



A psicoterapia psicanalítica do paciente com Parkinson na reabilitação: relato de experiência

Psychoanalytic psychotherapy for patients with Parkinson's in rehabilitation: experience report

Maithê Cristina ULIANA¹  

Érico Bruno Viana CAMPOS²  

¹ Universidade Estadual Paulista – UNESP, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem. Bauru, SP, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista – UNESP, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Departamento de Psicologia. Bauru, SP, Brasil.

Correspondência:

Maithê Cristina Uliana
maithepsico@gmail.com

Recebido: 19 dez. 2023

Revisado: 24 dez. 2024

Aprovado: 11 fev. 2025

Como citar (APA):

Uliana, M. C., & Campos, É. B. V. (2025). A psicoterapia psicanalítica do paciente com Parkinson na reabilitação: relato de experiência. *Revista da SBPH*, 28, e011. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.606>.

Financiamento:

Financiamento próprio e Bolsa Produtividade CNPq.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurológica degenerativa que apresenta curso crônico e progressivo. As mudanças ocasionadas pela DP impactam na vida do paciente gerando intenso sofrimento psíquico, semelhante a uma experiência traumática, com uma difícil elaboração psíquica dos processos de luto, podendo levar a quadros que se aproximam da melancolia. Este relato de experiência objetivou investigar os aspectos emocionais envolvidos na atenção à saúde mental do paciente com DP, com foco no processo de luto sob uma perspectiva psicanalítica. Trata-se de um relato de caso clínico a partir do acompanhamento psicológico a um paciente diagnosticado com a DP, em um centro de reabilitação física localizado na região noroeste do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio do diário de campo e a interpretação seguiu os preceitos da clínica e teoria psicanalíticas. Constatamos que a psicoterapia psicodinâmica breve oferecida no contexto de Reabilitação Neurológica em Psicologia da Saúde foi um fator importante na atenção e cuidado à condição da DP, funcionando como dispositivo facilitador para os processos de luto, auxiliando nas transformações das estratégias de enfrentamento e no quadro geral de humor. Destacamos a importância da presença do profissional de Psicologia inserido nas equipes interdisciplinares nesses contextos.

Descritores: Doença de Parkinson; Psicologia da saúde; Psicanálise.

Abstract

Parkinson's disease (PD) is a degenerative neurological disease that presents a periodic and progressive course. The changes caused by PD impact the patient's life, generating intense psychological suffering, similar to a traumatic experience, with a difficult psychic elaboration of the grieving processes, which can lead to conditions that are close to melancholy. This experience report aims to investigate the emotional aspects involved in mental health care for patients with PD, focusing on the grieving process from a psychoanalytic perspective. This is a clinical case report based on psychological support for a patient reported to have PD, in a physical rehabilitation center located in the northwest region of the state of São Paulo. Data collection was carried out through a field diary and interpretation followed the precepts of psychoanalytic clinic and theory. We found that the brief psychodynamic psychotherapy offered in the context of Neurological Rehabilitation in Health Psychology was an important factor in the attention and care for the PD condition, functioning as a facilitating device for the grieving processes, helping to transform coping strategies and the general picture of humor. We highlight the importance of the presence of Psychology professionals inserted in interdisciplinary teams in these contexts.

Descriptors: Parkinson's disease; Health psychology; Psychoanalysis.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) 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 e acarreta uma diminuição intensa da produção de dopamina, neurotransmissor responsável pelos movimentos voluntários. Os principais sintomas motores da DP são tremor, rigidez, instabilidade postural e lentidão dos movimentos. Demais sintomas incluem a diminuição do volume da voz, ausência de expressão facial, dificuldade de deglutição, constipação, micção frequente e disfunção sexual. As alterações cognitivas podem ser observadas nos estágios iniciais, contudo são mais prevalentes no estágio tardio da doença. Os sintomas neuropsiquiátricos de ansiedade e depressão podem estar presentes na DP e preceder os sinais motores em vários anos, podendo a ansiedade piorar os sinais motores (Kummer & Teixeira, 2009).

A reabilitação física é utilizada como um recurso terapêutico para minimizar os efeitos dos sintomas motores decorrentes das sequelas neurológicas. Trata-se de um processo amplo que envolve a avaliação das funções do paciente por uma equipe multidisciplinar 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 (Araújo & Queiroz, 2015). Em específico às doenças neurológicas degenerativas, a reabilitação física tem como foco principal o adiamento das perdas funcionais (Fernandes et al., 2007).

O trabalho ambulatorial do psicólogo no centro de reabilitação física pode ser compreendido como uma prática inserida no âmbito da Psicologia da Saúde localizada em um nível secundário de atenção especializada em saúde, cuja atuação visa à prevenção dos possíveis efeitos adversos de uma demanda existente (Castro & Bornholdt, 2004). Os conhecimentos teóricos e clínicos dos efeitos psicológicos dos diagnósticos possibilitam uma abordagem preventiva e terapêutica, pois criam condições para a manutenção da saúde mental, buscam reparar o funcionamento psíquico disfuncional evitando uma desorganização psíquica, previnem o efeito iatrogênico das intervenções da equipe e evitam o agravamento de transtornos psicológicos já instalados. Assim, a reabilitação psicológica tem como foco a forma como o sujeito lida com sua condição física (Fonseca, 2012). O papel do psicólogo consiste em auxiliar o paciente frente às etapas da reabilitação, favorecendo a elaboração dos aspectos emocionais para uma maior conscientização em relação à sua nova condição física (Fernandes et al., 2007). Ademais, envolve a mediação entre pacientes e equipe de profissionais, já que esta se torna depositária de uma parte do narcisismo dos pacientes e contribui para a humanização dos contextos de reabilitação (Fonseca, 2012).

A assistência psicoterápica de abordagem psicanalítica ao paciente neurológico ainda é considerada escassa, 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. O objetivo do atendimento psicológico de abordagem psicanalítica não se resume a estabelecer relações de causalidade psicossomática e, nem tampouco, psicogênica, mas sim promover a elaboração psíquica dos efeitos

da lesão cerebral e das suas consequências permitindo ao paciente neurológico a expressão de sua subjetividade (Winograd et al., 2008).

Apesar disso, diversas pesquisas 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 (Andrade & Winograd, 2018; Klautau et al., 2016; Winograd et al. 2008). Nesse sentido, Winograd et al. (2008) destacam os diferentes tipos de feridas subjetivas que podem estar presentes em casos de lesão neurológica grave. O paciente neurológico pode ter a sensação de existência interrompida quando a imagem do corpo e o esquema corporal, que sustentam o narcisismo primário, são abalados. 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.

As diversas mudanças ocorridas com a DP são vivenciadas como experiências de perdas as quais podem desencadear processos de luto de difícil elaboração psíquica, acarretando intenso sofrimento psíquico. O luto é 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, 1917/1969, p. 249). O trabalho de luto se inicia quando o teste de realidade revela que o objeto amado não existe mais, sendo exigido que o sujeito retire a libido que até então estava investida naquele objeto. Nesse processo, cada lembrança vinculada ao objeto é evocada, havendo um super investimento libidinal para em seguida, por meio da elaboração psíquica, haver o progressivo desinvestimento e realocação da libido para novos objetos.

Por outro lado, Freud (1917/1969) salienta que a melancolia também constitui uma reação à perda de um objeto amado, porém nela há uma reação defensiva específica contra a perda deste. Nesse sentido, a perda na melancolia seria de natureza mais idealizada e estaria de algum modo inconsciente, não sendo possível ter clareza quanto ao que foi perdido. O sentimento de auto-recriminação presente na melancolia aponta para uma ambivalência que se manifesta diante da perda do objeto como uma identificação narcísica do ego com o objeto amado perdido, havendo, assim, uma cisão egoica em que uma parte do ego irá se colocar contra a outra e julgá-la criticamente, tomando-a por seu objeto perdido. Assim, a libido que estava ligada ao objeto amado perdido ao invés de ser deslocada para outro objeto, é reinvestida para o ego de forma invertida, havendo uma regressão de um tipo de escolha objetual para o tipo narcísico.

Nessa perspectiva, as alterações de natureza progressiva da DP podem ser pensadas como uma cronificação dos trabalhos de luto, o que implicaria uma dificuldade maior para a elaboração psíquica, podendo levar a estados melancólicos. Cherix e Coelho Júnior (2018) destacam que 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, utilizando-se da cisão do ego, tal qual ocorre na melancolia, para se defender do excesso de energia e encontrar um funcionamento psíquico saudável. Goldfarb (2005) sugere que os lutos não elaborados, somados aos lutos envolvidos no processo de envelhecimento,

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, Andrade e Winograd (2018) ressaltam que a perda da parte de si com funções cognitivas preservadas em pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) 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 uma nostalgia de si.

Salientamos que a elaboração do luto pode ser favorecida se tais perdas forem devidamente reconhecidas e trabalhadas por uma escuta que testemunhe sua dor, fornecendo o devido lugar à expressão do seu sofrimento psíquico. Portanto, cabe ao psicólogo oferecer ao paciente uma escuta que possa sustentar a angústia o tempo suficiente para que ele possa submetê-la ao trabalho de elaboração psíquica (Simonetti, 2016). Assim, o trabalho psicanalítico pode auxiliar o paciente a elaborar as perdas sofridas com o adoecimento, favorecendo o desinvestimento das representações idealizadas e possibilitando o trabalho de luto da parte de si perdida.

Considerando que as perdas físicas e emocionais presentes no adoecimento por Parkinson são vivenciadas de forma intensa e traumática que exigirão uma difícil elaboração dos processos de luto, podendo levar a quadros que se aproximam da melancolia, esse relato de experiência objetivou investigar os aspectos emocionais relacionados ao adoecimento por Parkinson, com foco no processo de luto sob uma perspectiva psicanalítica. A psicoterapia de orientação psicanalítica foi utilizada como um dispositivo facilitador para a elaboração dos processos de luto.

O relato foi desenvolvido na forma de estudo de caso clínico a partir do acompanhamento psicológico a um paciente diagnosticado com DP, em um centro de reabilitação física localizado na região noroeste do estado de São Paulo. Os atendimentos psicológicos foram realizados por meio de sessões individuais de psicoterapia psicodinâmica breve com duração de quarenta minutos e frequência semanal. A coleta de dados foi realizada por meio do diário de campo, que manteve o registro do conteúdo clínico emergido das sessões de psicoterapia. O diário de campo consiste em um caderno de anotações utilizado como instrumento na pesquisa qualitativa em saúde, no qual o pesquisador anota o que é observado, incluindo impressões pessoais que podem se modificar ao longo do tempo, resultado de conversações, observações de comportamentos contraditórios em relação às falas (Minayo, 2007).

A interpretação do conteúdo da relação analítica advindo dos registros seguiu os preceitos da teoria e clínica psicanalíticas. O relato produzido modifica nomes e outros detalhes para melhor preservação do sigilo e identidade do paciente. O estudo faz parte de um projeto de pesquisa que recebeu parecer favorável do CEP da universidade sob CAAE 53078021.3.0000.5398 e aprovação do centro de reabilitação física. O participante deu seu consentimento livre e esclarecido conforme os preceitos éticos necessários.

CASO CLÍNICO

Durante as entrevistas preliminares no setor de Psicologia, o paciente (75 anos e com diagnóstico de DP há 23 anos) trouxe como queixa principal o aumento da ansiedade e irritabilidade diante de situações de frustração, bem como o mal-estar diante do rótulo diagnóstico de DP. O paciente relata que sua ansiedade aumentou após a doença e que

passou a se irritar com mais facilidade por não conseguir mais realizar as atividades como antes. A ansiedade afetava negativamente a vida do paciente, deixando-o incomodado e relutante frente a esse sintoma, conforme podemos verificar em sua fala: *"Procuro não ficar nervoso. O médico disse que se ficar nervoso o quadro da doença piora"*. A manifestação da ansiedade também pôde ser observada principalmente na forma acelerada como o paciente discorria sobre diversos assuntos, porém sem adentrar emocionalmente em nenhum deles especificamente. Além disso, 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. Em geral, o paciente possuía uma dificuldade para entrar em contato com seu sofrimento relacionado à sua condição física e tentava reafirmar a todo tempo que *"estava bem"*. 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 adentrar 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 quadro, 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 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: *"Essa doença é muito difícil. Procuro não pensar, pois quando penso começo achar que nada vale a pena"*. 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"*.

Dentre os aspectos emocionais relacionados à DP responsáveis por gerar intenso sofrimento, destaca-se a sensação de impotência. Nesse sentido que, referindo-me aos sentimentos relacionados à doença, indago-lhe o que ele 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. Às vezes sei o defeito do carro e não posso consertar"*.

A perda de autonomia acarretada pela doença também 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. O cuidado recebido da família é sentido de forma ambígua pelo paciente, que ora o percebe como proteção, ora como falta de confiança nas suas capacidades. 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, e se emociona. Indagado sobre como se sentia ele afirma *"fiquei mal comigo mesmo, não devia ter sido teimoso, sei que fizeram isso por que gostam de mim, pra me proteger"*. Digo-lhe 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. 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.

O paciente enfrenta 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 para 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 e se oferecem para dirigir em seu lugar. Pergunto ao paciente como ele se sente ao ouvir isso e ele responde *"não fico bravo, pois sei que se preocupam e querem seu 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 e mecânico 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 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 de o 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 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. Indagado sobre o receio de acidentes, o paciente nega sentir medo, justificando que dirige devagar e vai apenas a alguns lugares dentro da cidade, somente quando não tem ninguém para ir em seu lugar. Com isso, demonstra uma

percepção de suas dificuldades e certo reconhecimento de seus limites sabendo aceitar ajuda quando fosse necessário.

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.

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 recentemente acometido por um AVC. O paciente projeta seu medo de ficar dependente do cuidado de terceiros, além de precisar de cuidados e não ter ninguém para cuidar. Relata que ao ver o irmão doente lembra quando ficou hospitalizado devido a um procedimento cirúrgico associado à DP, 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, sobre o medo de depender das pessoas. Ele menciona que *“tem medo de ficar sozinho e não conseguir fazer as coisas, igual o irmão”*. E lhe indago se esse medo é maior do que o medo da morte, 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 meu 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 sentia por ter ajudado a 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 afasta a ideia de precisar ser cuidado.

A iminência da morte também aparece como aspecto emocional relacionado à condição física do paciente, uma vez que o caráter degenerativo do quadro torna a possibilidade de morrer cada vez mais concreta para o paciente. O tema da morte aparece de forma indireta no relato do paciente. O medo de morrer também surge no relato do paciente a partir da fala de familiar, que lhe diz para não guardar dinheiro e sim para usar o dinheiro consigo mesmo, pois senão eles [a família] quem irão gastá-lo. Ademais, o paciente anunciava a própria morte ao recordar que sua mãe morreu de Parkinson. 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.

Refletimos, ainda, como os aspectos relacionados à perda da autonomia recaem sobre os ideais de masculinidade produzindo um efeito de castração. Assim, se, por um lado, a masculinidade é uma construção social pautada por padrões de conduta estabelecidos, por outro lado, é uma construção psíquica estruturada por vivências do Complexo de Édipo, o qual marca para sempre a condição psíquica masculina. Sob esse quesito, o homem é frágil diante da dor física e preocupado em garantir a sua permanente potência por temer perder o poder que acredita possuir (falo). A angústia de castração advinda do Édipo 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 (Silva et al., 2020)

Assim, as mudanças no estilo de vida que o paciente possuía anteriormente à DP provocaram uma importante divisão entre antes e depois na história de vida do paciente. 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.

Podemos pensar que a ruptura na vida do sujeito ocasiona o acirramento da tensão entre o ego e seus componentes ideais. Assim, a clivagem estrutural do aparelho psíquico que se expressa no conflito entre superego e ego atual é exacerbada e o componente crítico e severo do superego produz um efeito de masoquismo e impotência no ego. Essa manifestação da crítica superegoica pôde ser observada em determinados momentos no relato do paciente. O baixo desempenho motor se tornou alvo de autorrecriações do paciente, indicando uma atitude de autoflagelação quando o paciente lamenta não ter mais força inflingindo tapas em seu próprio braço. Ao constatar que não consegue mais realizar as atividades como antes, o paciente demonstra uma atitude de desvalia revelada em seu relato pelo desejo de contribuir para um possível tratamento para a DP: *“Eu 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 e pelo alto grau de exigência imposto pelo paciente a si mesmo para 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"; "ando o dia todo, pois se ficar parado 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. A auto-observação é demonstrada pela luta incessante que o paciente trava contra sua doença e pela tentativa inalcançável de controlar, obsessivamente, possíveis falhas que possam demonstrar sua impotência atual.

Os aspectos emocionais associados ao adoecimento foram responsáveis por mobilizar um intenso sofrimento psíquico, semelhante a um trauma, tornando difícil sua elaboração psíquica. Diagnosticado há cerca de vinte e três anos, 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"*. Desse modo, é possível perceber que a dificuldade de aceitação da doença se fez presente desde o início com o recebimento 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 a história dele. Afirma que ele poderia narrar toda sua vida e que eu poderia gravar para depois escrever um livro. Nessa ocasião, aproveito para realizar o convite para a participação na pesquisa, no que ele aceita. 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 registrar sua experiência. De algum modo, o paciente transfere à figura da psicóloga os atributos necessários à possibilidade de registro dessa experiência. Ao aceitar o convite para a pesquisa o paciente tem ciência de que sua história irá para um 'livro', a tese. 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, 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 por sensações de impotência, perda de autonomia, medo da dependência de cuidados, sensação de morte iminente e 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.

Essa condição demonstra uma difícil elaboração psíquica dos processos de luto com mecanismos de defesas associados resultando na dificuldade na aceitação da condição física, corroborando 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.

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 a DP favoreceu a mobilização de mecanismos de defesa dificultando a elaboração psíquica dos processos de luto e, conseqüentemente, a aceitação da doença. 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.

Nesses casos, o caráter degenerativo e o conseqüente acúmulo de sofrimento ligado às perdas parece ser um fator determinante que atua como dificultador na elaboração psíquica da DP. 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, não encontrando o devido escoamento, o sofrimento acumula-se no psiquismo dificultando o processo de elaboração psíquica do luto e fazendo recurso aos mecanismos de defesas.

O processo psicoterapêutico auxiliou a entrada do paciente no processo de elaboração psíquica dos processos de luto sobre a imagem e potência corporal, bem como a identidade do ego, levando a favorecer um maior contato emocional com esse sofrimento, oportunizando, por meio da escuta, a simbolização de sua traumática experiência com histórico de perdas. Assim, embora a elaboração não tenha culminado para uma aceitação completa da doença, durante o processo psicoterapêutico o paciente teve a oportunidade de entrar em contato e elaborar os aspectos emocionais indicados acima. Além disso, houve a estabilização psíquica com a diminuição dos sintomas de ansiedade.

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 psicoterapeuta, emociona-se referindo ter sido muito bom e que "conversar me ajudou muito". Nesse instante, pergunto-lhe o que ele acredita ter melhorado e ele relata que 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, afirmando: "Quem tem (con) ciência disso, tem paz".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato do caso clínico é importante para compreender a forma como o paciente com DP pode elaborar os aspectos emocionais relacionados ao adoecimento e, com isso, auxiliar no processo de reabilitação visando uma melhor qualidade de vida. O relato é bastante ilustrativo dos processos descritos na fundamentação teórica, sendo relevante na corroboração de certas hipóteses psicodinâmicas sobre a condição de DP. Constatamos também que a psicoterapia de orientação psicanalítica oferecida no contexto de Reabilitação Neurológica em Psicologia da Saúde foi um fator importante na atenção e cuidado à sua condição, colaborando sobremaneira para as transformações qualitativas nas estratégias de enfrentamento e no quadro geral de humor e funcionando como um dispositivo facilitador para a elaboração dos processos de luto. É importante ressaltar que o paciente poderia não ter tido acesso à psicoterapia caso não estivesse inserido em um serviço de saúde de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, o que reforça a importância da presença do profissional de Psicologia nesses contextos.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: MCU, EBVC; **coleta de dados:** MCU; **análise dos dados:** MCU; **redação do manuscrito:** MCU, EBVC; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** MCU, EBVC.

REFERÊNCIAS

- Araújo, T. C. C. F., & Queiroz, E. (Orgs.) (2015). *Psicologia da reabilitação: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas*. Liber Livro.
- Andrade, A. B., & Winograd, M. (2018). Nostalgia de si: melancolia e adoecimento neurológico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 21(3), 354-364. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982018003007>.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>.
- Cherix, K., & Coelho Junior, N. E. (2018). Luto e melancolia nas demências: a psicanálise na clínica do envelhecimento. *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, 10(2), 182-195. <https://doi.org/10.18379/2176-4891.2018v2p.182>.
- Fernandes, A. C., Ramos, A. C. R., Casalis, M. E. P., & Hebert, S. K. (Orgs.) (2007). *AACD medicina e reabilitação: princípios e prática*. Artes Médicas.
- Fonseca, A. M. J. S. A. S. R. (2012). O papel do psicólogo na reabilitação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1(1), 59-64. <https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/16799>.

- Freud, S. (1969). *Luto e melancolia* (Obras completas, Vol. 14). Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Goldfarb, D. C. (2005). É melhor esquecer: reflexões sobre a memória e o fenômeno demencial. In B. Corte, E. F. Mercadante, & I. G. Arcuri, I. G. (Orgs.) *Complex(idade): velhice e envelhecimento* (pp. 185-206). Vetor.
- Klautau, P., Winograd, M., & Sollero-de-Campos, F. (2016). Do traumático ao trauma: a lógica do presente permanente. *Psicologia em Revista*, 22(3), 613-635. <https://doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P613>.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos, e aos seus próprios parentes* (9a ed.). Martins fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Kummer, A., & Teixeira, A. L. (2009). Neuropsychiatry of Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 67(3-B), 930-939. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000500033>.
- Minayo, M. C S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10a ed). Hucitec.
- Silva, J. R., Borba, L. E. P., & Andrade, F. W. C. (2020). A sexualidade masculina na velhice e os desafios impostos aos homens frente às ameaças de castração. *Lumen*, 29(1), 85-94. <https://fafire.emnuvens.com.br/lumen/article/view/579/517>.
- Simonetti, A. (2016). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (8a ed). Casa do Psicólogo.
- Winograd, M., Sollero-de-Campos, F., & Drummond, C. (2008). O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. *Revista mal-estar e subjetividade*, 8(1), 139-170. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000100008.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editor assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Angelo Márcio Valle da Costa

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
