



## Psicanálise, corpo e adoecimento: um olhar acerca da doença crônica com ênfase na doença de Parkinson

*El Psicoanálisis, el cuerpo y la enfermedad: una mirada sobre la enfermedad crónica, con un énfasis en la enfermedad de Parkinson*

Jéssica Caroline Silva TENÓRIO<sup>1</sup>

Fernanda Wanderley Correia de ANDRADE<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo se baseia nos primeiros passos dos estudos e da clínica freudiana, no sentido de relacionar os fenômenos corporais e mentais, refletindo sobre como o adoecimento do corpo pode estar vinculado a conflitos psíquicos não elaborados. Ainda mais, pautado também na psicossomática, este trabalho sustenta-se nos princípios básicos deste campo de saber, no que tange às possíveis relações existentes entre conflitos psíquicos, fatores emocionais e doença crônica. Desta forma, este artigo tem como objetivo pensar sobre as implicações subjetivas envolvidas na doença crônica, especialmente a do Mal de Parkinson. Foi realizada uma breve apresentação da história da doença de Parkinson, seus sintomas, os avanços no tratamento e o papel das associações que se dedicam ao acompanhamento dos pacientes com esse diagnóstico, como meio de integrá-los e proporcionar-lhes suporte físico, através de atividades como fisioterapia, fonoaudiologia, e psicológico, através da realização do grupo de apoio psicológico, no enfrentamento dessa condição. Para tanto, metodologicamente falando, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, tendo como referenciais teóricos a psicanálise e a psicossomática. Concluiu-se que a doença crônica se mostra como uma das expressões da somatização, apresentando possíveis relações com os afetos e as emoções negativas que marcam a vida do sujeito. Com o material relativamente escasso sobre esse conteúdo específico, foi possível perceber que, em termos de intervenções clínicas, há muito a fazer, no intuito de compreender a peculiaridade da doença de Parkinson, bem como proporcionar espaços de expressão e elaboração psíquica dos conteúdos emocionais relacionados ao desencadeamento da doença.

**Palavras-chave:** Corpo. Doença crônica. Doença de Parkinson. Psicanálise.

**Resumen:** El presente artículo se basa en los estudios de la clínica freudiana, a fin de relacionar los fenómenos corporales y mentales, reflexionando sobre cómo la enfermedad del cuerpo puede estar vinculada a conflictos psíquicos no elaborados. Además, basándose también en la psicossomática, este trabajo se basa en los principios básicos de este campo del conocimiento, en el respeto de las posibles relaciones existentes entre los conflictos psíquicos, los factores emocionales y las enfermedades crónicas. De esta manera, el objetivo de este artículo es reflexionar sobre las implicaciones subjetivas involucradas en la enfermedad crónica, especialmente de la enfermedad de Parkinson. Se ha realizado una breve presentación de la

<http://dx.doi.org/10.24024/23579897v28n1a2019p77089>

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica. Estudante de pós-graduação em Intervenções Clínicas na Abordagem Psicanalítica | FAFIRE | E-mail: jessicac.tenorio@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia pelo programa de pós-graduação em psicologia cognitiva | UFPE, professora | FAFIRE | E-mail: fernandawandrade@gmail.com

historia de la enfermedad de Parkinson, sus síntomas, los avances en el tratamiento y el papel de las asociaciones que se dedican al seguimiento de los pacientes con ese diagnóstico, como una forma de integrarlos y ofrecerles un equipo técnico de apoyo psicológico y multiprofesional, compuesto por fisioterapeutas, fonoaudiólogos y psicólogos, para hacer frente a esta condición. Para ello se realizó una investigación bibliográfica, en las teorías del psicoanálisis y psicopatología y se concluyó que una enfermedad crónica se manifiesta como una de las expresiones de somatización, presentando posibles relaciones con los enfermos y las emociones negativas que marcan a vida del sujeto. Aunque haya un material relativamente escaso sobre ese tema, es posible darse cuenta de que, en términos de las intervenciones clínicas, hay mucho que hacer, a fin de comprender la peculiaridad de la enfermedad de Parkinson, así como proporcionar espacios de expresión y elaboración emocional y psíquica de los contenidos relacionados al desencadenamiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** Cuerpo. Enfermedad crónica. Parkinson. Psicoanálisis.

## Introdução

Antes que a psicanálise pudesse surgir como possibilidade clínica, Freud, o seu criador, já manifestava ampla curiosidade em compreender o funcionamento mental do ser humano, para além das localizações cerebrais, o que se expressou com maior ênfase no seu interesse em estudar as afasias, em sua relação com o funcionamento mental, ainda com base na Neurologia, o que, posteriormente, serviu de alicerce para compreender a histeria (SIMANKE, 1994).

Foi através do ensino de Charcot e seu interesse pelo campo da neurose que Freud pôde traçar um caminho possível em busca de uma neurologia voltada para a clínica, distante da neurologia de laboratório, mecanicista, conhecida até então. Foi aí que Freud pôde, a partir de Jackson, com seus conceitos de processo e dissolução, vislumbrar novas possibilidades de compreensão do funcionamento psíquico, a partir da psicologia (SIMANKE, 1994).

Simanke (*op. cit.*) menciona ainda que, diante dos conflitos acerca do dualismo mente-corpo, que assolavam a psicologia francesa da época, pode-se trilhar passos significativos na compreensão de que a explicação sobre a predominância de um sobre o outro não era suficiente para compreender os fenômenos humanos, mas que a chave para tal questão estava justamente na dinâmica existente entre ambos, havendo, assim, uma influência mútua.

Nisso, a compreensão do funcionamento cerebral, a partir do conceito jacksoniano de processo, contempla toda uma mudança na concepção do aparelho psíquico. Desse modo, é suficientemente importante a existência de um lugar (o cérebro) onde os processos mentais possam ocorrer, mas as questões relativas às funções e os processos desempenhados por este são mais significativos do que a atenção, apenas, ao detalhe localizacionista. Assim, a partir da concepção da linguagem como processo e de sua relação com o pensamento, Freud pôde dar os primeiros passos em direção ao que seria, mais tarde, a psicanálise (SIMANKE, 1994).

Sobre esse aspecto, Simanke e Coropreso (2011) afirmam que Freud abandona a pesquisa neuroanatômica e neurofisiológica no intuito de se dedicar ao estudo, investigação e clínica das neuroses, no campo da psicologia.

A teoria e o método psicológico que resultaram dessas investigações vieram, em conjunto, a denominar-se psicanálise. Para fundamentá-la Freud criou uma disciplina especulativa, destinada a construir, a partir dos dados obtidos pela aplicação do método psicanalítico na clínica, toda uma concepção sobre a determinação inconsciente dos processos mentais, sobre a natureza do psíquico em si e sobre o modo como se dá sua relação com os processos cerebrais e somáticos em geral. Desde 1896, o neologismo “metapsicologia” surge na correspondência de Freud para designar essa disciplina (SIMANKE E COROPRESO, *op. cit.*, p. 51-52).

Com embasamento em Roudinesco e Plon (1998), pode-se afirmar que a histeria foi um dos conceitos primordiais que abriu caminhos para a clínica freudiana. Esse termo (histeria) designa, basicamente, uma neurose em que seus conflitos psíquicos inconscientes se manifestam através de sintomas corporais (conversão). Assim, a psicanálise demonstra, desde sua base epistemológica, a importância em compreender, de modo dinâmico e interligado, a relação complexa entre o corpo e o psiquismo.

Segundo Goldfarb (1998), no pós-freudismo, a dimensão corpórea do sujeito parece ter perdido sua grande importância inicial, havendo um interesse da psicanálise prioritariamente pelas manifestações do inconsciente estruturado como linguagem. Porém, a autora ressalta que o conceito de corpo é, para a psicanálise, uma de suas questões fundamentais, uma vez que está diretamente vinculada à formação do Eu.

### Corpo e psiquismo

Ávila (2004) afirma que a questão corporal sempre foi tratada de modo incômodo pela psicanálise, mas “o corpo, qual fênix, sempre ressurgiu para o pensar psicanalítico” (p. 149). Porém, como se viu anteriormente, Freud deu ao corpo – não considerado enquanto organismo, mas enquanto corpo erógeno – uma significativa importância, quando se dedicou aos estudos da histeria, visto que esta problemática não se tratava propriamente de um distúrbio na estrutura corpórea, mas apenas de uma perturbação nas funções do mesmo.

Assim, o corpo pensado por Freud na psicanálise é um corpo erógeno, que está a serviço das pulsões sexuais, de uma demanda inconsciente. Essas pulsões, caracterizadas por Freud, são situadas por ele em uma linha tênue entre o corpo e a mente, ou melhor, entre o somático e psíquico. Nisso, a libido (energia psíquica) percorre essa imagem corporal, que se coloca à serviço das representações pulsionais do corpo (ÁVILA, *op. cit.*).

Lindenmeyer (2012) concorda que sempre houve uma dificuldade em compreender as noções de corpo a partir das diversas fontes teóricas que se relacionavam ao psiquismo. Mas afirma que há uma posição clara na teoria freudiana, a de que o corpo não se reduz ao orgânico, mas é, sim, um lugar de emergência pulsional e busca por satisfação, seja ela na ordem do prazer ou desprazer.

Para Lacan, segundo Cukiert e Prizskulnik (2002), as questões referentes ao corpo têm grande importância e permeiam toda a sua obra, sobretudo no registro do Imaginário e na passagem pelo estádio do espelho, onde ressalta a imagem do corpo como crucial para a formação do eu. Assim como para Freud, Lacan acredita em um corpo erógeno, singular e composto pela libido. O corpo apreendido na teoria lacaniana é marcado pelo significante, pelo desejo e pelo gozo. Tendo ainda como importante contribuição a perspectiva da linguagem.

Sobre a relação entre eu e corpo, Aulagnier (1985 apud ÁVILA, 2004) propõe importantes contribuições acerca do dinamismo inter-relacional entre os processos corporais e psíquicos. Ela afirma que o corpo se relaciona com o eu através de dois acessos principais, são eles “o corpo-prazer e o corpo-sofrimento” (p. 170).

Assim, o primeiro caminho diz respeito à satisfação, sendo esse corpo, segundo a autora, o primeiro investimento do Eu, do qual se sente possuidor e capaz de manejar conforme sua vontade. Porém, esse corpo pode, ao contrário, confrontar o eu, quando materializa em si uma fonte de dor. Com isso, o confronto ocorre, justamente quando submetido ao fragmento da realidade, a dor, o Eu deseja o afastamento desse corpo que lhe traz sofrimento.

No entanto, apesar da apresentação didática expressa pela autora, Ávila (2004) apresenta que essa dinâmica entre o corpo e o Eu, entre prazer e sofrimento, permeia toda a vida psíquica do sujeito. Isso ocorre de modo corriqueiro, sem que seja possível, na maioria das vezes, distinguir tais vivências e sensações.

As representações sucessivas deste corpo acompanharão a evolução da vida somática, mas este corpo será cada vez conforme com as motivações inconscientes que decidem sobre as causalidades às quais o sujeito imputa os acontecimentos marcantes do seu vivido (AULAGNIER, 1999, p. 18).

A partir daqui, cabe tratar o modo como essa dor psíquica pode ser expressamente refletida no corpo e, para tanto, considera-se importante explicitar um breve conceito acerca da psicossomática, contido no *Dicionário de Psicanálise*, onde Roudinesco e Plon (1998) afirmam que, “nascida com Hipócrates, a medicina psicossomática concerne simultaneamente ao corpo e ao espírito e, mais especificamente, à relação direta entre *soma e psyché*” (p. 624). Tratando, desta maneira, de descrever o modo como a doença orgânica tem sua origem em um conflito psíquico, geralmente inconsciente.

Os autores citados mencionam ainda que a psiquiatria muito contribuiu para que a psicanálise se destacasse enquanto teoria base no tratamento das psicoses e, através da medicina psicossomática, pôde ainda ser reconhecida em outros campos da medicina geral e especializada. Com isso, a psicanálise tornou-se forte aliada no tratamento de problemas psíquicos não apenas decorrentes, mas também motivadores de doenças agudas e crônicas.

McDougall (apud Ávila, 2004) compreende “a somatização como uma reação às dores mentais” (p. 171), afirmando que isso ocorre quando essas dores não conseguem ser elaboradas no campo psíquico e esse sofrimento retoma as fragilidades infantis do sujeito.

A autora completa essa hipótese afirmando que é necessário ao sujeito se desenvolver psicologicamente no intuito de ser capaz de suportar a angústia que se constrói de modo simultâneo às transformações pelas quais passa a criança no seu processo de constituição individual, bem como de sujeito que porta um corpo próprio, um corpo erógeno. No sentido de alcançar a maturidade identitária, o ser humano assimila as representações de corpo que o ajudam a compreender a própria unidade corporal, bem como sua nomeação, através de inúmeras experiências. Assim, há dois registros, em particular, que acompanham o sujeito por toda a sua trajetória vital: o somático e o psíquico (*apud* ÁVILA, *op. cit.*).

A autora expressa ainda uma concordância com a ideia winnicottiana, afirmando que os sintomas psicossomáticos se apresentam como uma quebra da unidade existente na primeira infância, época em que a matriz somatopsíquica se destacava e é justamente nessa primeira infância onde se deve, segundo a autora, buscar a origem de tais produções sintomáticas que repercutem na vida adulta (MCDUGALL *apud* ÁVILA, 2004).

Assim, podemos dizer que, os sintomas psicossomáticos constituem uma forma primitiva de comunicação, uma linguagem arcaica, decodificada primeiramente pela mãe na mais tenra infância. Pode ser mesmo que se trate de uma protolinguagem que, muito cedo na história filogenética do homem, assim como em sua ontologia, estava destinada a comunicar alguma coisa ao ambiente (MCDUGALL, *apud* ÁVILA, 2004, p. 171).

### Os destinos do afeto em Psicanálise

Faz-se necessário abordar, então, a questão do destino do afeto, pontuado por Freud, após a ação do recalque, separando-o da ideia inicial, bem como a descarga afetiva pela atividade motora, seguindo o princípio de prazer, aspectos essenciais para a compreensão da psicossomática psicanalítica.

Winograd e Teixeira (2011), analisando os escritos de Freud acerca do afeto e sua relação com o funcionamento psíquico, esclarecem que cada ideia (impressão psíquica) é dotada de uma determinada quantidade de afeto (valor afetivo) e, apesar da necessidade que cada indivíduo tem de reduzir a certo nível essa quantidade de afeto para o funcionamento de seu psiquismo, o mesmo tenderia a reagir, por um mecanismo motor, no intuito de emitir uma descarga desse valor afetivo, e disso depende a quantidade derivada da impressão psíquica recebida.

Freud (1894/1976 *apud* WINOGRAD e TEIXEIRA, 2011) demonstrou que, na neurose, é possível distinguir dois diferentes mecanismos: a descarga afetiva que se fixou em uma representação diferente da ideia original, tornando-se patológica dada ao excesso de intensidade inadequada; e o escoamento do afeto para a via somática, o que ocasionaria alterações funcionais do corpo. Isso ocorreria de modo semelhante, porém saudável, na ab-reação. Quando há uma descarga do afeto em palavras, o mesmo tendo a chance de ser associado novamente à ideia original da qual havia sido separado, evitando, assim, o acúmulo de tensão.

Miller (1998) faz uma reflexão acerca do afeto e afirma que, “[...] sem dúvida, no afeto trata-se do corpo, mais exatamente dos efeitos de linguagem sobre o corpo [...]” (p. 47). Se trata, portanto, do que Freud nomeou de separação da quota de afeto da ideia, o que

remonta para o sujeito a articulação entre o significante e o objeto a. No intuito de diferenciar, ainda, segundo a orientação lacianiana, a emoção e o afeto, segundo o autor, a emoção é a reação ao que acontece de modo externo ao sujeito e o afeto é pertencente a ele, que acontece internamente.

Segundo Aulagnier (1999), o termo emoção se diferencia do afeto, ao qual se fez referência anteriormente. Isso se dá pelo fato de a emoção não possuir um lugar específico na teoria analítica. O Eu não reconhece como seus os afetos: ódio, inveja e amor, assim os atribui ao mundo externo, a uma causa exterior a si. Já com as emoções acontece o contrário, uma vez que se referem a uma experiência que o Eu reconhece, inclusive, as consequências. Assim, as emoções se relacionam com o campo sensorial e também se oferecem ao olhar do outro, “[...] a emoção modifica o estado somático e são estes sinais corporais que se oferecem ao olhar, que emocionam aquele que os testemunha e desencadeiam uma mesma modificação no seu próprio soma, mesmo quando disso ele não é a causa direta [...]” (AULAGNIER, op. cit., p. 20).

### Fatores emocionais da doença crônica

Em 1957, a Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge elaborou uma definição de doenças crônica que, até hoje, é uma das mais aceitas em nível mundial. Nela estão implicados os desvios de um padrão normal, contendo, a partir de uma característica sobressalente, as seguintes expostas: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (MARTINS, FRANCA E KIMURA, 1996).

Também segundo os autores, a doença crônica pode ainda ter seu início marcado por uma doença aguda, à qual o sujeito atribua pouca importância, mas que se prolonga e alterna em estados críticos de aumento e, posteriormente, de diminuição de seus sintomas. Apesar da possibilidade de controle através de cuidados e medicação, o acúmulo de crises e a não contribuição com o tratamento podem ocasionar grande perda e alteração no estilo e qualidade de vida do paciente.

McQueen (*apud* QUADRADO e RUDNICKI, 2009) afirma que a doença crônica é a expressão de uma patologia de modo incurável e não contagiosa. Uma de suas principais características é o longo período de latência pelo qual a doença passa. Há, geralmente, a existência de incapacitação e fatores de risco associados. O autor menciona, ainda, a prevalência, no doente crônico, de uma combinação de fatores outros, de ordem social, cultural, ambiental e comportamental, que contribuem para a instalação da enfermidade.

Componentes afetivos, cognitivos e comportamentais fazem parte das emoções e estão associados aos aspectos neurobiológicos. Assim, as emoções também se associam ao estímulo de determinadas ações que desencadeiam séries de atividades fisiológicas que embasam o comportamento adaptativo. Essas ações fazem parte de um sistema neuro-anátomo-fisiológico, e se desenvolve a partir de uma interação entre sujeito e ambiente, e

correspondem ao padrão comportamental dos sujeitos nas diversas situações cotidianas (GALLO & MATTHEWS, 2003; KUBZANSKY & KAWACHI, *apud* BONOMO & ARAUJO, 2009).

Thomas & Diener (*apud* BONOMO & ARAUJO, 2009) mencionam o modo como as emoções podem influenciar no comportamento do indivíduo, citando as duas dimensões emocionais: a intensidade, onde os autores se referem à força que a experiência vivida impacta o sujeito, e a frequência, tratando-se do tempo que a emoção vivida, em um dado momento, predomina sobre as demais. Compreende-se que é a singularidade de cada sujeito que vai definir a densidade na expressão de suas emoções, levando em consideração que tanto a expressão exacerbada quanto a inibição das emoções trazem consequências relevantes para a saúde do ser humano, o que para Kubzansky & Kawachi (*apud* BONOMO & ARAUJO, 2009) “[...] inibir a manifestação das emoções demanda esforço psicológico que, com o tempo, acarreta estresse cumulativo [...]” (p. 66).

De acordo com os estudos de Bonomo & Araujo (op. cit.), dentro da classificação geral das emoções, existem duas categorias que se referem às emoções negativas e positivas e, em seguida, elas se subdividem em seis categorias que estão subordinadas a elas, as quais são nomeadas de: raiva, medo, tristeza, alegria, amor e surpresa. A maneira como os autores se detêm nessas duas categorias possibilita perceber que ambas precisam ser olhadas separadamente, já que as emoções negativas, para Perez & cols. (*apud* BONOMO & ARAUJO, op. cit.), provocam alterações fisiológicas, impactando negativamente o prognóstico da doença crônica, e podem ainda contribuir indiretamente para um isolamento social.

Quanto às emoções positivas, o autor afirma que, segundo Fredrickson (*apud* BONOMO & ARAUJO, 2009), existe apenas uma emoção positiva para cada três negativas, isso faz com que os números de trabalhos sobre as emoções positivas sejam escassos e consequentemente sejam limitadas as teorias. Porém, ainda segundo o autor, a presença de emoções positivas não consiste em ausência das negativas, mas, a presença do otimismo e da positividade faz com que as emoções negativas sejam encaradas com confiança e esperança de dias melhores. Nesse sentido, é interessante a observação dos autores, quando afirmam que o estado emocional positivo tem a capacidade de modificar internamente os efeitos prejudiciais da longa exposição frente às emoções negativas.

Quanto às doenças crônico-degenerativas, como é o caso da doença de Parkinson, com base em Martins, Franca e Kimura (1996), foi possível identificar que elas estão relacionadas à condição de vida, trabalho e consumo da população, que, quando funciona com má qualidade, gera desgaste orgânico-funcional com consequente sobrecarga do sistema nervoso, endócrino e cardiovascular, o que leva, cada vez mais, ao adoecimento, as pessoas que seguem esse padrão.

## A doença de Parkinson

Segundo Limongi (2001), a doença de Parkinson é crônica e progressiva, definida ainda como “[...]uma afecção degenerativa do sistema nervoso central, que acomete,

principalmente, o sistema motor. É uma das condições neurológicas mais frequentes e sua causa permanece desconhecida [...]” (p. 13).

O autor cita que os sintomas mais comuns são: tremor, rigidez muscular, lentidão dos movimentos e alterações posturais, cuja evolução é geralmente lenta, porém variável em cada paciente. Podem ocorrer, ainda, manifestações que não se restringem à capacidade motora, como é o caso do comprometimento da memória, quadros demenciais, depressão, alteração do sono e distúrbios do sistema nervoso autônomo.

A história da doença de Parkinson está relacionada a James Parkinson, médico (clínico geral), que foi o primeiro a compreender e descrever esta condição específica, cujos sintomas haviam sido apenas mencionados de forma isolada na literatura médica daquela época. Foi no fim do século XIX e início do século XX que, auxiliado pelos estudos de Charcot (que foi uma das principais influências de Freud no estudo das neuroses e da histeria), os conhecimentos clínicos daquela doença, até então nomeada como paralisia agitante, por James Parkinson, adquiriram força. Foi o pioneiro da neurologia moderna, Jean-Martin Charcot, que atraía médicos e estudantes de toda Europa com os seus ensinamentos, no Hospital de La Salpêtrière, que rebatizou a Doença de Parkinson, com o nome do seu primeiro observador, por considerar imprópria a denominação utilizada até então, já que os pacientes acometidos pela doença não se encontravam, de fato, paralisados, e nem todos apresentavam tremor (LIMONGI, 2001).

Charcot foi ainda o primeiro a propor um tratamento, porém de eficácia limitada, à base de plantas que continham alto índice de alcalóides, o que foi utilizado por quase cem anos, incluindo substâncias sintéticas semelhantes às propriedades da planta; foi a única forma de tratamento (LIMONGI, *op. cit.*).

Ainda segundo o autor, outras descobertas, com o passar dos anos, foram de grande importância para o tratamento adequado da doença de Parkinson, como a identificação da ausência de dopamina, nos pacientes com tal diagnóstico, como a principal responsável pelo aparecimento dos sintomas. Tendo sido descobertos apenas em 1980 os modelos experimentais mais adequados para o tratamento da doença.

Assim, percebe-se que os avanços no conhecimento de tratamento da doença de Parkinson são relativamente recentes, o que a torna também pouco conhecida e comentada socialmente. Isso faz com que o próprio paciente, no início da doença, bem como seus familiares e amigos demorem a notar o aparecimento dos primeiros sintomas.

Limongi (2001) afirma que os primeiros sintomas são praticamente imperceptíveis e tendem a progredir vagarosamente. Podem iniciar com uma sensação de cansaço, dor lombar, diferença no ritmo da fala e no piscar dos olhos, os membros se movimentam em frequências diferenciadas, o corpo poderá se apresentar mais rígido quando permanece por um tempo mais longo em determinada posição, entre outros sinais bastante discretos.

Já se sabe que o surgimento da doença de Parkinson está relacionado à acentuada diminuição de dopamina, que é um elemento químico presente no cérebro, responsável por atuar na transmissão de informações entre os circuitos responsáveis pelas atividades

motoras corporais. Tal perda ocasiona o mal funcionamento desses circuitos, o que impede o paciente de realizar movimentos de forma natural e com rapidez (LIMONGI, op. cit.).

Alho (2011) menciona que é um dos tipos de transtorno do movimento mais comuns em pessoas com mais de sessenta anos e que, nos últimos anos, a observação clínica tem comprovado que existem sintomas não motores que também são prevalentes nos pacientes com doença de Parkinson, entre eles, depressão, demência e transtorno no sono.

Segundo Natália do Vale (2009), o neurologista Cícero Coimbra se refere aos fatores emocionais como principal causa do desencadeamento da doença de Parkinson, afirmando que a dor emocional provoca significativo aumento na produção de uma substância chamada salsolinol, que mata as células nervosas responsáveis pelo controle dos movimentos corporais. Assim, apesar de não haver comprovação científica quanto a essa relação, a afirmação do neurologista se aproxima do que tem se buscado construir, ao longo desse artigo: uma possível relação entre as demandas psíquicas e o surgimento da doença de Parkinson.

Quanto ao tratamento, ainda não existe cura para a doença de Parkinson, mas estão disponíveis alguns medicamentos que contribuem de modo significativo na atenuação dos sintomas. A escolha da medicação adequada vai depender de cada paciente e de suas condições específicas (LIMONGI, 2001).

Foi possível identificar, ainda, no site da Associação Brasil Parkinson, que o diagnóstico da doença de Parkinson, de forma mais precisa, é feito a partir da solicitação de exames médicos como: eletroencefalograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética e análise do líquido espinhal. No intuito de buscar uma confirmação de que o paciente não tem outra doença no cérebro, realizando, assim, um diagnóstico por exclusão. Segundo o site pesquisado, ainda não há um exame ou teste específico que possibilite a identificação imediata e clara da doença de Parkinson, nem métodos próprios para sua prevenção.

Identificou-se, ainda segundo Limongi (2001), que as associações que se dedicam ao acompanhamento das pessoas com doença de Parkinson exercem um papel importante na aceitação da doença, bem como na viabilização dos tratamentos adequados.

Alguns exemplos dessas associações são: a Associação Brasil Parkinson e a Associação de Parkinson de Pernambuco (ASP-PE), que oferecem serviços de fonoaudiologia, fisioterapia, massoterapia, oficinas de memória e grupos de apoio psicológico, completamente voltados para o público com doença de Parkinson, bem como seus cuidadores.

Os trabalhos em grupo têm apresentado excelentes resultados na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, como também possibilitado o contato e a troca de experiências com pessoas que vivenciam a mesma situação, favorecendo a adesão ao tratamento e a aceitação da nova condição.

Especificamente sobre o trabalho com o grupo de apoio, que visa oferecer suporte psicológico e proporcionar elaboração psíquica, tem-se percebido que é frequente no curso dos participantes a exposição de queixas relacionadas ao início da doença que apresentam; no mesmo contexto, intenso sofrimento emocional vivenciado por eles, sendo

possível citar, entre os relatos mais comuns: conflitos e separações conjugais, morte de parentes muito próximos, longos anos dedicados a uma exigente rotina de trabalho.

Quanto às intervenções, nesse contexto, o foco inicial tem sido, prioritariamente, o estímulo à fala e exposição dos conteúdos subjetivos específicos de cada participante, possibilitando o contato com as questões latentes que, até então, não haviam encontrado espaço de expressão e elaboração.

### Considerações finais

No decorrer das pesquisas realizadas, buscou-se retomar um pouco da base histórica e epistemológica da psicanálise, sobretudo no que se refere à curiosidade que levou Freud a buscar e compreender de que modo o funcionamento psíquico era capaz de influenciar o corpo e de ser influenciado por ele. Isso o levou a descobrir que existe uma dinâmica, uma troca mútua, onde não há prevalência de um sobre o outro.

A compreensão da questão do destino do afeto após o processo de recalque, tratada por Freud e posteriormente retomada por Lacan, tornou mais clara a relação entre esses polos não especificamente opostos, através da ideia de recalque e deslocamento do afeto que possibilita a criação de representações outras que deem sentido ao afeto que se desprende de sua ideia original, bem como seja convertido/somatizado no corpo.

Ao se desvincular da ideia inicial, esse afeto pode se direcionar para o corpo, assim como ocorre na histeria, de modo bastante expressivo, e também na psicossomática, a qual buscou-se tratar aqui. Assim, os autores expuseram, de maneira enfática, que, se as dores psíquicas não são devidamente elaboradas, é muito provável que elas busquem resolução na somatização, “aliviando”, através de uma dor no corpo, um acentuado conflito mental.

A somatização, quando deixa de ser uma dor aguda, pontual e se transforma em uma constante, irreversível, que exige, a partir de então, uma convivência contínua e permanente, essa doença tornou-se crônica. Exigirá, então, que o paciente se adapte à essa realidade, aprendendo a conviver com os sintomas e as crises pontuais, próprias de seu quadro clínico, buscando qualidade de vida, através de tratamento adequado.

Foi possível analisar, embora de forma breve, os impactos que as emoções exercem no surgimento de doenças crônicas, e como elas afetam o organismo, estando diretamente ligadas ao funcionamento neurobiológico do indivíduo.

Quanto à doença de Parkinson, apesar de ter sido possível conhecer melhor a história e os primeiros estudos acerca dela, bem como as especificidades quanto aos sintomas, diagnóstico e tratamento, percebeu-se que a bibliografia que trata dessa doença com mecanismos mais modernos e assertivos é relativamente escassa. Havendo, principalmente, dificuldade em encontrar conteúdos que apontem com clareza a relação entre a doença de Parkinson e os fatores emocionais que podem estar relacionados ao seu desencadeamento.

De acordo com as pesquisas realizadas, foi possível erguer duas hipóteses que apontam para uma correlação entre o corpo e o psiquismo, no que se refere ao desencadeamento da

doença de Parkinson. A primeira delas diz respeito ao que foi mencionado em McDougall (apud ÁVILA, 2004), que a somatização surge como forma de atender a uma demanda de imaturidade psíquica e fragilidade infantil, compreendendo, assim, que o sujeito responde a uma dor psíquica através do corpo, em uma conversão ou somatização, uma vez que não foi capaz de aprender a lidar com a angústia durante o seu processo de constituição individual. A segunda se refere ao apelo ao olhar do outro, tratado por Aulagnier (1999). Através da emoção, refletida no campo sensorial, e da dor que é capaz de comover e atrair o outro, o sujeito que sofre busca esse olhar, de modo infantil (inconsciente), apelando à sensibilidade da “mãe” que se compadece de seu sofrimento.

Em suma, a ideia que ocorre em tais relações, sobretudo quando as pessoas acometidas pela doença de Parkinson se referem a uma forte emoção negativa, associando-a ao início dos sintomas da doença, é a de que essa emoção “desencadeadora” só é capaz de ocasionar um impacto tão agressivo no corpo porque retoma um conflito psíquico infantil inconsciente. Assim, a “dor atual” se aproxima de tal maneira da ideia recalcada do conflito infantil que o afeto não encontra outra saída senão atingir de modo impactante o corpo orgânico.

Conhecendo um pouco do trabalho realizado pelas associações, viu-se que há uma importante contribuição desses grupos no tratamento dos pacientes com a doença, sendo um espaço que reúne diversas especialidades essenciais no tratamento (fonoaudiologia, fisioterapia, grupo de apoio psicológico, massoterapia), favorecendo o acompanhamento, a conscientização e o suporte necessário para o enfrentamento dos desafios diários de uma doença crônica degenerativa.

Assim, compreende-se que ainda há muito o que se fazer através da Psicologia e da Psicanálise, visto que é um campo ainda bastante obscuro, porém bastante necessitado de estudo, esclarecimento e trabalho. Com certa pretensão que talvez permitam essas linhas finais, quiçá fazer desse trabalho uma das possibilidades de prevenção ao surgimento dos primeiros sintomas da doença de Parkinson, possibilitando aos indivíduos um lugar de fala, expressão das emoções e elaboração das dores psíquicas.

## Referências

ALHO, Ana Tereza Di Lorenzo. **Caracterização da substância negra humana durante o envelhecimento**. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.parkinson.org.br/firefox/index.html>> Acesso em: 23 maio 2016.

**ASSOCIAÇÃO DE PARKINSON DE PERNAMBUCO (ASP-PE)**. Disponível em: <<http://asp-pe.blogspot.com.br/>> Acesso em: 23 maio 2016.

AULAGNIER, Piera. Nascimento de um corpo, origem de uma história. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund.**, v. 2, n. 3, p. 9-45. 1999. Disponível em: <[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume02/n3/nascimento\\_de\\_um\\_corpo\\_origem\\_de\\_uma\\_historia.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume02/n3/nascimento_de_um_corpo_origem_de_uma_historia.pdf)> Acesso em: 28 maio 2016.

ÁVILA, Lazslo Antonio. **O eu e o corpo**. São Paulo: Escuta, 2004.

BONOMO, Ana Myriam Sánchez; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Psicologia aplicada à cardiologia: um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 65-74, mar. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100008>.

CUKIERT, Michele; PRISZKULNIK, Léia. Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. Uma contribuição à questão do corpo em psicanálise: Freud, Reich e Lacan. **Estud. Psicol.** Natal, RN, v. 7, n. 1, p. 143-149, jan. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2002000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100014>.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LIMONGI, João Carlos Papaterra. **Conhecendo melhor a doença de Parkinson**: uma abordagem multidisciplinar com orientações práticas para o dia-a-dia. São Paulo: Plexus, 2001.

LINDENMEYER, Cristina. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? **Tempo Psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 341-359, dez. 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382012000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 maio 2016.

MARTINS, Luciana Mendes; FRANCA, Ana Paula Dias; KIMURA, Miako. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez 1996. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300002>.

MILLER, J.-A. A propósito dos afetos na experiência analítica. *In*: KALIMEROS. **As paixões do ser**: amor, ódio e ignorância. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

VALE, Natália do. Dor emocional é a principal causa do mal de Parkinson. **Revista Saúde, Minha Vida**, 2009. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/materias/10236-dor-emocional-e-a-principal-cao-do-mal-de-parkinson> Acesso em: 28 maio 2016.

NEUBERN, M. S. As emoções como caminho para uma epistemologia complexa da psicologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 16, n. 2, p. 153-164, maio/ago. 2000.

QUADRADO, Alessandra; RUDNICKI, Tânia. Adesão terapêutica e a doença crônica não transmissível. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 12-22, dez. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200003-&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200003-&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2016.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SIMANKE, Richard Theisen. Clínica e metapsicologia de Freud à Lacan. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 01-12, ago. 1994. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1994000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 maio 2016.

SIMANKE, Richard Theisen; CAROPRESO, Fátima. A metáfora psicológica de Sigmund Freud: neurologia, psicologia e metapsicologia na fundamentação da psicanálise. **Temas**

**Psicol.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 51-78, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662011000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 maio 2016.

WINOGRAD, Monah; TEIXEIRA, Leônia Cavalcanti. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 165-182, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982011000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

---

Recebido em: 07.02.2017

Aprovado em: 12.03.2017

**Para referenciar este texto:**

TENÓRIO, Jéssica Caroline Silva; ANDRADE, Fernanda Wanderley Correia de. Psicanálise, corpo e adoecimento: um olhar acerca da doença crônica com ênfase na doença de Parkinson. **Lumen**, Recife, v. 28, n. 1, p. 77-89, jan./jun. 2019.