

DO CÉREBRO À PALAVRA: ASPECTOS SUBJETIVOS DO ADOECIMENTO NEUROLÓGICO

Alunas: Camila B. Pires Leal

Isabel Barata Adler

Orientadora: Monah Winograd

Introdução

A pesquisa da experiência subjetiva do adoecimento neurológico, das variações no enquadre necessárias para o atendimento destes pacientes e das questões teóricas derivadas, tem sido nosso principal interesse, dentre as diferentes abordagens do diálogo entre psicanálise e neurociências. Em nossas pesquisas, temos discutido o fato de que até poucos anos atrás, o atendimento clínico a pacientes neurológicos tinha como eixos centrais a neurologia e a neuropsicologia. O tratamento privilegiava as perdas cerebrais, cognitivas e motoras sofridas pelo sujeito em função de seu adoecimento, negligenciando abordagens de cunho psicoterapêutico e priorizando a reabilitação das funções cognitivas.

Por sua vez, a clínica psicanalítica tradicional não acolhia este tipo de caso, em parte, por ter se voltado para o tratamento de afecções de etiologia psicológica, deixando para a neurologia e a neuropsicologia o espectro das patologias de etiologia neurológica, o estudo anatomofisiológico do cérebro e a investigação das correlações entre o cérebro e os processos psíquicos. A idéia de que uma abordagem psicoterapêutica da experiência subjetiva do adoecimento neurológico pudesse produzir efeitos benéficos precisou esperar pelos desenvolvimentos recentes da investigação teórico-clínica no campo da psicanálise. É bem verdade que, desde os anos 1940, tem havido intensa pesquisa teórico-clínica sobre os limites das práticas clínicas tradicionais centradas na interpretação, resultando na exploração sistemática de novos dispositivos de cuidado e intervenção mais adequados aos que fogem, por diversas razões, à figura típica do neurótico. Entre esses pacientes estão aqueles nomeados como casos-limite ou borderline, casos difíceis ou inclassificáveis e até

bebês e crianças na primeira infância. Entendemos que os pacientes neurológicos também devam ser acolhidos pela clínica psicanalítica e podem se beneficiar do atendimento.

É evidente que a clínica e a pesquisa envolvendo pacientes neurológicos não é nova, embora tenha sido, até recentemente, domínio praticamente exclusivo da neurologia clínica, ocupada com a observação de patologias cerebrais específicas acompanhadas de variações do funcionamento psíquico. Nunca é demais lembrar que Freud formou-se na escola alemã de Neurologia, tendo sido aluno de Brücke e de Meynert e, depois, circulado pela escola francesa, tendo ficado bastante impressionado com Charcot e com as histéricas da Salpêtrière. Basicamente, Freud acreditava que: (1) as variações nas faculdades psicológicas seguem leis de funcionamento próprias (e não as da anatomia cerebral): as síndromes psicológicas precisam ser descritas e explicadas em seus próprios termos psicológicos; (2) as faculdades psicológicas não são destruídas por lesões cerebrais localizadas: são distorcidas e modificadas de modo dinâmico, refletindo sua conexão com outras faculdades. Dito de outro modo, os processos psíquicos apresentam leis próprias de funcionamento, são processos complexos derivados da interrelação entre componentes mais elementares. Deste ponto de vista, o psíquico é o produto de sistemas funcionais dinâmicos capazes de se organizarem e de se adaptarem a contextos variáveis e, portanto, deve ser concebido como distribuído entre os elementos estáticos do sistema nervoso (não podendo ser localizado em regiões anatômicas restritas). Com isso, Freud aderiu a uma linhagem neurológica diversa daquela na qual fora educado — adesão que lhe permitiu inventar a Psicanálise.

É inegável ser este um campo extremamente profícuo para a pesquisa acadêmica e a afinação clínica. É evidente que psicanálise e neurociência cognitiva têm referenciais e modos de abordagem diversos a serem preservados em suas especificidades. Se a psicanálise é uma prática centrada na transferência e na causalidade psíquica inconsciente, a neurociência cognitiva se situa do lado de uma causalidade apoiada no método experimental. Contudo, como sugere Oppenheim-Gluckman, a clínica com pacientes neurológicos permite a formulação de novas questões e, conseqüentemente, o avanço teórico e técnico. Dentre as várias possíveis, podemos destacar, de saída, a problemática da cognição, considerando que as disfunções cognitivas atingem o sujeito em sua sensação de identidade e de existência sustentadas por funções tais como a memória, a espacialidade, a

temporalidade e os processos de reconhecimento de si e do outro. Noutros termos, a cognição parece ter a função de apoio interno para o sujeito, permitindo-lhe integrar em seu espaço psíquico as representações de si e do mundo. Neste sentido, pode-se supor que danos cognitivos induzam uma desestabilização do que Dolto (1984) chamou de narcisismo primordial ou sensação de mesmidade do ser. Numa referência a Winnicott, os distúrbios cognitivos poriam o self em perigo e exigiriam a construção de falsos selves, uma vez que o sentimento de integridade se apoia no desenvolvimento de um eu integrado. Formulando de outro modo, o contato clínico com estes casos exige, entre outros, a retomada dos conceitos de ego e de self e a problematização do lugar das funções cognitivas em sua organização e em sua estabilidade. Mas, a experiência subjetiva do adoecimento neurológico não se limita às questões envolvendo os golpes na organização egóica. Trabalhos de neuropsicologia, como os de Antonio Damásio, formulam a hipótese de que certas lesões no córtex pré-frontal poderiam engendrar dificuldades de se conduzir de acordo com as regras sociais.

Adaptação, normatividade e fases do atendimento

Segundo a teoria psicanalítica, não há no sujeito humano primazia da razão e do pensamento: o pulsional e o Princípio do Prazer são primeiros, sendo segundos o Princípio de Realidade e a adaptação à mesma. Daí a adaptação ao outro, ao grupo e às normas terem de ser construídas com o apoio de representações conscientes e inconscientes que o sujeito faz de si mesmo e de sua pertença a um grupo. A adaptação à vida social, às suas regras, ou seja, a sociabilidade, supõe a atualização contínua tanto da consciência das semelhanças que nos unem aos outros homens apesar das diferenças, quanto da consciência de uma reciprocidade possível e necessária.

A norma social e comportamental é, portanto, um conteúdo do pensamento que demanda uma construção contínua e permanente. Muitos pacientes neurológicos apresentam dificuldades em pensar e representar tais normas devido aos danos cognitivos e as feridas descritas. Além disso, a reciprocidade social frequentemente não é possível por conta da dependência extrema relativamente ao outro. Nestas condições, os pacientes não conseguem se reconhecer como sujeitos na sociedade, também por não serem mais reconhecidos como atores legítimos nos processos de troca social, sendo a sua substituição

pelos outros esperada e até mesmo desejada. Eles são enquadrados, ajudados, mas não considerados como atores sociais.

A possibilidade de se pensarem como seres sociais passa, então, por dois elementos básicos: (1) o estabelecimento de novas referências identitárias e a retomada do sentimento de continuidade psíquica e (2) a construção de espaços de troca social recíproca, nos quais seja possível a reavaliação do mundo e a criação de uma nova normatividade que leve em consideração os efeitos psíquicos do adoecimento.

Em nossa pesquisa, identificamos 3 fases gerais do atendimento (em verdade, são faces que surgem de modo simultâneo). A 1ª fase envolve a reestruturação psíquica inicial: o atendimento deve ajudar o sujeito a sair da experiência subjetiva da doença, ou seja, a perceber que ela não é um episódio fixo e insuperável. Aqui, o psicanalista tem uma função de “passador” na medida em que auxilia o sujeito a atravessar a doença e a usufruir novamente de sua capacidade normativa. A 2ª fase refere-se à reconstrução do mundo interno do sujeito: o atendimento deve permitir o reconhecimento pelo paciente de uma continuidade psíquica profunda, apesar da fragilização da identidade — aqui a psicoterapia tem uma função de “continente”. Enfim, a 3ª fase envolve a atualização e o confronto, sem as margens de manobra psíquica anteriores, com questões pessoais e existenciais que a doença atualizou. Aqui, o analista opera classicamente e o atendimento não difere das psicanálises tradicionais. Em todas estas fases, o analista ocupa muitos lugares ao mesmo tempo. De um lado, ele estimula a elaboração (consciente) da experiência subjetiva do paciente do ponto de vista fenomenológico. Simultaneamente, a possibilidade de um trabalho psicanalítico tradicional é aberta em todos os momentos, ou seja, durante as sessões o sujeito se depara com seus conflitos psíquicos inconscientes e a interpretação e a elaboração subsequente podem se dar, ainda que minimamente. O objetivo é sempre auxiliar o sujeito na construção de um novo lugar para si a partir de uma nova normatividade.

Vale destacar que a pesquisa envolvendo o atendimento psicoterapêutico a pacientes neurológicos é um campo ainda em fase de implementação no Brasil. No Rio de Janeiro, salvo raras iniciativas isoladas, não há nenhum serviço especializado do tipo, uma vez que, usualmente, tais pacientes são encaminhados para reabilitação neuropsicológica, tendo em vista suas perdas cognitivas e a necessidade de recuperá-las na medida do possível. Tendo

como referência central a teoria e a técnica psicanalíticas e entendendo que outros aspectos, além dos neuropsicológicos, precisam ser investigados mais profundamente, estabelecemos intercâmbio entre o Departamento de Psicologia da PUC-Rio e o Ambulatório de Fonoaudiologia do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, da UFRJ, através da Coordenadora Profa. Claudia Drummond. De acordo com o intercâmbio, os pacientes que apresentam demanda de psicoterapia são encaminhados para o SPA (Serviço de Psicologia Aplicada) da PUC-Rio e atendidos pela nossa equipe. Contamos ainda, através de um acordo de colaboração em pesquisa com o Departamento de Psicologia Experimental da USP, com uma pesquisadora-bolsista (PósDoc/FAPESP) para realizar os atendimentos. Também foi adaptada uma sala do SPA do Departamento de Psicologia da PUC-Rio para hospedar o Laboratório de Clínica e Neurociência, coordenado pelos professores Monah Winograd e Jesus Landeira-Fernandez. Este Laboratório abrigará os testes neuropsicológicos utilizados para as avaliações dos pacientes da pesquisa e o equipamento para gravação em áudio das sessões, funcionando ainda como sala de testagem e de atendimento.

Objetivos

Nossos objetivos são: 1.Pesquisar e discutir questões teóricas e clínicas internas ao campo psicanalítico e questões relativas à metodologia de pesquisa em Psicanálise (Assoun, 1983 e Dreher, 2000); 2.Através da escuta psicanalítica, afinar nosso instrumental técnico, discernindo, entre outras, questões relativas à frequência adequada para o tipo de casos acolhidos, a duração das sessões, a utilização de material específico para a comunicação e expressão gráfica e escrita (papel e caneta) etc.. Em resumo, pretende-se consolidar um modelo específico de atendimento (duração, procedimentos e tipos de intervenção) para pacientes com lesão cerebral; 3.Investigar o modelo de psiquismo proposto pela Psicanálise, através da pesquisa clínica dos efeitos da lesão cerebral na organização psíquica aliada à avaliação neuropsicológica. 4.Identificar, descrever e classificar os conjuntos significativos expressivos dos pacientes com lesão cerebral, aprofundando o entendimento de como a doença é experimentada pelos sujeitos (Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond, 2008).

Metodologia

A atividade de pesquisa clínica consiste nas seguintes etapas já implementadas:

ETAPA I

1.1. Encaminhamento dos pacientes pelo Ambulatório de Fonoaudiologia do IDC/UFRJ, com diagnóstico fonoaudiológico e neurológico para AVC ou TCE já realizado, bem como recrutamento de pacientes através de divulgação externa e interna na própria universidade e acolhimento de pacientes da comunidade. Os pacientes encaminhados deverão, se possível, estar, em tratamento neurológico e de reabilitação fonoaudiológica, quando for o caso.

1.2. Realização de primeira entrevista semi-estruturada com uma das pesquisadoras da equipe, na qual serão contemplados os seguintes aspectos:

1.2.1. Assinatura do consentimento informado, conforme previsto na Resolução do CFP no. 016/2000 de 20 de dezembro de 2000;

1.2.2. Dimensão histórica centrada sobre a vivência da doença e das suas conseqüências;

1.2.3. Pontos relevantes da história individual e familiar antes do adoecimento.

1.2.4. Encaminhamento para avaliação neuropsicológica a contemplar, entre outros, as seguintes funções cognitivas (Frénisy et alii, 2005):

1.2.4.1. atenção;

1.2.4.2. processos de memorização;

1.2.4.3. planificação e organização visuoespacial e visuoconstrutiva;

1.2.4.4. funcionamento executivo: a) flexibilização mental; b) sensibilidade para as situações interferentes; c) inibição de comportamento automático em benefício de comportamento adaptado às exigências ambientais; d) raciocínio lógico e planificação estratégica; e) manutenção de tratamento cognitivo prolongado das informações com inibição de informações concorrentes não-pertinentes;

ETAPA II: Fase 1 e Fase 2

2.1. Realização de sessões regulares (pelo menos 1x por semana) de psicoterapia psicanalítica, gravadas para transcrição posterior, nas quais serão abordados aspectos psicodinâmicos e fantasmáticos de cada sujeito, testadas variações relativas ao modelo de atendimento (frequência semanal, duração da sessão, utilização de material de apoio gráfico etc.) e investigados os conjuntos significativos tais como descritos abaixo.

2.2. A cada 6 meses de atendimento: análises parciais dos casos, identificando “conjuntos significativos” (Jeammet, 1982) que correspondam à mesma configuração estrutural quanto à problemática do sujeito:

2.2.1. a experiência da atopia;

2.2.2. feridas na identidade subjetiva;

2.2.3. a ressocialização;

2.2.4. regressão e construção de mitos: o confronto com a morte e com a dependência extrema;

2.2.5. as dúvidas: dos cuidadores, dos pacientes e

dos familiares; 2.2.6. outras linguagens; 2.2.7. a doença como passagem ao ato ou ato de origem; 2.2.8. vergonha e culpabilidade, 2.2.9. a transmissão impossível da experiência do adoecimento 2.2.10. construção de “próteses de representação” (Oppenheim-Gluckman, 1998), ou seja, na falta de uma representação interna, o sujeito se apóia em elementos exteriores para tentar representar o adoecimento e suas consequências; 2.2.11. afetos ansiosos ou depressivos, dentre outros; 2.2.12. mecanismos de defesa; 2.2.13. negação da limitação física e cognitiva; Tais aspectos podem ainda ser agrupados nas seguintes categorias: organização subjetiva, estabilidade emocional, socialização, reestruturação das rotinas, retificação subjetiva e capacidade normativa. ETAPA III 3.1.Confrontação dos dados obtidos e analisados com os elementos fornecidos pelo ambulatório de fonoaudiologia e pelas avaliações neuropsicológicas. 3.2.Submissão de artigos sobre os resultados da pesquisa a periódicos especializados. Devido ao fato de estes pacientes não se locomoverem de modo autônomo, dependendo da disponibilidade de seus acompanhantes, e tendo em vista as particularidades dos casos acolhidos, é fundamental garantir uma flexibilidade na duração, na frequência e nos horários dos atendimentos semanais, para que o modelo de atendimento possa ser consolidado com segurança e rigor e para que a pesquisa possa ter êxito. Vale destacar que, até o momento, em torno de 20 pacientes já foram recebidos, tendo encerrado seus atendimentos, estando em atendimento no momento ou tendo abandonado o mesmo por razões diversas (a serem analisadas). Está previsto o atendimento pelo prazo de 18 a 24 meses, de acordo com cada caso.

Atividades desenvolvidas e resultados parciais

Durante os primeiros seis meses de trabalho, realizamos um levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais - PubMed, Scielo, entre outras. Buscamos e selecionamos artigos científicos que abordavam e discutiam sobre o tratamento psicoterápico com pacientes portadores de lesões neurológicas. Durante esse período, cada pesquisa realizada era registrada por nós, incluindo o dia em que foi feita, a base de dados investigada, como também as palavras-chave utilizadas na busca pelos artigos. Buscávamos aquilo que tratava sobre o atendimento psicoterapêutico a pacientes neurológicos, fosse por

um artigo de revisão bibliográfica, de estudo de caso ou de psicoterapia em grupo ou individual. Nossa interesse estava em investigar tudo aquilo que já fora experimentado, dentro do nosso campo de estudo.

Selecionados os artigos - por volta de 100 - que interessavam o nosso objeto de pesquisa, os dividimos em categorias, a fim de organizá-los melhor. Algumas das categorias criadas, foram: artigos que abordam o tratamento psicanalítico, artigos de revisões bibliográficas, artigos que circunscrevem o tratamento a pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC), estudos de caso, atendimento psicoterápico a crianças e adolescentes portadores de lesões cerebrais, entre outras. Aqueles artigos que se encaixavam em mais de uma categoria, eram multiplicados e arquivados nas categorias condizentes. Por último, organizamos cada categoria em uma pasta, em ordem alfabética, com o intuito de facilitar a organização do material levantado - do banco de dados construído por nós.

Nos seis meses seguintes, começamos a trabalhar com o material selecionado. Como bolsistas e integrantes do núcleo de pesquisa, frequentávamos um encontro semanal, com a orientadora e todos os seus orientandos - graduação, mestrado e doutorado. Nessa orientação em que todos participavam, apresentamos algumas vezes artigos que haviam sido levantados. Para tanto, foi pedido que escolhêssemos uma categoria a ser estudada e apresentada a todos. Optamos pela categoria que continha artigos de revisão bibliográfica e começamos a apresentar, no entanto, durante esse período surgiram outros artigos que foram incluídos em nosso banco de dados e, inclusive, apresentados a todos.

O estudo de cada artigo consistia em ler e produzir um texto que resumisse o material estudado. Em seguida, apresentávamos nos encontros semanais o artigo estudado e entregávamos a orientadora o resumo feito. Vale comentar o cunho produtivo de todo esse processo, pois não só líamos, como estudávamos o artigo selecionado, tanto por meio da produção de algo escrito, como também através da apresentação e discussão dos artigos levados aos orientandos. Os encontros semanais se tornavam um espaço de troca, discussões e reflexões .

Ainda durante os seis últimos meses, frequentávamos um grupo de estudos da pesquisa, dirigido pela orientadora e por outras duas orientandas, uma cursando o mestrado, enquanto a outra o doutorado. Nesses encontros, também semanais, estudávamos juntos

textos selecionados, que por sua vez, tratavam do nosso campo de pesquisa. Esses textos, por sua vez, não eram os artigos incluídos em nossa base de dados e sim, textos diversos a cerca do tema e, inclusive, textos que apresentavam alguns resultados da própria pesquisa.

Por fim, como fechamento do período no qual participamos do grupo de estudos, elaboramos, individualmente, um trabalho que articulasse ao menos dois dos textos estudados nos últimos seis meses. Para o desenvolvimento e realização deste trabalho, releamos os textos escolhidos e escrevemos a cerca das idéias apresentadas, incluindo as discussões e reflexões que tivemos nos encontros semanais. Enviamos os trabalhos a orientadora e as orientandas que dirigem os encontros do grupo e, acreditamos que, em seguida, discutiremos um pouco sobre cada trabalho elaborado por cada participante do grupo de estudos.

Referências Bibliográficas

Freud, S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*. Paris: PUF, 1983

Freud, S. (1911). 'Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico'. *Sigmund Freud – Obras Completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1995

Oppenheim-Gluckman, H. (1997). 'Le psychiatre-psychanalyste confronté aux patients cérébro-lésés'. *L'Information Psychiatrique*, 73 (9): 905-910

Winograd, M. (2004). 'Matéria Pensante - A fertilidade do encontro entre psicanálise e neurociência'. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.56, p.21 - 34, 2004.

Winograd, M. (2006). 'Psicanálise, Ciencia Cognitiva e Neurociência: Notas para uma Interlocação sobre o Corpo Pensante'. *Psyche*, São Paulo, v.10, p.179 - 195, 2006

Winograd, M. & Sollero-de-Campos, F. (2010). 'A experiência subjetiva da lesão cerebral: atopia, identidade e intersubjetividade'. In: Coelho Jr. & Klautau, P. *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: USP/FAPESP, no prelo