para a presença de mecanismos de defesas específicos e saídas patológicas.

Constatamos que as defesas psíquicas utilizadas ocasionaram saídas inibitórias e dissociativas do ego, da ordem da depressividade e da melancolia, tendo como principais efeitos o silenciamento e a idealização, mas também, em um nível mais agudo, envolveram crises de angústia, relacionando-se à insegurança.

A proposta da psicoterapia breve psicodinâmica no contexto da clínica ampliada de reabilitação serviu a um tipo de atuação diante de uma situação considerada uma crise acidental – o adoecimento – e em um nível de prevenção secundária, cujo objetivo foi evitar que as desestabilizações psíquicas surgidas se tornassem crônicas. Nesse contexto, a utilização dessa técnica psicanalítica se configurou um espaço de escuta importante para testemunhar a singularidade do paciente frente à sua experiência de adoecimento e, assim, poder auxiliar na elaboração dos aspectos psicodinâmicos envolvidos nos processos de luto, evitando, dessa forma, a cronificação do sofrimento psíquico ali implicado. Nesse sentido, embora a dimensão da técnica psicanalítica ainda se apresente de forma discreta na literatura a presente pesquisa pode representar uma contribuição importante para o avanço na compreensão de modelos de atendimento em psicologia da saúde que considerem uma clínica ampliada.

Constatamos a partir do relato de experiência profissional (Capítulo 6) que a prática assistencial envolve múltiplas dimensões e, muitas vezes, depara-se com atravessamentos próprios da prática institucional e dos fenômenos interpessoais ali presentes. Nesse sentido, destacamos a importância da sensibilização do desejo do paciente em processo de reabilitação tanto para seus familiares como para os membros da equipe multidisciplinar. Ao oferecermos um espaço de escuta para o desejo do paciente possibilitamos a desconstrução de possíveis fantasias e um reconhecimento maior de sua singularidade, oportunizando, assim, um cuidado de maior qualidade com o desenvolvimento de uma autonomia real. É dessa forma que a escuta psicanalítica

acerca dos fenômenos emocionais e inconscientes pode se configurar como um dispositivo facilitador para auxiliar a elaboração de processos de luto nos equipamentos de saúde.

Salientamos que a experiência clínica com o paciente neurológico se manifestou de forma complexa e desafiadora, sendo caracterizada por sensações de angústia e impotência. Compreendemos que esses aspectos contratransferenciais se tornaram inerentes a uma clínica psicanalítica que, além de ter sido marcada pelo encontro com o Real subjacente ao limite da condição física apresentada pelo paciente, também precisou fazer frente às expectativas colocadas pela equipe. Na prática, esses fatores operaram barrando o desejo da analista e desencadeando um processo de angústia que remete à castração, justificando, portanto, os aspectos contratransferenciais vivenciados. Tais aspectos puderam ser parcialmente amenizados pelos espaços de diálogo criados pela instituição, mas também durante o desenvolvimento desta pesquisa, incluindo os estudos teóricos, a própria escrita da tese e as trocas de aprendizados durante as reuniões de orientação.

Ademais essa pesquisa foi relevante para a ampliação dos conhecimentos científicos sobre a temática da experiência subjetiva vivenciada por pacientes com Parkinson sob a perspectiva psicanalítica no contexto da saúde, podendo contribuir para o aprimoramento de práticas interventivas futuras e auxiliar no processo de reabilitação visando uma melhor qualidade de vida. Destacamos, também, a relevância da realização de uma pesquisa científica com o referencial teórico-metodológico psicanalítico no contexto da clínica ampliada. Esse fator reforça o aspecto científico desse tipo de pesquisa e abre possibilidades para pensarmos a expansão da psicanálise para além do contexto *stricto* da universidade.

Nesse quesito, destacamos também a relevância da escuta psicanalítica na construção do fato clínico psicanalítico, por meio do qual a escuta psicanalítica pôde encontrar maior eficácia. Consideramos que a escuta psicanalítica contribuiu para a construção dos fatos clínicos psicanalíticos ao possibilitar uma escuta atenta voltada à repetição de uma temática que é vivenciada com desproporcionalidade de afeto no campo analítico. No âmbito da clínica psicanalítica ampliada com o paciente neurológico, a temática que se repetia estava relacionada a um sofrimento para além do limite do corpo biológico, mas que pôde ser trabalhado por meio de um processo de escuta e de linguagem.

Apontamos como possível limitação do estudo a pouca ênfase na dimensão psicossocial, incluindo o impacto das políticas públicas na busca pelos direitos dos pacientes atendidos e a luta contra os estereótipos e preconceitos, os quais não puderam ser abordados de forma mais ampla. Além disso, não houve uma integração maior em termos de prática de saúde e de clínica ampliada, já que a proposta não foi de uma pesquisa interventiva que considerasse os modelos e protocolos de atendimento, se restringindo a considerar, no contexto da clínica ampliada, o trabalho da psicoterapia breve. Em relação a esse aspecto consideramos que a realização de pesquisas sobre modelos de intervenção em saúde pode ser um desdobramento importante para pesquisas futuras. Ressaltamos, contudo, que a proposta da pesquisa foi investigar os aspectos emocionais relacionados à experiência singular vivenciada pelos pacientes com a doença de Parkinson a partir de preceitos da clínica psicanalítica e que teve como enfoque os aspectos psicodinâmicos intra e interpsíquicos sob a ótica metapsicológica, os quais nortearam a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. A política da psicanálise e a da saúde mental. **Estudos e pesquisa em Psicologia,** UERJ, RJ, v. 8, n. 1, p. 7-11, 1º Sem. 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844616002.pdf. Acesso em: 25 jul. 2024.

ALEXANDER, E. G.; CRUTCHER, M. D. Functional architecture of basal ganglia circuits: neural substrates of parallel processing. . **Trend in Neuroscience**, v. 13, n. 7, p. 266-271, jul.1990. Available In: https://doi.org/10.1016/0166-2236(90)90107-L. Access in: 25 jun. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AWERBUCH, G. I.; SANDYK, R. Autonomic Functions in the Early Stages of Parkinson's Disease. **International Journal of Neuroscience,** v. 74, n. 1-4, p. 9-16, 1994. Available In: https://doi.org/10.3109/00207459408987224. Access in: 25 jul. 2021.

ANDRADE, S. L. Vida prática e reabilitação neuropsicológica. *In*: FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ. L. F.; CARMARGO; C. H. P.; COSENZA; R. M. e cols. **Neuropiscologia:** teoria e prática**.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 381- 398.

ANDRADE, A. B.; WINOGRAD, M. Nostalgia de si: melancolia e adoecimento neurológico**. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 3, p. 354-364, set.-dez. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-14982018003007. Acesso em: 25 ago. 2021.

ARAÚJO, T. C. C. F. Apresentação. *In*: ARAÚJO, T. C. C. F.; QUEIROZ, E. (org). **Psicologia da reabilitação:** Perspectivas teóricas, metodológicas e Práticas. Brasília: Liber Livro, 2015. p. 9-11

BACIGALUPE, M de L. A.; PUJOL, S. El movimiento desde la perspectiva de la neurociencia social cognitiva: el caso de la enfermedad de Parkinson. **VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.,** v. 25, n. 118, 429-436, dez. 2014. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/34043/CONICET_Digital_Nro.8ec27208-755e-4d98-a936-369547d87e6c_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acceso en: 20 mar. 2023.

BARRETTA, J. P. F. O complexo de Édipo em Winnicott e Lacan**. Psicologia USP,** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 157-170, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000100008. Acesso em: 20 set. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 94-95, 25 abr. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. 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, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 3, n. 2, p. 9-25, abr.-jul. 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-47142000002002. Acesso em: 20 abr. 2025.

BERLINCK, L. C. **Melancolia:** rastros de dor e de perda. São Paulo: Humanitas, Associação de Acompanhamento Terapêutico, 2008.

BION, W. R. (1965). **As transformações**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BION, W. R. (1980). Bion em Nova Iorque e em São Paulo. *In*: W. Bion, **Conversando com Bion**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

BION, W. R. (1963) **Elementos em psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago: 1997.

BION, W. (1962). **O aprender com a experiência**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BION, W. R. (1962). **Uma teoria sobre o pensar: estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BOCCHI, J. C. A psicopatologização da vida contemporânea: quem faz os diagnósticos? **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, Araraquara, SP, v. 20, n. 1, p. 97-109, jan.-jun., 2018. Disponível em: https://doi.org/10.30715/rbpe.v20.n1.2018.11309. Acesso em: 20 dez. 2024.

BOMFIM, F. Trauma e perda: sobre o encontro com o real no corpo e com o desejo do analista. **Opção Lacaniana,** v. 4, n. 21, nov. 2016. Disponível em: http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_21/Trauma_e_perda.pdf. Acesso em: 17 fev. 2024.

BONFIM, F. Psicanálise e Reabilitação Física. **Psicologia: Ciência e Profissão,** v.39, n. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703003130355. Acesso em: 15 mar. 2025.

CABALLOL, N., MARTÍ, M. J.; TOLOSA, E. Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson's disease. **Movement Disorders,** v. 22, n. 17, p.358-366, 2007. Available In: https://doi.org/10.1002/mds.21677. Access in: 20 ago. 2021.

CALNE, D.B. STOESSL, A. J. Early parkinsonism. **Clinical Neuropharmacology**, n. 9, n. 2, p.S3-S8, 1986. Available In: https://journals.lww.com/clinicalneuropharm/citation/1986/00092/early_parkinsonism.2.aspx. Access in: 20 set. 2021.

CAMPOS, E. B. V. A Pesquisa Qualitativa e o Método Psicanalítico. *In*: **Anais da II jornada internacional de pesquisa em psicanálise e fenomenologia - pesquisa qualitativa na saúde mental: perspectivas psicanalíticas e fenomenológicas**. Campinas, 2008. p. 153-160.

CAMPOS, D. T. F. O cuidado e sujeito: questões acerca da clínica ampliada. *In*: WINOGRAD, M.; de SOUZA, M. (org.). **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico.** Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2012. p. 33-48.

CAMPOS, E.B.V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP,** v. 12, n. 1, p. 13-24, 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000100003. Acesso em: 20 set. 2022.

CAMPOS, E. B. V. **Limites da Representação na Metapsicologia Freudiana**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

CAMPOS, E. B. V. Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, PR, v. 7, n. 2, p. 22-44, dez. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310736963_Uma_perspectiva_psicanalitica_sobre_as_depressoes_na_atualidade. Acesso em: 20 set. 2023.

CAMPOS, E. B. V. Delineamento de pesquisa no campo psicanalítico: Uma proposição sintética. **Psicologia Clínica,** Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 3, p. 487–505, set.-dez. 2021. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2910/291079469006.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.

CARDOSO, F. Tratamento da doença de Parkinson. **Arquivos de neuro-psiquiatria,** v. 53, n.1, p. 1-10, 1995. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X1995000100001. Acesso em: 20 nov. 2021.

CARDOSO, M. R. Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 14, n. 1, p. 70-82, mar. 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000100005. Acesso em: 20 jan. 2023.

CASTRO, E. K. de.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x Psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v.24, n. 3, p. 48-57, set. 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007. Acesso em: 17 abr. 2022.

CASTRO-ARANTES, J. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 637–648, set..-dez. 2016. Disponível em https://doi.org/10.1590/S1516-14982016003013. Acesso em 31 mar. 2023.

CHÉRIX, K.; COELHO JUNIOR, N. E. Luto e melancolia nas demências: a psicanálise na clínica do envelhecimento. **Trivium Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 182-195, jul.-dez. 2018. Disponível em https://doi.org/10.18379/2176-4891.2018v2p.182. Acesso em 29 ago.2021.

COPPUS, A. N. S; PEREIRA, P. T. O que pode a Psicanálise diante do adoecimento do corpo?: considerações sobre a escuta do sujeito no hospital. **Analytica: Revista de Psicanálise,** São João Del-Rei, v. 9, n. 17, jul.-dez. 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2316-51972020000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2023.

CORDIOLI, A. V. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. *In*: _____. **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 19-41.

CORDIOLI, A. V.; GOMES, F. A. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. *In*: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 6, p. 103-124.

CORDIOLI, A. V.; WAGNER, C. J. P.; CECHIN, E. M. ALMEIDA, E. A. Psicoterapia de apoio. *In*: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 11, p. 188-203.

COSTA, M. C. da e MEDEIROS, C. P. de. Um percurso freudiano das depressões. **Psicologia em Revista,** Belo Horizonte, BH, v. 21, n.1, p.126-140, 2015. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a09.pdf. Acesso em: 22 ago. 2024.

CROSSMAN, A. R.; MITCHEL, I. J.; SAMBROOK, M. A. Regional brain up-tack of 2-deoxyblucose in N-methyl-4pheny-1,2,3,6-tetrahydropyridini (MPTP)-induced parkinsonism in the macaca monkey**. Neuropharmacology**, v. 24, n. 6, p. 587-591, jun. 1985. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0028-3908(85)90070-X. Acesso em: 15 jun. 2021.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. **Estudos de Psicologia**, Natal, RN, v. 7, n. 1, p. 143-149, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100014. Acesso em: 20 jun. 2023.

CUMMINGS, J. L. Depression and Parkinson´s disease: a review. **The American Journal of Psychiatry**, v.149, n. 4, p. 443–454, abr. 1992. Available In: https://doi.org/10.1176/ajp.149.4.443. Access in: 5 set. 2021.

DALLAZEN, L.; GIACOBONE, R. V.; MACEDO, M. M.K; KUPERMANN, D. Sobre a Ética em Pesquisa na Psicanálise **Psico (PUCRS. Impresso),** Porto Alegre, PR, v. 43, n. 1, p. 47-54, jan.-mar. 2012. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9292/2/Sobre_a_etica_em_pesquisa_na_psicanalise.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

DELONG, M. R. Primate model of movement diorders of basal ganglia origin. **Trends in Neuroscience**, v. 13, n.7, p. 281-285, jul. 1990. Available In: https://www.cell.com/trends/neurosciences/abstract/0166-2236(90)90110-V. Access in: 5 set. 2021.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, RN, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004. Acesso em: 22 ago. 2022.

DOR, J. (1989). **Introdução à leitura de Lacan:** O inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 12, p. 77-88.

FARIA, L. J. F. de; LIMA, P. M. R.; PEREIRA-SILVA, N. L. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais,** São João del-Rei, v. 14, n. 1, p. 1-18, mar. 2019. Disponível em http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/1875/2090. Acesso em: 11 out. 2021.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011. Acesso em: 10 set. 2023.

FEIJÓ, M. R.; BARBIERI F. A.; PEREIRA T. I.; AUGUSTO B. S.; GASPAR C. S. Grupos com cuidadores de pessoas com doença de parkinson (DP): um convite à reflexão. **Nova Perspectiva Sistêmica,** São Paulo, SP, v. 29, n. 68, p. 31-45, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412020000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2021.

FERRO, L. F.; SILVA, E. C.; ZIMMERMANN A. B.; CASTANHARO R. C. T.; OLIVEIRA F. R. L. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **Mundo Saúde [Internet], v.** 38, n. 2, p. 129-138, jan.-abr. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/interdisciplinariedade_intersetorialidade_estrategia_saude_familia.pdf. Acesso em: 19 jun. 2024.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise,** São Paulo, SP, v. 39, n. 70, p. 257-278, jun. 2006. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a17.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 111-119.

FREUD, S. (1940[1938]). A divisão do ego no processo de defesa. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 291-293.

FREUD, S. (1900-1901). A interpretação dos sonhos. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 5. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 541-645.

FREUD, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 249-270.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 17-75.

FREUD, S. (1937). Análise terminável e interminável. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 231-270.

FREUD, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. *In:* FREUD, S., **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 143-156.

FREUD, S. (1917 [1916-1917]). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVIII. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 281-292.

FREUD, S. (1937). Construções em Psicanálise. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 275-287.

FREUD, S. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 39-316.

FREUD, S. (1926 [1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 81-167.

FREUD, S. (1917 [1915]). Luto e melancolia. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 245-263.

FREUD, S. (1924 [1923]). Neurose e psicose. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 165-167.

FREUD, S. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 175-190.

FREUD, S. (1923). O ego e o id. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-80.

FREUD, S. (1950 [1895]). Projeto para uma psicologia científica. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 335-396.

FREUD, S. (1921). Psicologia de grupos e análise do ego. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 79-145.

FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 123-133.

FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**.. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 159-171.

FREUD, S. (1916 [1915]). Sobre a transitoriedade. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud.** v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 317-319.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *In:* FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 81-108.

FONSECA, A. M. J. S. A. S. R. O papel do psicólogo na reabilitação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasilia, DF, v.1 n.1 p.59-64, Jan.-Abr. 2012. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/231211567.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

FORESTI, T.; BOUSFIELD, A. B. Silva. A compreensão da deficiência a partir das teorias dos modelos médico e social. **Revista Psicologia Política,** São Paulo, SP, v. 22, n. 55, p. 654-667, dez. 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2022000300010. Acesso em: 21 jun. 2024.

GAGNEBIN, J. M. Memória, história e testemunho. *In*: GAGNEBIN, J. M. **Lembrar escrever esquecer**. São Paulo: Ed. 34, 2006. cap. 4, p. 44-57.

GASCÓN, M. R.; SANTOS, R. F.; CAPITÃO, C. G.; FANTINE-NOGUEIRA, M. C.; OLIVEIRA, A. C. P. OLIVEIRA, A. C. P. Um corpo que perde o sentido: uma leitura psicanalítica dos pacientes com paraparesia espástica tropical**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 1, p. 33-48, jun.-jun. 2013. Disponível em https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/312/307. Acesso em 25 ago. 2021.

GIBB, W. R. G.; LEES, A.J. The relevance of lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson´s diseases**. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry,**, v. 51, n. 6, p. 745-752, 1988. Available In: https://doi.org/10.1136/jnnp.51.6.745. Access in: 20 jun. 2021.

GOLDENBERG, R. D. A felicidade como fator político. *In*: GOLDENBERG, R. D. **Política e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. p. 25-39.

GOLDFARB, D. M. C. **Do tempo da memória ao esquecimento da história:** um estudo psicanalítico das demências**.** 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São

Paulo, 2004. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-16092004-094302/en.php. Acesso em: 16 abril, 2023.

GOLDFARB, D. M. C. É melhor esquecer: reflexões sobre a memória e o fenômeno demencial. *In*: CORTE, B.; MERCADANTE, E.; ARCURI, I. G. (Org.). **Complex(idade) Velhice e Envelhecimento**. São Paulo: Vetor, 2005, v. 1, p. 185-206.

GUZMÁN, M. C.; DERZI, C. A. M. O trauma e seu tratamento: contribuições de Freud e Lacan. **Revista Subjetividades**, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i1.e9254. Acesso em: 24 ago. 2023.

HANNS, L. **Dicionário Comentado do Alemão de Freud.** Rio de Janeiro, Imago, 1996.

KLAUTAU, P.; WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F. Comer para existir: trauma, oralidade e contornos do Eu. **Avances en Psicología Latinoamericana,** Bogotá, Colômbina, v. 31, n. 3, p. 522-531, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a06.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

KLAUTAU, P.; WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F. Do traumático ao trauma: a lógica do presente permanente. **Psicologia em Revista,** Belo Horizonte, BH, v. 22, n. 3, p. 613-635, dez. 2016. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2016V22N3P613/11680. Acesso em: 22 ago. 2023.

KLEIN, M. (1946-1963). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides (1946). *In*: KLEIN, M. **Obras Completas, Inveja, Gratidão e outros trabalhos** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, cap. 1, p. 17-43.

KLEIN, M. (1921-1945). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos (1940). *In*: KLEIN, M. **Obras Completas, Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1, cap. 20, p. 386-412.

KLEIN, M. (1921-1945). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos (1935). *In*: KLEIN, M. **Obras Completas, Amor, culpa e reparação e outros trabalhos** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1, cap. 17, p. 301-329.

KOVÁCS, M. J. Prefácio. In: CASELLATO, G. (org.) **O luto por perdas não legitimadas na atualidade.** São Paulo: Summus, 2020. p. 9-14.

KRISTEVA, J. **Soleil noir: Dépresion et mélancolie.** Paris: Gallimard, 1987. p. 22-23.

KÜBLER-ROSS, E. (1969). **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais tem para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos, e aos seus próprios parentes. 9 ed. São Paulo: WMF Martins fontes, 2008.

KUMMER, A.; TEIXEIRA, A. L. Neuropsychiatry of parkinson´s disease. **Arquivos de neuropsiquiatria,** Minas Gerais, v. 67, n. 3-B, p. 930-939, set. 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000500033. Acesso em: 28 ago. 2021.

KUPERMANN, D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar,** Rio de Janeiro, v.19, n. 1,

p. 6-20, Jan.-Jul. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.19.408. Acesso em: 20 mai. 2023.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise. *In*:_____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

LACAN, J. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. *In***: _____. Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1966). O estádio do espelho como formador da função do eu. *In*: _____ **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103.

LACAN, J. (1959-1960). **O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. (1956-1957). **O Seminário, Livro 4. a relação de objeto**. São Paulo: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. (1957-1958). **O Seminário, Livro 5. as formações do inconsciente**. São Paulo: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. (1981). **O Seminário, Livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. (1958-1959). **O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016.

LACAN, J. (1964). **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. (1966). Psicoanalisis y medicina. *In*: **Intervenciones y textos**. Buenos Aires, Manantial, 1991. p. 86-99.

LACAN, J. (1973). **Televisão**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1993.

LAMBOTTE, M.-C. **La mélancolie:** Études cliniques. Paris: Economica Anthropos, 2007.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

LEMGRUBER, V. B. Terapia focal: psicoterapia breve psicodinâmica. *In*: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 10, p. 167-187.

LEVY, E. S.; CECCARELLI, P. R. Considerações sobre desamparo, angústia e trauma: a tragédia em Brumadinho. *In*: LIGUORI, C; LEVY, D. (org.) **BRUMADINHO:** da ciência à realidade. Editora: LiberArs, 2020. p. 139-158.

MADALENO, I.M.P.; BONORINO, C. O.; COSTA, R. C. V.; LIMA, I.S.; CACCETTI, A. P. P.; MENDONÇA, M.; FIGURELLI, P. B.; MENDONÇA, A. M

Psicologia na reabilitação infantil e adultos. *In*: FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P.; HEBERT, S. K. (org.) **AACD Medicina e reabilitação:** princípios e prática**.** São Paulo, Artes Médicas, 2007. p. 833-852.

MATOS, V. B. BELO, F. R. R. Transformações do eu na velhice e suas articulações com o trauma. **Revista Longeviver**, São Paulo, SP, v. 4, n. 15, Ano IV, p. 21-31, Jul.-Ago.-Set. 2022. Disponível em: https://revistalongeviver.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/issue/view/84. Acesso em: 15 jan. 2023.

MALAN D. H. **As fronteiras da psicoterapia breve: um exemplo de convergência entre pesquisa e prática médica**. Porto Alegre: Artmed, 1981.

MELEGA, M. P. Origens literárias do modelo psicanalítico da mente. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, SP, v. 44, n. 80, p. 239-25, jun. 2011. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v44n80/v44n80a20.pdf. Acesso em: 20 jun. 2024.

MELO, M.T.; RIBEIRO, P.C. Modelos do trauma em Freud e suas repercussões na psicanálise pós-freudiana. **Revista Percurso**, v. 19, n. 37, p. 33-44, 2º sem. 2006. Disponível em: https://percurso.openjournalsolutions.com.br/index.php/ojs/article/view/1024/1061. Acesso em: 20 abr. 2024.

MELTZER, D. (1978). **Desarrollo kleiniano: El significado clínico de la obra de Bion**. Buenos Aires: Spatia, 1990.

MENDES, E. D.; VIANA, T. C.; BARA, O. Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 423-431, Out.-Dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/SZNKctRm7tcwQrPw37DZD4n/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 jul. 2023.

MENEZES, L. S. **Desamparo.** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

MESHULAM-WEREBE, D.; ANDRADE, M. G. de O.; , DELOUYA, D. Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. **Brazilian Journal of Psychiatry,** v. 25, supl. I, p. 37-40, jun. 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500009. Acesso em: 20 jan. 2025.

MINAYO, M. C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORETTO, M. L. T. **O que pode uma analista no hospital**? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NASIO, J. D. A dor psíquica é a dor de amar. *In*: _____**. A dor de amar**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2007. p. 35-41.

NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicose**. RJ: JZE, 2001.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, v. 15. n. 1-2, p. 83-106, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100013. Acesso em: 24 ago. 2021.

PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.27, n. 2, p. 131-138, mai.-ago. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000200003. Acesso em: 16 ago. 2023.

PINHEIRO, M. T. da S.; QUINTELLA, R.R.; VERZTMAN, J.S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia clínica,** Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000200010. Acesso em: 20 set. 2023.

QUINODOZ, J. M. Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 28, n.4, p.613-34, out.-dez.1994. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-5402. Acesso em: 15 set. 2021.

QUINTELLA, R. As Funções do Pai: Pensando a Questão da Autoridade na Constituição do Sujeito Contemporâneo a partir de um Estudo Psicanalítico do ideal do Eu. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, CE, v. 14, n. 2, p. 284-296, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5275/527568870001.pdf. Acesso em: 20 mai. 2023.

RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P. Aspecto multidisciplinar do atendimento e sequencia do atendimento. *In*: FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P.; HEBERT, S. K. (org**.) AACD Medicina e reabilitação:** princípios e prática. São Paulo, Artes Médicas, 2007. p. 1-3.

REIS, M. E. B. T. Construção de fatos clínicos psicanalíticos. *In*: PINHEIRO, N. N. B.; PERES, R. S.; CORDEIRO, S. N. (org.) **Pesquisas acadêmicas em Psicanálise:** reflexões teóricas e ilustrações práticas**.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. cap. 6, p. 97-110.

RIBEIRO, M. M. C. Neurose de angústia e transtorno de pânico**. Reverso,** Belo Horizonte, BH, v. 31. n. 58. p. 43-51, set. 2009. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5470015. Acesso em: 16 jul. 2023.

RIEN, M.; SCORTEGAGNA S. A.; GRAZZIOTIN J. B. D. D.; BERTOLIN T. E.; Evidências de validade do Zulliger-SC em idosos com Doença De Parkinson. **Estudos de Psicologia (Campinas),** v. 34, n. 4, p. 560-570, dez. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400011. Acesso em 11 out. 2021.

ROCHA, M.S.G. Doença de Parkinson: Aspectos neuropsicológicos *In*: ANDRADE, V. M.; SANTOS, F. H.; BUENO, O. F. A. B. (org.). **Neuropsicologia hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

ROCHA, C. E. D. **Estimulação cerebral profunda bilateral dos núcleos subtalâmicos na doença de Parkinson: complicações, efeito clínico, impacto na qualidade de vida e suas correlações.** 2019. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2019.

SANTOS, T. C.; OLIVEIRA, F. L. G. As patologias narcísicas e os estados depressivos na pós-modernidade. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, RJ, v. 54, n. 1, p. 6-30, 2022. Disponível em: https://www.tempopsicanalitico.com.br/tempopsicanalitico/article/view/695/293. Acesso em: 15 jul. 2023.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003. Disponível em: https://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/153.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

SCHILDER, P. (1935). **A imagem do corpo**: **as energias construtivas da psique.** São Paulo: Martins Fontes, 1980.

SCHMIDT, E. Melancolia, depressão e suas narrativas **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 16, n.1, p. 89-99, mar. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000100007. Acesso em: 20 ago. 2023.

SILVA, C. M.; MACEDO, M. M. K. O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 36, n.3, p. 520-533, jul.-set. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014. Acesso em: 20 mai. 2022.

SILVA, J. R., BORBA, L. E. P.; ANDRADE F. W. C. A sexualidade masculina na velhice e os desafios impostos aos homens frente às ameaças de castração. **Revista Lumen**, v. 29, n. 1, 85-94, jan.-jun. 2020. Disponível em: https://fafire.emnuvens.com.br/lumen/article/view/579/517. Acesso em: 20 jan. 2025.

SIMONETTI, A**. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 8. ed. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2016.

SOUZA, J. G. E. de; CAMPOS, E. B. V. A contratransferência e a importância das capacidades do analista na prática psicanalítica contemporânea. **Impulso**, Piracicaba, v. 24, n. 60, p. 123-132, mai.-ago. 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/ea63661a-aa62-4072-9f31-b0ad863e5ad7/content. Acesso em: 20 fev. 2025.

TAVARES, M. A entrevista clínica. *In*: CUNHA, J. A. *et al.* **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. rev. ampl.. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa – Definição e Principais Características. **Revista portuguesa de psicossomática,** Portugal, v. 2, n. 1, p. 93-108, jan.-jun. 2000. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde de humanas**.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ULIANA, M. C., CAMPOS, E. B. V. A psicoterapia psicanalítica do paciente com Parkinson no contexto da clínica ampliada. **PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru**, 4, e024, 17, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.59099/prpub.2024.79. Acesso em: 18 mai. 2025.

ULIANA, M. C., CAMPOS, E. B. V. A psicoterapia psicanalítica do paciente com Parkinson na reabilitação: relato de experiência. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar,** Belo Horizonte, 28, e011, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.606. Acesso em: 18 mai. 2025.

VERZTMAN, J. A estratégia de estudo de casos múltiplos na pesquisa clínica em psicanálise. *In*: **ANAIS DO COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE O MÉTODO CLÍNICO DO LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL**. São Paulo: Escuta, 2009. Disponível em: https://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/09/a_estrategia_de_estudo_de_casos_multiplos_na_pesquisa_clinica_em_psicanalise.pdf. Acesso em: 20 jul. 2022.

VIEIRA, M. A. Objeto e desejo em tempos de superexposição. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica,** Rio de Janeiro, RJ, v**.** 8, n.1, p. 27-40, jan.-Jun. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-14982005000100002. Acesso em: 20 abr. 2023.

VOLLMER FILHO, G. A conceituação do fato clínico psicanalítico. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 28, n. 4, p. 673-85, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1979). **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINOGRAD, M.; VILHENA, J. Apresentação. *In*: _____ (Org). **Psicanálise e clínica ampliada: multiversos.** Curitiba: Appris, 2014. p. 5-13.

WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F.; DRUMMOND, C. O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, RN, v. 8, n. 1, p. 139-170, 2008. Disponível em: https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/1604/3588. Acesso em: 15 mai. 2023.

WOOD, N. W. Genetic risk factors in Parkinson´s disease. **Annals of Neurology.** v. 44, n. S1 1, p. S58-S62, 1998. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ana.410440709. Access in: 20 set. 2021.

ZIMMERMAN, D. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANEXO A

UNESP - FACULDADE DE CIÊNCIAS CAMPUS BAURU - JÚLIO DE MESQUITA FILHO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS NA REABILITAÇÃO DO PACIENTE COM PARKINSON.

Pesquisador: MAITHE CRISTINA ULIANA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53078021.3.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.272.225

Apresentação do Projeto:

A Doença de Parkinson é considerada uma doença neurológica degenerativa que apresenta curso crônico e progressivo, levando o paciente acometido pela doença a vivenciar sucessivas perdas físicas e psíquicas. O luto é uma maneira de lidar com os diversos modos de perdas do objeto e envolve um trabalho psíquico doloroso. O adoecimento por Parkinson pode ser marcado por sensações de estranhamento, desamparo e alterações no reconhecimento de si. Tal experiência tende a ser vivenciada de forma tão intensa pelo paciente com Parkinson que pode levar a uma cisão do Ego e um investimento da libido para uma representação de si idealizada no passado, condição que exigirá um árduo trabalho de luto que, se impedido de se realizar, pode levar a quadros que se aproximam da melancolia. Tendo em vista a importância de auxiliar no processo de reabilitação física e promover uma melhor qualidade de vida ao paciente parkinsoniano, bem como, ampliar os conhecimentos científicos sobre o tema, o objetivo da presente pesquisa é compreender a forma como o paciente com Parkinson elabora os aspectos emocionais e psicológicos relacionados ao adoecimento por Parkinson, com foco no processo de luto. Participarão da pesquisa três pacientes, acima de 18 anos, com diagnóstico médico de doença de Parkinson e que estejam em tratamento de reabilitação em um Centro de Reabilitação Física localizado na região noroeste do interior do estado de São Paulo. A partir da escuta do conteúdo advindo da relação analítica serão (re)construídas cenas de três casos clínicos ilustrados por fatos clínicos que, após serem descritos, serão articulados com a teoria psicanalítica a fim de se realizar

Endereço: Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO **CEP:** 17.033-360
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3103-9400 **Fax:** (14)3103-9400 **E-mail:** cepesquisa.fc@unesp.br

uma análise compreensiva das manifestações e elaborações psíquicas do luto vivenciado pelos pacientes com diagnóstico de Doença de Parkinson.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

O objetivo geral desta pesquisa é compreender a forma como o paciente com Parkinson elabora os aspectos emocionais e psicológicos relacionados ao adoecimento por Parkinson no contexto da reabilitação em psicologia da saúde.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Analisar o modo como a escuta analítica pode auxiliar nas elaborações psíquicas de aspectos emocionais envolvidos na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson; 2. Compreender o processo de luto vivenciado pelos pacientes com doença de Parkinson;

3. Caracterizar estratégias e manejo na clínica ampliada de pacientes com doença de Parkinson.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tanto os riscos quanto os benefícios estão claramente apresentados no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem escrita, com delimitação adequada do objetivo, do referencial teórico e da metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE atende adequadamente as exigências estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após solicitação do Comitê de Ética, foi apresentada a declaração de autorização, assinada pelo/a responsável pela instituição (Centro de Reabilitação Física localizado na região noroeste do interior do estado de São Paulo), onde será realizado o estudo. A interessada também ajustou o cronograma do projeto na nova versão apresentada.



Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado "aprovado" por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

Lembramos que é dever do pesquisador responsável, ao término da pesquisa e conforme o cronograma informado à Plataforma Brasil, apresentar o relatório final da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇOES_BASICAS_DO_PROJETO_1845879.pdf	27/01/2022 10:59:37		Aceito
Outros	Carta_justificativa.pdf	27/01/2022 10:57:46	MAITHE CRISTINA ULIANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_instituicao.pdf	27/01/2022 10:49:59	MAITHE CRISTINA ULIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLUTOPARKINSON_COMITE2.pdf	27/01/2022 10:46:08	MAITHE CRISTINA ULIANA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2.pdf	27/01/2022 10:23:07	MAITHE CRISTINA ULIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLUTOPARKINSON_COMITE.pdf	25/10/2021 20:08:54	MAITHE CRISTINA ULIANA	Aceito
Folha de Rosto	folhorosto_assinada.pdf	25/10/2021 19:43:07	MAITHE CRISTINA ULIANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/10/2021 10:11:14	MAITHE CRISTINA ULIANA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

UNESP - FACULDADE DE CIÊNCIAS CAMPUS BAURU - JÚLIO DE MESQUITA FILHO

Continuação do Parecer: 5.272.225

BAURU, 04 de Março de 2022

Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO **CEP:** 17.033-360
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3103-9400 **Fax:** (14)3103-9400 **E-mail:** cepesquisa.fc@unesp.br

APÊNDICE I
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS NA REABILITAÇÃO DO PACIENTE COM PARKINSON.

O senhor (a) foi convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender a forma como o paciente com Parkinson elabora os aspectos emocionais e psicológicos relacionados ao adoecimento por Parkinson. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Nesta pesquisa necessitaremos de participantes voluntários com idade superior a 18 anos que estejam em tratamento no centro de reabilitação física e em acompanhamento psicológico individual. A coleta de dados será realizada por meio diário de bordo da psicóloga, que irá manter o registro do conteúdo clínico emergido das sessões realizadas semanalmente durante o acompanhamento individual com os pacientes elencados para o estudo. Após o encerramento do tratamento serão construídas cenas referentes ao caso clínico que mantém uma relação como tema da pesquisa, ao invés do caso clínico em profundidade, visando, com isso, preservar a identidade do participante. Esse material será descrito e articulado com a teoria psicanalítica e analisado para a finalidade da pesquisa. A análise do material após o encerramento do tratamento visa evitar possíveis interferências durante este processo.

O presente estudo será importante para compreender a forma como o paciente com Parkinson elabora os aspectos emocionais e psicológicos relacionados ao adoecimento por Parkinson para, com isso, auxiliar no processo de reabilitação visando uma melhor qualidade de vida, bem como, para ampliar os conhecimentos científicos sobre o tema e contribuir para o aprimoramento de práticas interventivas futuras.

Tendo em vista que a participação na pesquisa está vinculada ao atendimento psicológico na instituição, os benefícios envolvidos na participação da pesquisa estão relacionados aos benefícios terapêuticos do próprio atendimento psicológico, os quais consistem na elaboração psíquica dos aspectos emocionais e psicológicos relacionados ao adoecimento por Parkinson, na facilitação do processo de reabilitação e na melhora

da qualidade de vida. Ressaltamos que a não participação na pesquisa não implicará no desligamento do tratamento psicológico, de modo que, o paciente que opte por não participar da pesquisa não perderá os benefícios terapêuticos do tratamento psicológico.

Os riscos de participação da pesquisa são inerentes ao próprio processo terapêutico psicológico podendo envolver alterações emocionais e psicológicas relacionadas ao adoecimento que, caso ocorram, serão acolhidas e elaboradas durante o tratamento psicológico. Assim, afirmamos os riscos apresentados por esta pesquisa são mínimos, mas, caso haja algum tipo de desconforto psicológico em participar, a coleta de dados será interrompida, sem que haja qualquer prejuízo ao paciente quanto à continuidade do tratamento psicológico.

As informações coletadas neste estudo são confidenciais e serão utilizadas apenas com a finalidade de pesquisa, de forma que a identidade do participante não será revela ou exposta. A participação na pesquisa é livre, sendo que o participante poderá se recusar a participar da pesquisa, interromper sua participação ou retirar o seu consentimento, sem que haja nenhum prejuízo, penalidade ou perda de benefícios. O participante não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Este termo de consentimento livre e esclarecido é realizado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador para manter arquivada.

Eu, _____ abaixo assinado, como maior responsável, concordo voluntariamente em participar do estudo acima. Declaro que recebi informações detalhadas sobre a natureza e objetivos do estudo e sobre as solicitações que serão feitas a mim. Fui informado da inexistência de efeitos indesejáveis sobre o meu bem-estar durante a realização da pesquisa. Concordo em cooperar nos procedimentos envolvidos e que informarei de imediato, qualquer intercorrência. Tenho conhecimento de que sou livre para desistir do estudo a qualquer momento, sem a necessidade de justificar esta decisão, e que informarei o pesquisador o mais rápido possível em caso de desistência. Tenho conhecimento de que a minha participação é sigilosa, isto é, que meu nome não será divulgado em qualquer publicação, relatório ou comunicação científica referentes aos resultados da pesquisa. Confirmo que as informações que foram solicitadas são verdadeiras.

O voluntário será um contribuinte da ciência e não terá nenhuma prerrogativa frente àqueles que não participarão da pesquisa, não recebendo, portanto, nenhum tipo de

benefício ou pagamento. Informamos que eventuais gastos para a participação nesta pesquisa serão garantidos pela pesquisadora responsável, que também garantirá assistência e indenização em caso de danos decorrente de sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida,

manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Cidade: _____, ____ / ____/ ____ .

Assinatura _____ (participante)

Cidade:_____, ____ / ____/ ____ .

Assinatura _____ (pesquisadora responsável)

Pesquisadora Responsável: Ma. Maithê Cristina Uliana e-mail: maithepsico@gmail.com. Tel: (17) 99200-8449.

Docente Orientador: Prof. Dr. Érico Bruno Viana Campos, e-mail: ebcampos@fc.unesp.br, Tel: (14) 3103-6087.

Quaisquer dúvidas ou reclamações quanto aos aspectos éticos desta pesquisa deverão ser encaminhadas para o Programa de Pós Graduação – UNESP, Campus Bauru, – Av. Eng. Luiz Edmundo C. Coube, 14-01, Vargem Limpa - cep 17033-360. Bauru-SP. Tel. (14) 3103.6000; e-mail: pospsi@fc.unesp.br

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3103-6075.

Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Mário Lázaro Camargo. Fone: (14) 3103-6075 - Seção Técnica Acadêmica. E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br