



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
CURSO DE DOUTORADO
LINHA DE PESQUISA PSICOPATHOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

EVERTON FABRÍCIO CALADO

**POR UMA CLÍNICA PSICANALÍTICA POSSÍVEL NA ESCLEROSE LATERAL
AMIOTRÓFICA**

RECIFE - 2019



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
CURSO DE DOUTORADO
LINHA DE PESQUISA PSICOPATHOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

EVERTON FABRÍCIO CALADO

**POR UMA CLÍNICA PSICANALÍTICA POSSÍVEL NA ESCLEROSE LATERAL
AMIOTRÓFICA**

Tese de Doutorado entregue como requisito obrigatório para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP, sob orientação da Professora Doutora Edilene Freire de Queiroz.

RECIFE – 2019

C141p Calado, Everton Fabrício
Por uma clínica psicanalítica possível na esclerose
lateral amiotrófica / Everton Fabrício Calado, 2019
139 f.

Orientadora: Edilene Freire de Queiroz
Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Doutorado
em Psicologia Clínica, 2019

1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise. 3. Esclerose amiotrófica
lateral. I. Título.

CDU 159.964.2

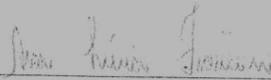
Luciana Vidal - CRB-4/1338

CATÓLICA

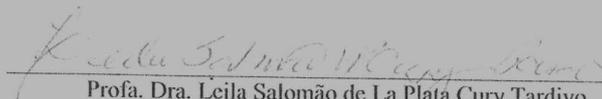
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
CURSO DE DOUTORADO
LINHA DE PESQUISA: PSICOPATHOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

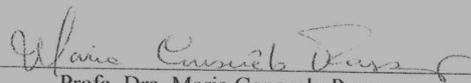
BANCA EXAMINADORA


Orientadora Prof. Dra. Edilene Freire de Queiroz


Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco


Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Júnior


Profa. Dra. Lcila Salomão de La Plata Cury Tardivo


Profa. Dra. Maria Consuelo Passos

AGRADECIMENTOS

A todos - e foram muitos - que contribuíram em algum detalhe para a concretização desse projeto de vida. Mas, em especial, a uma multidão de amigos, cujas variâncias de presença e ausência, proximidade e distância, não apagam o profundo significado que têm em minha história. Representando todas, todos e a cada um, do multiverso dessa existência, minha companheira de viagem Andressa Lopes, meu irmão de afeto e sempre acolhedor, Sérgio Azevedo, meu grande cúmplice na Psicologia e parceiro sem igual, Robson Menezes.

A tantos ex-alunos, hoje colegas e também amigos, que, me ensinando mais do que aprendendo comigo, em algum momento compartilharam o sentimento de solidariedade para com os pacientes de ELA e suas famílias. Tantos me acompanharam nos projetos de iniciação científica, extensão, monografias, visitas, eventos etc., dando visibilidade na Academia à bandeira desse cuidado. Nomeadamente Lillian Nathalie, Anne Telmira, Pedro Aleixo e Paulo César, entre outros bons.

Aos inspiradores militantes pela causa dos ao longo dessa trajetória foram luz, apoio e inspiração por uma batalha que tantas vezes pareceu invencível: Jorge Abdalla, Glauciane Santana, Vânia de Castro, “dona” Del. A todos e tantos professores da Universidade Católica que com suas preciosas pontuações e franzíres de testa colaboraram em cada um de meus trôpegos e lentificados passos. De um modo especial e indizível, Dra. Ana Lúcia, por ter sido ferenciana em sua linguagem de ternura.

A todos pacientes e familiares cujo destino reservou aquela que talvez seja a mais terrível das doenças. Aos “meus amigos” mortos, Fé Eduardo, Marcelino Freitas, seu Antônio, e milhares que somente são raros para nós desconhecedores desse drama.

À minha mãe cujo coração me acompanhava na estrada em cada viagem, em cada distância, em cada espera. A meu irmão Elton, gêmeo de coração, e sua família que é minha também – gratidão e perdão pelas ausências. Á minha esposa que, sustentando meus pulsos e meus impulsos, deixa meu coração no lugar. À sempre doce e linda Amélie, a menina de meus olhos, que perguntava a toda hora: “Já vai com quantas páginas? Falta muito, pai?”. A Fabrício, meu pequeno rei e filósofo que um dia me indagou para sempre: “o que é refletir?”

Às testemunhas oculares – participantes como entrevistados da pesquisa – e aos avaliadores do trabalho, professores Ana Lúcia, Benilton Bezerra, Leila Tardivo e Maria Consuelo, os quais, ao fim e a cabo, tornam-se verdadeiros co-autores desta tese. À espetacular professora Edilene, minha orientadora, que escreveu disse que eu me surpreenderia, que não me deixou desistir, que sustentou meu sonho com seu olhar e suas palavras cheias de pulsão de vida.

A Deus, que me olhou, me falou e sorriu para mim pelo rosto de cada uma das pessoas aqui citadas e outras muitas esquecidas, na hora em que Ele sabia que eu precisava.

*“O olhar tem valor de escuta quando não existe a palavra”
Myrian David, psicanalista francesa*

RESUMO

A tese de doutoramento “Por uma clínica psicanalítica possível na Esclerose Lateral Amiotrófica” reflete sobre a possibilidade de uma clínica, de perspectiva psicanalítica, junto a pessoas acometidas pela doença neurodegenerativa Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em estado de disartria/anartria, também chamado síndrome do encarceramento. A partir de uma posição clínica de escuta, erigida mediante a invenção histórica do sofrimento psíquico e sob o referencial teórico-epistemológico da Psicopatologia Fundamental, colocamo-nos frente ao *páthos* - a experiência de sofrimento do sujeito - no contexto da doença física de modo a considerar o corpo silenciado enquanto corpo pático. Considerando o atendimento psicanalítico de pacientes neurológicos, situamos dentre as afecções neurológicas na categoria das Doenças do Neurônio Motor, o dramático diagnóstico da ELA como um destino que perspectiva para o sujeito a condição de “prisioneiro em seu próprio corpo”. Em seguida, sob o ponto de vista da Psicanálise e da psicologia clínica, levantamos as questões da comunicabilidade no acompanhamento de pacientes cujo quadro avançado frequentemente impõe a perda da fala. Em se tratando de uma pesquisa qualitativa em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, buscamos promover um diálogo transdiscursivo entre as diferentes abordagens sobre o psicopatológico dado na condição de corpo na ELA. Partimos assim do objetivo de investigar as possibilidades de uma clínica psicanalítica junto a sujeitos acometidos pela ELA em situação de síndrome do encarceramento. Foram participantes da pesquisa seis profissionais terapeutas, quatro psicanalistas e dois psicólogos de orientação psicanalítica/psicodinâmica, com experiência de atendimento clínico de pessoas acometidas pela ELA. A amostragem deu-se por critério de conveniência e incluiu psicanalistas e psicólogos clínicos que declararam atuar com base psicodinâmica/psicanalítica que já tenham atendido ou estejam atendendo pacientes diagnosticados de ELA com disartria/anartria. Tais profissionais eram residentes nas cidades de Maceió, Recife, São Paulo e Rio de Janeiro que por meio de uma entrevista semiestruturada deram um depoimento livre a partir perguntas disparadoras como: a) em sua experiência com o atendimento de sujeitos acometidos pela ELA em condição de disartria/anartria você atua com o método psicanalítico? De que modo?; e b) considerando as técnicas/métodos/estratégias que você usa com esses pacientes, o que pode ser identificado como sendo próprio da Psicanálise? Por quê? Os depoimentos foram analisados à luz de uma reflexão com alguns aportes teóricos da Psicanálise como o método e a transferência em Freud, as inovações técnicas de Ferénczi, como o tato e a presença sensível, e a linguagem, o Simbólico e o Real em Lacan, acrescido da noção de pulsão escópica. Enfim consideramos que a clínica psicanalítica possível para sujeitos acometidos pela ELA é uma “clínica de mosaico”, cuja montagem singular implica a articulação de diferentes recursos e estratégias onde a técnica se sustenta pela transferência. Concluimos que é um olhar psicanalítico e uma escuta psicanalítica enquanto acolhimento, que pressupõem a construção desse mosaico da clínica possível na ELA onde o olhar propriamente dito se faz escuta na ausência da palavra.

Palavras-chave: clínica psicanalítica; esclerose lateral amiotrófica; transferência; pulsão escópica; linguagem.

ABSTRACT

The Thesis “For a Possible Psychoanalytic Clinic in Amyotrophic Lateral Sclerosis” reflects on the possibility of a clinic, from a psychoanalytic perspective, with people with the neurodegenerative disease Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), also called syndrome of incarceration. From a listening clinical position, erected through the historical invention of psychic suffering and under the theoretical-epistemological framework of Fundamental Psychopathology, we face the pathos - the subject's experience of suffering - in the context of physical illness in order to consider the silenced body as a pathic body. Considering the psychoanalytic care of neurological patients, we place among the neurological disorders in the category of Motor Neuron Diseases, the dramatic diagnosis of ALS as a destination that perspective for the subject the condition of “prisoner in his own body”. Then, from the point of view of psychoanalysis and clinical psychology, we raise the issues of communicability in the follow-up of patients whose advanced condition often imposes speech loss. As it is a qualitative research in Fundamental Psychopathology and Psychoanalysis, we seek to promote a transdiscursive dialogue between the different approaches about the psychopathological given in the body condition in ALS. Thus we started from the objective of investigating the possibilities of a psychoanalytic clinic with subjects affected by ALS in situations of incarceration syndrome. The study participants were six professional therapists, four psychoanalysts and two psychoanalytic / psychodynamic oriented psychologists, with experience of clinical care of people affected by ALS. The sampling was based on convenience criteria and included psychoanalysts and clinical psychologists who stated that they were acting on a psychodynamic / psychoanalytic basis who have already treated or are attending patients diagnosed with ALS with dysarthria / anarthria. These professionals were residents of the cities of Maceió, Recife, São Paulo and Rio de Janeiro who through a semi-structured interview gave a free statement from triggering questions such as: a) in their experience with the care of subjects affected by ALS in condition of dysarthria / anarthria do you act with the psychoanalytic method? How?; and b) considering the techniques / methods / strategies you use with these patients, what can be identified as being proper to psychoanalysis? Because? The statements were analyzed in the light of a reflection with some theoretical contributions of Psychoanalysis such as Freud's method and transference, Ferénczi's technical innovations as touch and sensible presence, and language, the Symbolic and the Real in Lacan, plus the notion of scopic drive. Finally we consider that the possible psychoanalytical clinic for subjects affected by ALS is a “mosaic clinic”, whose singular assembly implies the articulation of different resources and strategies where the technique is supported by the transference. We conclude that it is a psychoanalytical look and a psychoanalytic listening as a welcome, which presuppose the construction of this possible clinical mosaic in ALS where the look itself is heard in the absence of the word.

Keywords: psychoanalytical clinic; amyotrophic lateral sclerosis; transfer; scopic drive; language. Resumo na língua vernácula (obrigatório)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 UMA POSIÇÃO CLÍNICA DE ESCUTA	27
2.1 A invenção do sofrimento psíquico	30
2.2 O lugar da Psicopatologia Fundamental	32
2.3 Sofrimento psíquico em contexto de doença física	35
2.4 Atendimento psicanalítico de pacientes neurológicos	37
2.5 Metapsicologia do corpo pático	39
3 ENTRE O SOFRER E O DIZER: ELA SEM PALAVRAS	43
3.1 Doenças neurológicas e Doença do Neurônio Motor: ELA como destino	45
3.2 O drama do diagnóstico na ELA: a perspectiva de uma prisão perpétua	47
3.3 Comunicação na ELA	50
3.4 Psicologia Clínica e Psicanálise na ELA	53
4 ACEDENDO A CLÍNICA NA ELA: TÉCNICA, LINGUAGEM E PRESENÇA SENSÍVEL	58
4.1 Uma <i>démarche</i> epistemológica	58
4.2 Passos metodológicos	59
4.2.1 <i>Testemunhas oculares</i>	60
a) Ângela Duarte	61
b) Sônia Barros	61
c) Ilda Soares	62
d) Felipe Gomes	63
e) Rayanne Marques	64
f) Vera Lima	65
4.3 Aportes teóricos	66
4.3.1 <i>Freud: método e o conceito de transferência</i>	66
4.3.2 <i>As inovações técnicas de Ferenczi</i>	69
4.3.3 <i>A linguagem, o simbólico e o real em Lacan</i>	71
4.3.4 <i>Olhar e pulsão escópica</i>	72
5 SENDAS DE UM CÁRCERE SINGULAR	74
5.1 A dor de um silêncio anunciado	77
5.2 Cuidadores e familiares: uma presença extensa	82
5.3 Na prisão, uma porta de entrada	86

5.4 Para além do <i>setting</i>: tecnologia a favor da clínica	92
5.5 Comunicação: entre alternativas e alteridades	95
6 O MOSAICO DA TRANSFERÊNCIA NA ESCUTA DO POSSÍVEL	102
6.1 Sofrimento psíquico, o psicopatológico e a cognição	106
6.2 A teoria é para o psicanalista; a vida, para o sujeito	113
6.3 A linguagem da (contra) transferência	115
6.4 Um olhar psicanalítico, uma escuta psicanalítica	119
6.5 Escapando a olhos vistos	122
6.6 A clínica do possível: uma clínica do mosaico	124
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	133

ANEXO

CD-ROM com áudio das entrevistas

INTRODUÇÃO

Reza o adágio popular que quem cala consente. No divã, frente ao analista, quem fala sente; sente porque rememora, resiste, transfere. Mas aquele que silencia, também diz. Fato é que, sob esta lógica auricular do Outro, a hipótese de uma cura pela fala guiou-se pela descoberta de que a palavra das histéricas, as quais Breuer e Freud trataram nos auspícios da psicanálise, tinham um papel determinante no restabelecimento pós-neurótico do paciente. A recusa involuntária a lembrar-se e a narrar traumas ou fantasias sexuais da infância fazia grafar naqueles corpos um texto cifrado, o qual, sob a forma de sintomas, traduzia conflitos intrínsecos na esteira de afetos estrangulados. Autorizar-se a falar seria, pois, experimentar um alívio, dado pela releitura que um dito doente dos nervos fizesse de sua própria história, se escutando no discurso que endereça a um outro que lhe fosse todo ouvidos. Decompondo sentidos no mister de examinar palavras, inventa-se o psicanalista (Freud, 1996a [1893-1895]).

O método que Breuer criou e Freud aperfeiçoou tornou possível o tratamento das chamadas neuroses. Meio século mais tarde, Lacan abriu um caminho presumível de uma *therapeia* das psicoses (Lacan, 1998 [1957-1958]). Anos antes, Aberastury, Anna Freud e Melanie Klein, por caminhos diferentes, começaram a analisar crianças, ao fazer do brinquedo uma linguagem. A Ferenczi coube dar elasticidade à técnica psicanalítica, fazê-la ativa, mútua e viável aos pacientes difíceis. Atualmente, faz-se psicanálise com bebês, com autistas graves, com cegos e mesmo com surdos (Camargo, 2008). Trabalhos pela via da psicanálise também passaram a acontecer em hospitais, instituições diversas e com grupos (Zimerman, 2004). No desenvolvimento de clínicas tornadas possíveis, a técnica psicanalítica inúmeras vezes foi posta à prova quanto a seu público e quanto a seu alcance. Apesar dos limites que estruturam sua prática, uma certeza: onde quer que sofra, o sujeito tem algo a dizer, desde que ali uma escuta compareça e lhe interprete o sentido.

O frondoso campo de possibilidades que a intervenção psicanalítica abrange tem suas raízes no solo clínico da neurologia. Para se tornarem as primeiras vedetes de uma embrionária psicanálise, as pacientes histéricas foram como que peneiradas nos corredores da *La Salpêtrière*, onde se desenvolvia a nascente neurologia moderna e suas práticas. Ali, também se encontravam indivíduos com epilepsia, atrofias e paralisias orgânicas, em geral tornados como um excêntrico pano de fundo na historiografia da aventura freudiana. O famoso templo de pesquisa médico-clínico, onde o jovem Dr. Freud experimentou uma epifania ante à neurose histérica, foi o palco no qual Jean-Martin Charcot, o grande homem, fez desfilar, sob a batuta da sugestão hipnótica, os eloquentes sintomas de mulheres como

Augustine, Blanche Witmann, Rosalie Dubois, Justine Etchevery. Enquanto media forças com a Escola de Nancy na querela acerca do papel da hipnose no desvendamento da doença do útero, o pai da neurologia, à época da passagem de Freud por Paris,

costumava dizer que, falando de modo geral, o trabalho de anatomia estava encerrado e que a teoria das doenças orgânicas do sistema nervoso podia ser dada como completa: o que precisava ser abordado a seguir eram as neuroses. (Freud, 1996c [1893-1895], p. 45).

De fato, o mestre francês, no ápice de sua carreira, contava com um currículo invejável, em função da reconhecida carreira de exímio clínico e consagrado professor. De residente a chefe e professor de anatomia patológica de Salpêtrière – asilo público que transformou em respeitado instituto de neuropatologia – Charcot, junto ao colega Alfred Vulpian, descreveu a esclerose múltipla, antes indiferenciada do mal de Parkinson, e também colaborou com as pesquisas sobre doenças da medula espinhal, atrofia muscular progressiva, siringomielia, neurosífilis e epilepsia. Entre esses e outros feitos como grande propulsor da neurologia moderna, descreveu, no ano de 1869, uma doença paralisante dos músculos e da língua: a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), que na França, tem seu nome (Abrela, 2007).

Cabe dizer que, mais adiante, a ELA nos servirá como mote do quadro paroxístico de síndrome de encarceramento, por meio do qual refletimos uma possível intervenção clínica psicanalítica. Para fins de uma primeira compreensão, antecipamo-nos aqui em dizer que a ELA é uma doença neuromuscular, caracterizada pela lesão degenerativa e morte dos neurônios motores, responsáveis pela contração da musculatura voluntária do corpo. Sem possibilidade de prevenção quanto a seu surgimento, ou de se retardar a velocidade imprevisível com que os sintomas de fraqueza e paralisia da musculatura avançam sobre o organismo, a ELA é uma neuropatologia devastadora para o paciente e seu entorno. Uma explicação cabal para sua etiologia também é desconhecida, tampouco tratamento com perspectiva de cura, embora já se vislumbrem promissoras pesquisas nessa direção (Linden Júnior, Linden, Mathia, Brol, Heller, Traverso, ... & Gomes da Silva Filho, 2016).

Quando Dr. Freud retorna a Viena, após a bolsa de estudos sob a supervisão de Charcot, muda seu itinerário científico, impactado pelo que aprendeu em terras parisienses. No horizonte de seus interesses, a neurologia cede espaço para a psicologia e, assim, passa a se dedicar, em seu consultório privado, ao atendimento de indivíduos neuróticos. Embora houvesse ali também uma motivação financeira, esse movimento de Freud, no tocante à clínica, era um prenúncio de como o criador da futura psicanálise,

se voltou para a realidade psíquica e a causalidade do inconsciente, deixando para neurologia o espectro das patologias mentais de etiologia orgânica e o estudo de organismo no plano somático ou sensorio-motor (Oppenheim-Gluckman, 2006 como citado em Klautau, Winograd, & Bezerra, 2009, p. 554).

Pelos registros da chamada pré-psicanálise, lembramos como Freud, neurologista de formação, havia se ocupado, até então, de pacientes neurológicos. Seu estudo sobre as afasias (Freud, 2013), suas pesquisas sobre atrofia na medula espinhal e mesmo o rascunho de seu *Projeto de uma psicologia para neurólogos* (Freud, 1996 [1895]), são marcos dessa atividade primeira do fundador da Psicanálise e até hoje objeto de discussões epistemológicas entre psicanalistas contemporâneos e entusiastas das neurociências.

Ao mirar as vicissitudes da neurose como horizonte de sua realização profissional, Freud demarcou não somente seu objeto de intervenção, mas também sua clientela. Assim, passou de certa forma a privilegiar seus pacientes acometidos por doenças psicogênicas, embora muitos o procurassem em função de sintomas corporais, comuns na conversão histérica, por exemplo. Podemos depreender que Freud, intrigado pelos corpos somatoformes que tinha à frente, deixou paulatinamente para trás os corpos e o sofrimento dos pacientes neurológicos. Suspeitamos que, talvez ainda preso a um olhar médico, o qual só enxerga o já visto, Freud não os parou para ouvir em sua experiência subjetiva de sofrimento, tão determinado que estava no desvendamento da histeria e outras neuroses.

Nessa digressão, vemos que, desde os primórdios da terapêutica freudiana, o mal-estar de um indivíduo cujo corpo padece de uma paralisia orgânica foi apartado do campo de interesses da psicanálise. Não sendo objeto direto de uma investigação psicanalítica, as doenças físicas em geral passaram a receber uma atenção sistemática sob um ponto de vista do conceito de Inconsciente, somente a partir dos trabalhos de Georg Groddeck¹. Com ideias notáveis, esse eminente médico alemão, contemporâneo de Freud, foi pioneiro em relacionar determinações psíquicas do adoecimento físico e abriu o caminho da abordagem

¹Além de sua prática como médico e psicanalista, Groddeck foi um eminente escritor e romancista alemão. Mais jovem do que Freud 30 anos, teria chegado ao conceito de inconsciente de Freud pela via das doenças orgânicas. O médico alemão teve uma colaboração fundamental na formulação da segunda tópica de Freud, quando seu conceito de *Isso* foi postulado como o *Id* pelo pai da Psicanálise. Ao versar sobre doenças orgânicas, apontou-lhes como expressão do *Isso* inconsciente, dentre suas múltiplas determinações. Correspondeu-se com Freud de 1917 até 1934, ano de seu falecimento. Sua obra “Determinações psíquicas e tratamento psicanalítico das afecções orgânicas” é considerada fundadora da chamada Medicina Psicossomática (Maniakas, 2016).

psicossomática. Contudo, Groddeck também não tomou psicanaliticamente a experiência do sofrimento como efeito da condição de doença, sobretudo em função de sua radical concepção monista da relação entre corpo e psique (Depinay, 1988).

Mais de um século após o surgimento da psicanálise, a relação desta com a neurologia mudou de forma significativa. Os anos 1990, na assim chamada década do cérebro, tornaram um marco histórico na evolução científica dos estudos sobre este órgão sede do sistema nervoso central, sobretudo em função do advento das técnicas de imageamento funcional, aliadas ao desenvolvimento da tecnologia computacional. Dessa feita, muda-se o paradigma tanto das pesquisas na área da cognição, quanto da neurofisiologia, da bioquímica e áreas afins. O conjunto de disciplinas híbridas reunidas sob a égide das neurociências passa a privilegiar metodologias observacionais, estudos randômicos, testagens estatísticas. A relação mente-cérebro e comportamento, no tocante à interação de suas bases explicativas, entra no rol dessas investigações. Acrescentando-se a isso o fato de que a ciência de Freud sempre caminhou à margem das ciências biológicas, estaria ela, portanto, obsoleta ou em extinção? (Bezerra, 2013)

Por ocasião do advento dessa nova era, a Psicanálise, incongruente com tais modelos, é tomada como dispensável e legada ao esquecimento, haja vista seu anacronismo e inadequação ao imperativo naturalista. À margem do centralismo epistemológico imposto pelo discurso do sujeito cerebral (Ortega & Bezerra, 2006), as epistemes humanistas estranhas ao domínio da pesquisa biológica sofrem um revés cujos efeitos ainda se sentem na atualidade. A expectativa era de que a doutrina freudiana, rechaçada por sua falta de cientificidade e tida como especulativa – uma vez que não seria refutável, sucumbiria frente ao progresso tecnocientífico. Na esteira dos métodos de neuroimagem funcional, já era possível apreender um cérebro em ação: sem alma e alheio a qualquer ideia de Inconsciente dinâmico (Bezerra, 2013).

Uma seminal mudança nesse cenário, porém, dá-se com a aproximação de psicanalistas e neurocientistas com vistas a uma desafiante interlocução entre suas respectivas áreas. Na verdade, desde os anos 80, ainda que de forma marginal, analistas de diferentes origens já se aventuravam em reconhecer no avanço das neurociências um fecundo campo de intersecção metodológica, de base empírica e propício para a integração de conceitos correlatos a ambos os campos. Porém, somente a partir dos anos 2000, esse diálogo ganha maior relevo na comunidade científica. Destacam-se, por exemplo, os nomes do psicanalista egípcio André Green, um dos pioneiros na fundação da Sociedade Internacional da Neuropsicanálise, e do psiquiatra sul-africano Mark Solms, atualmente maior referência da

neuropsicanálise, entre outros. No Brasil, podemos citar Yasuku Soussimi, que fez parte da vanguarda neuropsicanalítica como membro fundador da sociedade referida anteriormente (Soussimi, 2004).

Perpassado por um viés cognitivista, essa espécie de reconciliação entre Psicanálise e neurologia parece não se ocupar da subjetividade do sintoma, neurótico ou neurológico. Na verdade, a pesquisa em Neuropsicanálise não se volta a alguma tentativa de clínica psicanalítica de pacientes neurológicos no tocante à dimensão do sofrimento psíquico. Os assim chamados neuropsicanalistas têm privilegiado em seus estudos dar, enfim, uma base científica material, a qual Freud teria aspirado para suas conjecturas desde o início de sua carreira, demonstrando na anatomia cerebral a plausibilidade dos conceitos freudianos. Estes, por sua vez, têm enriquecido o campo das neurociências ao propiciar outro nível de exame da relação mente-cérebro, segundo os adeptos da área. A justaposição dos diferentes marcos epistemológicos da Psicanálise e das Neurociências parece não contemplar diretamente a questão da técnica e seus efeitos terapêuticos em pacientes acometidos de alguma doença neurodegenerativa, exceto em alguns quadros abrangendo problemas cognitivos.

Segundo essa nossa leitura, a especificidade do sofrimento psíquico subjacente à clínica das doenças neurológicas permaneceu à margem, como nos anos iniciais do freudismo. Em outras palavras, as discussões acerca das possibilidades de articulação entre psicanálise e neurociências parece ainda distar, ao menos em parte, do cotidiano onde se encontram propriamente analista e analisando. Assim como em *La Salpêtrière* mais de um século atrás, a situação de pacientes neurológicos com distrofias e congêneres configura-se como bastante díspar da rotina de neuropsicanalistas e psicanalistas em geral. De fato, a neurologia clínica circunscreve uma área de muitas enfermidades complexas e impactantes, cuja caracterização compromete mais a motricidade do que a mente das pessoas acometidas. São quadros aquém e/ou além dos interesses da neuropsicanálise, mas não por isso desprovidos de sofrimento psíquico.

Na certeza de que “as patologias somáticas não excluem a expressão subjetiva do humano” (Barreto, 2016, p. 144), torna-se pertinente que a Psicanálise explore esse campo, a um só tempo estrangeiro e contíguo. Haja vista a expansão de suas possibilidades, a clínica psicanalítica contemporânea tornou-se um método de tratamento do sofrimento psíquico, e não mais somente da neurose, obviedade incontestável, mas por vezes renegada. Da mesma forma, o *setting* psicanalítico outrora povoado pelas histéricas também se ampliou; bem menos hermético, atualmente recebe cada vez mais corpos-sujeito anoréxicos, bulímicos, bariatrizados, adictos, transexuados, etc. A cada novo público que se lhe apresenta, a

identidade psicanalítica pode ser confirmada muito mais naquilo que produz enquanto efeito terapêutico do que desfila como discurso.

O corpo paralisado e anártrico dos pacientes neurológicos também se apresenta, embora trazendo consigo complicações e implicações desde, primeiramente, seu estado físico. Sofrer por estar doente de uma patologia neurológica e incapacitante configura, sem dúvida, uma forma grave e peculiar de padecimento, diferente quanto à sua natureza, a seu estatuto e, no que diz respeito à própria condição do corpo, aos seus modos de emergir. Abre-se uma interrogação: o sujeito que experimenta tamanho sofrimento, tido como natural, previsível e, no extremo, irremediável, poderia se beneficiar de uma escuta psicanalítica? Pensamos nesse ponto não necessariamente em algum efeito direto sobre a doença em si, mas, sobretudo, à possibilidade de tratamento das angústias do paciente. Nesse sentido, casos paradigmáticos como o do astrofísico britânico Stephen Hawking – que foi capaz de conviver com a ELA durante 50 anos de uma vida pessoal e profissional bastante produtiva – sugerem que, a despeito dos prognósticos da ciência, sua atividade psíquica e criativa foi capaz de estancar ou retardar a evolução da doença? A psicanálise poderia, então, ajudar a promover algo nesse sentido junto a esses pacientes?

Sobre mim, que assino esse texto, digo que o percurso que percorri até esta pergunta de pesquisa, pedra angular de uma tese possível, revela – pelo menos a princípio – mais de minha pessoalidade do que uma elaboração teórica propriamente dita. Um século separa as lições de Charcot da década do cérebro, dois momentos em que Freud ou seus adeptos, imbricados entre neuroses e neurônios, deixaram a clínica neurológica em segundo plano. Quanto ao início de meu interesse por uma hipotética abordagem psicanalítica de pacientes de ELA, já se passaram mais de dez anos. Não foi, porém, por uma experiência própria ou pela via de uma atuação profissional que o corpo paralisado de um paciente de ELA e seu silêncio me *moveram* a *falar* sobre essa doença. Uma série de encontros fortuitos e inquietantes coincidências atravessaram meu caminho, de modo a apontar, a um então jovem graduando de psicologia, uma autoria improvável e, ao fim das contas, dolorosa.

Bem longe da capital da França, foi na cidadela onde nasci² e me criei que, pela primeira vez, pude me deparar um paciente de ELA, ainda nos anos 90. Tão rara quanto misteriosa, a doença que deu fim à vida daquele homem de menos de 40 anos em meio a um lugar tão pequeno não teve outro registro até os dias atuais. Somente muitos anos depois, ao

² Colônia Leopoldina, município situado na Zona da Mata Norte do interior de Alagoas, com uma população estimada em cerca de 21 mil habitantes.

ler casualmente o livro *A última grande lição* (1994), do jornalista americano Mitch Albom, e, em seguida, conhecer pessoalmente uma senhora com o mesmo diagnóstico, que compreendi, siderado, a natureza daquela paralisia lenta e crescente que retirava até a fala de quem acometia. A essa altura, eu iniciava minha formação em psicologia e o impacto de ver alguém encarcerado em seu próprio corpo foi, não por acaso, indizível.

À mesma época dessa marcante experiência, eu era apresentado às ideias de Sigmund Freud. Minha entusiasmada identificação com as ideias psicanalíticas, típica de um neófito, me levou a questionar uma eventual relação entre esse tipo de trabalho terapêutico e pacientes de ELA a partir de dois aspectos. Em primeiro lugar, um pela via de uma curiosidade histórica: teria Freud, neurologista como seu mestre Charcot, tratado algum paciente de ELA? Como consequência desta, uma segunda interrogação, de caráter mais prático: um psicanalista poderia intervir de alguma forma junto àquelas pessoas sem movimento e sem fala? Não por acaso, as temáticas como história da Psicanálise e técnica psicanalítica sempre estiveram entre meus principais interesses de leitura, e ambas se faziam presentes naquele momento de minha incipiente curiosidade.

Essas reflexões seminais me colocaram à procura de referências na literatura que pudessem dar respaldo a essa ideada psicanálise com pessoas diagnosticadas de ELA. A lembrança de uma curiosa cena é ilustrativa de como me senti pessoalmente convocado à causa dos sujeitos vitimados por essa doença. Certa manhã, nos jardins da Universidade onde eu estudava, anotei o nome “Esclerose Lateral Amiotrófica” em um pequeno pedaço de papel e pedi a um colega que pesquisasse na biblioteca de seu pai, estudioso de psicologia e Psicanálise, algo a respeito. A anotação caiu e foi apanhada casualmente por uma amiga desse colega que conversava ali com ele, a qual eu não conhecia e não sabia do meu interesse por aquele tema e tampouco do teor do bilhete. Ao ler o papel aberto, me fitou gravemente para em seguida perguntar atônita: *“Por que você escreveu o nome dessa doença? Meu pai tem isso!”*.

Era o início dos anos 2000, e praticamente ninguém ouvia falar em ELA naquele tempo, o contrário do que ocorre na atualidade. Por meio daquela pitoresca coincidência, mais uma vez eu tinha contato, ainda que indiretamente, com uma história marginal de um “doente de neurônios”. Saber da existência de uma enfermidade tão cruel e ver pessoas sendo fustigadas por aquele processo lento e inexorável de paralisia muscular foi para mim uma transformadora experiência “pela aprendizagem do sofrimento”, como deve ser todo o sofrer psíquico. De um modo especial, pensar o drama da perda da fala naquelas pessoas mobilizava em mim afetos os quais, 15 anos depois, ainda me deixam sem palavras.

Seguindo a trama dessas elaborações, a presente tese de doutoramento, *Por uma clínica psicanalítica possível na Esclerose Lateral Amiotrófica*, surgiu do propósito de dar continuidade, enquanto desdobramento e avanço, da pesquisa de mestrado *O corpo silenciado e a expressão da vida psíquica do sujeito acometido pela Esclerose Lateral Amiotrófica* (Calado, 2010). Os achados do referido estudo revelaram-se como um conjunto de premissas que serviram de ensejo à discussão em torno da possibilidade de uma clínica psicanalítica junto a pessoas acometidas pela ELA – sigla pela qual a doença é conhecida no Brasil – e, em extensão, a outros pacientes neurológicos em estado de disartria/anartria, a saber, dificuldade ou perda na articulação da fala³. Uma vez que esse corpo dito silenciado se mostrou também dizente por meio de determinadas estratégias dentro de uma relação intersubjetiva, delineamos uma questão mais sutil: é possível tratar psicanaliticamente uma pessoa com ELA que já perdeu todos os movimentos e que não fala?

A introdução de novas problemáticas clínicas à Psicanálise é sempre, de certa forma, desafiar seu método original quanto a seu alcance e sua eficácia. A rigor, a psicoterapia desenvolvida por Freud em seus primórdios é um tratamento pela fala voltado a neuróticos, baseado em processos psíquicos, e não a pacientes de doenças orgânicas. Mais que isso, a técnica psicanalítica tem no discurso a pedra de toque que permite ao psicanalista intervir; como, então, trabalhar com um sujeito impedido de se pronunciar? Para explicitar tais impasses, faz-se necessário, ainda que em síntese, historiar a construção da pergunta, para assim supor a possibilidade de sua resposta.

Por ocasião da pesquisa para a dissertação de mestrado, investigamos a comunicabilidade dos sujeitos com ELA a partir do depoimento das pessoas de seu entorno e convívio: cuidadores, familiares e profissionais de saúde envolvidos no atendimento multidisciplinar. Assim, objetivamos compreender a expressão da vida psíquica de quem, plenamente consciente, assiste seu próprio corpo silenciar pela privação da articulação da fala e em meio à perda progressiva e inexorável dos movimentos voluntários e da força muscular. Encontramos uma resposta amalgamada: conforme as dificuldades crescentes que a doença impõe, existem maneiras variadas de comunicação criadas ou intuídas, dentro dos diferentes tipos de relação, para que a vida psíquica da pessoa permaneça de algum modo expressiva. Esses modos múltiplos de comunicação surgem dispostos numa espécie de gradação de complexidade, que vão desde alguns recursos pragmáticos próprios da fonoaudiologia a

³ Não confundir com *afasia*, que por sua vez é a perda do poder de expressão pela fala, pela escrita e pela sinalização, ou ainda a perda da capacidade de compreensão da palavra.

fatores da dinâmica relacional entre o sujeito e seu interlocutor, passando pelo olhar e a expressão facial como vértices de uma sintonia estabelecida na história de um laço intersubjetivo anteriormente construído. O desenvolvimento da pesquisa levou-nos a bordejar algumas questões sobre uma desafiante clínica de orientação psicanalítica com pessoas vitimadas pela síndrome do encarceramento ou *locked-in syndrome*, em que o sujeito se torna “prisioneiro do próprio corpo”⁴.

A constatação de que, mesmo privado da fala, o sujeito expressa seus conteúdos psíquicos por maneiras diversas, tornou-se indicativa de uma nova hipótese. Seja qual for o recurso que venha a desempenhar uma função intersubjetiva de linguagem, tal instrumento pode viabilizar – sugere-se que pela dinâmica transferencial – um trabalho de viés psicanalítico. Para Freud (1996 [1914-1916], p. 58), por ele mesmo,

toda investigação que leve em conta os fenômenos da transferência e resistência e os tomem como ponto de partida de seu labor, poderá ser denominada psicanálise, ainda que cheguem a resultados distintos dos meus; porém aqueles que rechaçarem essas duas premissas não escaparão à acusação de usurpação de propriedade, se insistirem em se chamarem de psicanalistas.

A partir dessas premissas, a desafiante questão que se coloca, de um ponto de vista clínico e técnico, ao psicanalista que disponibilize sua escuta a um sujeito acometido pela ELA, é: com quais possibilidades de intervenção pode aceder ao Inconsciente daquele que não fala? Subjacente a essa pergunta, coloca-se também sobre quais benefícios essa atuação traz especificamente a esses pacientes?

A oposição a uma empreitada dessa monta é imediatamente dedutível. Em primeiro lugar, a peculiaridade do estado de pessoas acometidas pela ELA lhes faria, supõe-se, impossibilitadas de obterem quaisquer benefícios de uma intervenção do tipo psicanalítica. Ora, a palavra é a pedra de toque do método psicanalítico por excelência, por via da associação livre. Um dispositivo terapêutico centrado na fala para alguém incapacitado de articular palavras parece, portanto, um trabalho improvável, inverossímil, ou mesmo desprovido de sentido. Entretanto, além de toda a ampliação a qual Psicanálise tem demonstrado quanto à sua abrangência, alguns trabalhos de atendimento psicanalítico com pacientes acometidos por doenças neurológicas vêm minimizando esse impasse, apontando perspectivas de uma aproximação produtiva entre psicanalistas e a clínica neurológica

⁴ Esta é uma expressão comum usada para designar a condição que a ELA ou situações similares impõem a alguém que venha a permanecer lúcido enquanto todo o seu corpo está paralisado.

(Klautau & Winograd, 2012; Klautau, Winograd & Bezerra, 2009; Riolfi, 2011).

Estender alguma possibilidade de escuta psicanalítica ao paciente de ELA não significa desconsiderar algum pressuposto teórico ou clínico a nós legado por Freud. Isso é especialmente verdadeiro, se pensarmos a Psicanálise em seu estatuto ético de anteparo ao sofrimento, mesmo daqueles que não o possam dizer. Parafraseando Wihelm Busch, o próprio Freud diz que já em uma simples dor de dente: “concentrada está a sua alma no estreito orifício do molar” (1996 [1914], p. 89). No caso do paciente assistido na circunstância crítica de ter todo o corpo paralisado por uma disfunção neurológica, a alma é tida como encarcerada em um corpo aprisionador.

À busca de referências, deparamo-nos com um intrigante trabalho, no qual foi apresentado, em uma jornada acadêmica de enfermagem, o caso de um paciente de 47 anos, diagnosticado de ELA, em uma perspectiva psicológica. Nesse estudo, Gomes (2012) pretendeu investigar psicanaliticamente manifestações psicossomáticas e fatores predisponentes que tornaram um sujeito mais vulnerável a somatizações graves a partir de entrevistas com pacientes da doença. Situado como pertinente ao campo da psicopatologia, o estudo teve como motivação contrapor a carência de pesquisa de aspectos psicológicos e/ou psicossomáticos que estariam na base da ELA, ideia que parece bastante ousada e sem um aparato teórico consistente, uma vez que não explicita uma articulação conceitual maior para suas conclusões. Relata a autora que, desde o mau prognóstico à elaboração do próprio luto por parte do paciente, passando pela experiência do pânico relacionado à morte, seguiram-se entrevistas para a coleta de dados durante quase dois anos. Nesse ínterim, os atendimentos precisaram ser paulatinamente adaptados ao avanço do quadro clínico, de um modo particular à perda da fala. Duas estratégias são citadas como alternativas por ocasião do acompanhamento domiciliar: o intermédio da esposa como cuidadora-tradutora e o uso de um *software*, as quais, vale ressaltar, são maneiras paradigmáticas de quaisquer tentativas psicoterápicas com esse tipo de paciente. De forma não aprofundada, várias alusões são feitas à metapsicologia a partir do caso: a relação entre a angústia e a psicossomática, escolha do sintoma, desinvestimento da vida e traumas infantis, estruturação de um Ego Ideal, etc. Também a prática dos atendimentos não é detalhada, mas a questão da anartria aparece como um ponto crucial da problemática, sendo esse um achado que mais se aproxima de nossa questão.

Encontramos também outras iniciativas bastante consistentes de concatenação entre psicanálise e acompanhamento de pacientes de ELA. Um exemplo de trabalho bem-sucedido de intervenção nesse campo aconteceu durante vários anos no âmbito do Laboratório de

Saúde Mental e Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. Trata-se do projeto APOIAR/Abrela, o qual, dentre outras ações, abrigou o Projeto Tutor, programa de tutoria iniciado em 2003 e que integrou alunos de psicologia e de diferentes cursos da área de saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (Abrela). As atividades consistiam de visitas supervisionadas a pacientes de ELA e seus familiares, como forma de promoção de sustentação psicológica pela via da escuta e do acolhimento emocional. A psicanálise winnicotiana configurava o principal referencial teórico desse programa de tutoria, o qual também foi cientificamente produtivo.

Vem do referido projeto um emblemático relato de caso referente a um atendimento por meio da escuta psicanalítica oferecido a uma cuidadora e a um paciente, respectivamente mãe e filho, segundo o modelo de tutoria (Ribeiro, Ribeiro, Abreu Filho, Steiner, 2006). A compreensão da história como experiência de intenso sofrimento psíquico, não estrutural, mas a partir de um enfrentamento psicológico, faz-se presente como no exemplo anterior. Aqui se objetivou promover sustentação e acolhimento emocional, segundo a perspectiva de da vazão a palavras que não podem ser ditas. Com base na metodologia clínico-qualitativa aplicada a estudo de caso, a equipe da tutoria destaca, entre outras questões, as dificuldades dadas pela disartria do paciente, cuja fala havia se tornado “pausada, empastada, anasalada e algumas palavras articuladas eram de difícil compreensão” (Ribeiro et al., 2006, p. 6).

O cuidado com a comunicação era central para o próprio sujeito, que tinha como insustentável a ausência da mesma. Seus esforços eram no sentido de ajustar o ritmo da respiração à fala, no sentido de preservá-la o máximo possível. Como é relativamente comum entre pacientes de ELA, o homem do caso em questão se colocou na posição de colaborar com o enfrentamento de outros pacientes por meio de seu exemplo e aprendizagem, que tem a ver com sua reorganização psíquica. Assim, o paciente declara ainda que adaptou os códigos padrões da fonoaudiologia à sua própria preferência: usa um quadro com imagens, em vez de soletração fria e mecânica. A cuidadora de referência, sua própria mãe, ao desempenhar o papel de acolher suas angústias, trabalha também seu autocuidado. Conforme a citação, tanto a capacidade de traduzir afetos quanto a habilidade de interpretar ou acolher pelo olhar a legítima como via de linguagem para o sujeito acometido pela ELA. No tocante especificamente ao olhar, situamos talvez o mais insondável artifício pelo qual essa comunicação é possível, o que constitui um verdadeiro desafio à Psicanálise. De toda forma, a possibilidade de se articular uma clínica psicanalítica sem a fala do paciente se mostra plausível e fecunda, desde que garantida a essência de seu campo relacional.

Ao retomar nossa pesquisa acerca do corpo silenciado na ELA (Calado, 2010), deparamo-nos com o fato de que, “mesmo no silenciamento da palavra, grita-se de outro modo”.⁵ Lembramos que uma sequência de formas comunicativas, técnicas e relacionais, apareceu gradativamente disposta entre o sujeito anártrico e seus cuidadores, familiares e profissionais sem a presença da fala comum, mas numa espécie de escalada de significantes. Exatamente os elementos dessa relação diretamente ligados à dinâmica intersubjetiva nos leva ao terreno conceitual da transferência, a qual Freud definiu como experiências psíquicas revividas como presentes na relação (Freud, 1996 [1905]). Com efeito, na clínica desse sofrimento psíquico não é só a comunicação que está em jogo, mas a intersubjetividade como investimento e transferência, sob os auspícios da linguagem.

O tradutor do silêncio das pessoas com ELA é, no mais das vezes, o mesmo alguém que é escolhido por força do afeto como o cuidador principal. Tratar-se-ia de uma transferência sempre positiva ou outras configurações transferenciais e também contratransferenciais que produzem essa apreensão mínima de conteúdos difíceis, ou mesmo recalçados, no tocante a pulsões, afetos, sexualidade enfim? De um modo ou de outro, assumindo a premissa lacaniana de que o Inconsciente se estrutura como uma linguagem, a própria barreira da anartria já não seria de todo intransponível. É com Lacan que compreenderemos o sujeito como efeito do significante, ou seja, no campo da linguagem do qual emerge. Mas, é a partir da aprendizagem com aqueles que conseguem superar com tato e sensibilidade a perda dos movimentos e da fala que poderemos constatar uma clínica possível da ELA, o que inclui o trabalho de psicanalistas e psicólogos de base psicanalítica, em meio a familiares e cuidadores.

Surge a necessidade de investigar e sistematizar um suporte teórico e metodológico capaz de articular, proficuamente e com rigor conceitual, uma psicanálise possível para pessoas acometidas pela ELA. Contra a impossibilidade motora que barra o sujeito de se colocar na posição de analisando, tal modalidade somente pode ser confirmada por aqueles que de alguma forma a pratiquem. Essa escuta não pode ser outra se não a de escuta clínica, que seja *pari passu* disponível e inventiva e que reafirme a ética que autoriza a Psicanálise: sua disposição em garantir o desejo e a singularidade de cada um.

⁵ Acertada observação da professora doutora Paula Cristina Monteiro de Barros acerca da eloquência do paciente de ELA, na banca prévia de qualificação desta tese.

Enfim, também é hipótese nossa que, se a terrificadora experiência de anartria de um sujeito com ELA o condena a uma prisão no próprio corpo, a pulsão *nele* sempre encontra expressão pela via de uma transferência comunicante e produtora. Uma pessoa lúcida em seu sofrimento, mesmo não podendo articular a própria voz, pode se beneficiar da ressignificação que o trabalho psicanalítico pode promover, não somente em nível de elaboração das perdas, mas também de fazer valer sua autonomia, seus afetos e seu discurso. Dessa forma, é possível ainda assim acolher esse trauma neuronal e transformá-lo em aprendizagem, na medida em que isso implica o psicanalista a rearranjar seu próprio fazer em acordo com as alternativas e alteridades da comunicação presentes no sujeito.

Retomamos, portanto, o fenômeno do corpo posto como silenciado, agora à luz da Psicanálise e por meio de psicanalistas, a fim de sondar com maior alcance o funcionamento psíquico do sujeito encerrado na ELA. De fato, a verdadeira fidedignidade da técnica consiste em tornar efetiva a emergência do sujeito do Inconsciente. A plasticidade do dispositivo psicanalítico é atualizada a cada vez que um psicanalista não recua diante das situações não estandardizadas. Assim, a possibilidade de encontrar sentidos encobertos na ausência de palavras faladas virá pelo reconhecimento da prática daqueles que têm, a despeito do silêncio imposto pela fronteira orgânica, realizado esse trabalho.

Delineamos assim uma radical clínica silente⁶ na síndrome do encarceramento, tendo a ELA como paradigma e uma de suas mais dramáticas manifestações. Como aporte teórico dessa reflexão, partimos do lugar discursivo e intercientífico proposto pela Psicopatologia Fundamental, a partir da qual a experiência de sofrimento psíquico é assumida como *páthos* – assujeitamento e passividade – e identificada no contexto da doença orgânica. Para examinar a amplitude potencial da metodologia freudiana, tanto o início quanto a história da técnica psicanalítica nos serviram para balizar a possibilidade do atendimento psicanalítico junto a sujeitos acometidos pela ELA. Quanto à análise do campo de pesquisa propriamente dita, consideramos as proposições de Jacques Lacan no tocante à linguagem e sua passagem entre os registros do simbólico e do real, bem como as contribuições técnicas de Ferenczi, segundo as inovações que experimentou em sua prática, como tato, presença sensível do analista e técnica ativa.

Esse trabalho de tese teve como objetivo principal refletir sobre a possibilidade de

⁶ Ao nos expressarmos em termos de uma radical clínica silente, no contexto de pacientes impossibilitados de fala, referimo-nos à radicalidade do significado de clínica ou de se escutar clinicamente segundo a essência dada pela etimologia. Do grego, o verbete *klinei* indica o movimento de inclinar-se, para se pôr ao “pé do leito” do paciente, em alusão a um encontro singular votado a um discurso estrangeiro que de outro modo não se alcançaria.

uma clínica psicanalítica para sujeitos acometidos pela ELA em situação de *síndrome do encarceramento*. Em um segundo plano, buscou-se conhecer os mecanismos básicos da fisiopatologia da disartria/anartria e da condição da síndrome do encarceramento na ELA; problematizar a centralidade da fala na técnica psicanalítica, a partir de Freud e Lacan com relação ao campo do discurso e da linguagem, e investigar e analisar a experiência das intervenções clínicas desenvolvidas por psicanalistas com as pessoas acometidas pela ELA.

Em se tratando de um empreendimento científico, esse estudo se tornou um ingente desafio desde seu início. Como pensar uma metodologia que pudesse responder sobre a possibilidade de se fazer algo de psicanálise em favor do sujeito acometido pela ELA? Por não termos acesso direto ao atendimento propriamente dito, avaliar a comunicabilidade de pessoas em estado de anartria nessa doença pareceria improvável, bem como verificar as repercussões psíquicas produzidas nos pacientes como efeitos de Psicanálise⁷. Seria necessária uma investigação que fosse criativa e, ao mesmo tempo, tivesse, além de lastro epistemológico, coerência teórica com o referencial psicanalítico. Para tanto, partimos da perspectiva de depurar um posicionamento técnico e metodológico que permitisse investigar como psicanalistas e psicólogos estabelecem uma relação clínica com benefícios a pessoas com ELA já na *locked-in syndrome*. Assim, optamos pela construção de uma pesquisa em Psicopatologia Fundamental⁸, por meio da qual extraímos depoimentos de clínicos com experiência de intervenção junto à realidade desses pacientes.

Para o desenvolvimento ulterior desse trabalho, faz-se imprescindível demarcar, de saída, alguns elementos centrais para se discutir a viabilidade da clínica em questão. Dispostos contiguamente, são pontos de entendimento que têm suas respectivas especificidades dentro do arcabouço das reflexões teóricas que buscam dar sustento lógico à tese ora proposta. São eles: comunicação, fala, discurso e linguagem.

A perspectiva de comunicação que adotamos tem relação direta com a abordagem

⁷ O saudoso e competente Manoel Berlinck acolheu minhas ideias ainda em germe, numa breve troca de e-mails onde me admoestou: se eu atendia pacientes de ELA, que prosseguisse a pesquisa. Caso não, que eu escolhesse algo a partir de minha experiência clínica. Circunstâncias e limites me puseram como um observador suspenso de cuidadores, familiares, profissionais de saúde, psicólogos e, enfim, psicanalistas de sujeitos acometidos pela ELA, mas trabalhos acadêmicos e voluntários me aproximaram da recomendação do Dr. Berlinck de ter contato direto com uma clínica terapêutica junto a pessoas afetadas pela enfermidade.

⁸ A pesquisa no campo da Psicopatologia Fundamental – cuja fundação remonta ao egrégio psicanalista francês Pierre Fédida (1934-2002) – tomado como primeiro aporte teórico dessa tese, diz respeito essencialmente à investigação do *pathos* em meio à multiplicidade de discursos e posicionamentos acerca do objeto psicopatológico, com ênfase na Psicanálise.

ampla e espaçada dada por Freud a esse processo ao longo da sua obra. Embora o proponente da Psicanálise não tenha se detido na elaboração específica desse conceito, acompanhamos Melo, Magalhães, Carneiro e Machado (2017) que identificaram a partir do exame dos textos freudianos, algumas categorias-chave em que a ideia de comunicabilidade ali aparece: comunicação como apelo ao outro; comunicação entre instâncias; comunicação no tratamento; e comunicação como trabalho psíquico intersubjetivo. Corroboramos ainda dessa referência a importância da intersubjetividade, fenômeno cuja necessidade de teorização é prenunciada nas asserções que Freud dá ao jogo relacional entre psicanalista e paciente.

Para a tradição linguística saussuriana, a fala constitui-se como uma massa sonora composta de fonemas, um ato individual que se extrai da língua; esta, por sua vez, um fato coletivo. Para a psicolinguística, corresponde ao instrumento por excelência de comunicação intencional, assim como o são escrita, gestual ou quaisquer outros códigos compartilhados por um grupo social dentro de uma língua. Apesar da propriedade dessas definições, remetemo-nos – porém e oportunamente – a Lacan (1998a), quando interroga o que constituiria a função e o campo da fala na Psicanálise, ao lado da linguagem, a partir de seu famoso *Discurso de Roma*. Nesse relatório seminal, Lacan estabelece que é na fala do sujeito que se articula a estrutura da linguagem, sendo esta o próprio inconsciente. Com efeito, o sujeito “entra, com o psicanalista, num processo de troca dialética que se direciona para a verdade de seu desejo” (Lacan, 1998 p. 125). Para sermos mais específicos, tomamos como baliza a ideia de fala plena, a qual, para o autor, “é a que visa, que forma a verdade tal como ela se estabelece no reconhecimento de um pelo outro” (Lacan, 1998a p. 125). Contrariamente, a fala vazia é aquela com a qual o sujeito se perde em tomar a linguagem como mero objeto, tomando e tornando-a como um muro.

Alinhado ao referencial teórico que escolhemos como base, a noção de *discurso* é depurada da Psicopatologia Fundamental e traduz tanto a ideia de uma narrativa do sofrimento, enquanto um saber do sujeito (Berlinck, 2001), quanto a de uma leitura teórica-epistemológica, portanto, científica, acerca do objeto psicopatológico. Ao privilegiar o sentido clínico, lembramos ainda com Berlinck e Oliveira (2015) que *logos* compõe a palavra psicopatologia e, já na epistemologia, é discurso e linguagem, verbal ou não, capazes de revelar a psique assim constituída. Porém, esta guarda o traço da castração pelo simbólico, ou seja, os limites da própria linguagem:

Ao levarmos em conta a clínica, espaço para o encontro de subjetividades e possibilidade do abandono da teoria, que muitas vezes vem como uma repetição alienante e encobrimento do que evanesce ali, temos *Logos* em suas diversas

aparições, seja pela repetição, silêncio, balbucio. Todas transferem a subjetividade que, na contratransferência, revela a do clínico, atingido pelo discurso. Os inconscientes se conectam em associação livre (ao menos, deveriam) na busca de considerar o que surge sem se preocupar com encaixes teóricos (Berlinck & Oliveira, 2015, p. 171).

É de Lacan que deduzimos o inconsciente como um acontecimento de *linguagem*, esta que se soergue por meio da palavra e suas modulações, seja também como discurso. No bojo de consagrada tríade lacaniana dos registros – imaginário, simbólico e real, a qual traremos mais adiante – pensamos linguagem conceitualmente para além de sua função normativa do desenvolvimento, e sim, como uma estrutura do sujeito que funda o campo da palavra. A linguagem é consagrada como paradigma do campo psicanalítico, na medida em que é apresentada como tecido do Inconsciente transindividual, é trazida da leitura do que se considera controversamente um primeiro Lacan, alinhado à prevalência do simbólico, no momento em que transcende a linguística saussuriana, desta se apropriando (Sales, 2004; Machado, 2011).

No capítulo 2, intitulado **Uma posição clínica de escuta**, colocamo-nos posicionados e atentos às vicissitudes de um corpo em sofrimento, ao que se verá adiante, paralisado pela ELA. Considerando a invenção histórica e discursiva da experiência do sofrimento psíquico ao longo dos últimos séculos, buscamos circunscrever o campo da psicopatologia de uma maneira ampla, sob a égide da Psicopatologia Fundamental e da Psicanálise, com fim de delimitar o espaço epistemológico de nossa discussão. Delineando como central a noção de *páthos* entendida como paixão e sofrimento, atravessamento de uma afetação que se manifesta à revelia do sujeito enquanto vivência experimentada no corpo, implica o sofrimento psíquico. Por esse objeto psicopatológico fundante, voltamo-nos ao mal-estar subjetivo, quando este se dá em função de um adoecimento orgânico, tal como no contexto do atendimento psicanalítico de pacientes neurológicos. Culminamos esse aparte com o ensaio do que entendemos como a metapsicologia de um corpo pático, quer seja, a compreensão econômica e pulsional dada pela injunção do *páthos* ao sujeito afetado em sua corporeidade motora. É, portanto, dentro dessa perspectiva relacional que pretendemos dialogar Psicanálise e neurologia – sua vizinha distante – em uma fronteira que se fez constitutiva do percurso inicial de Freud.

Entre o sofrer e o dizer: ELA sem palavras é o título do capítulo 3, no qual apresentamos a Esclerose Lateral Amiotrófica como paradigma da condição neurológica da síndrome de encarceramento. Para podermos formular a questão de tese aqui pretendida – a possibilidade de uma clínica psicanalítica junto a pessoas em estado de anartria ou disartria –

trazemos sinteticamente uma cartografia da inscrição da ELA no discurso médico. O “destino” da ELA inscreve o sujeito na trama nosográfica das doenças neurológicas e da Doença do Neurônio Motor. Esse diagnóstico tomado como drama e como trauma coloca o sujeito na perspectiva de ser prisioneiro perpétuo em seu próprio corpo, assim dito por aqueles que experimentam direta ou indiretamente o enfrentamento de tal enfermidade. A partir da literatura levantada, são consideradas especialmente a questão da comunicação na ELA, relacionando a disartria e a anartria (prejuízo, dificuldade e perda da fala) com a qualidade de vida dos pacientes, e as possíveis intervenções por parte de psicanalistas e psicólogos clínicos de base psicanalítica, a serem discutidas efetivamente como objeto da tese propriamente dita.

No capítulo 4, **Acedendo a clínica da ELA: técnica, linguagem e presença sensível**, é dedicado à construção epistemológica, metodológica e teórica que ampara nosso trabalho de tese. Como *démarche* de cientificidade para o desafiante objeto dado pela clínica psicanalítica na ELA do paciente anártrico, retomamos a Psicopatologia Fundamental agora no concernente à sua pesquisa transdiscursiva, cujo objeto principal é o *páthos*. A descrição dos passos metodológicos assinala esse estudo qualitativo como operacionalizado por depoimentos livres, em entrevistas semiestruturadas, escutados daqueles a quem tomamos como testemunhas oculares e terapêuticas. São estes: quatro psicanalistas e duas psicólogas de base psicanalítica com experiência em atendimento de pacientes com ELA, alguns de diferentes origens, enquanto outros com práticas muito similares. Em torno de aportes teóricos, evocamos, de Freud, o método e o conceito de transferência; as inovações técnicas de Ferenczi; e, de Lacan, a linguagem, o simbólico e o real, mais a pulsão escópica.

No capítulo 5, **Sendas de um cárcere singular**, adentramos no campo da pesquisa propriamente dita, quer seja, na análise dos conteúdos das referidas entrevistas. A partir de algumas frestas relacionais e comunicacionais, e como uma primeira etapa da investigação, são apresentados pontos basilares para se pensar a possibilidade de uma clínica psicanalítica da ELA na síndrome do encarceramento. Assim, tomamos o impacto deste diagnóstico e suas repercussões emocionais para o paciente, particularmente no tocante à expectativa da perda da fala. Em seguida, como um inesperado desdobramento desse choque inicial, vemos que, com frequência, a doença funciona como porta de entrada para processos subjacentes e/ou para além do enfrentamento da doença propriamente dita, possibilitando intervenções em nível de história de vida, afetos remotos, entre outros conteúdos mais profundos. Pontuamos também as consequências do envolvimento de cuidadores e familiares junto ao terapeuta, mormente positivas, pela presença relacional e como intermediário do próprio contato terapêutico. No tópico em que buscamos pensar para além do *setting*, os depoimentos nos fazem refletir o

quanto uma suposta rigidez tradicional de um enquadramento psicanalítico é secundária àquilo que na essência configura o dispositivo psicanalítico, como, de um modo especial, a transferência. Outro importante destaque é dado pela presença de recursos tecnológicos disponíveis hoje que têm favorecido a estruturação de uma clínica de pacientes com ELA. Na insuficiência dessas tecnologias, apresentam-se alternativas e alteridades envolvidas em um nível mais comunicacional.

Por fim, no capítulo 6, **O mosaico da transferência na escuta possível**, avançamos na questão axial da pesquisa – a clínica psicanalítica junto a sujeitos acometidos pela ELA – nisso considerando outros achados centrais que perfizeram o discurso dos entrevistados. O mosaico é uma imagem a partir da qual compreendemos como a inventividade do psicanalista e a singularidade de cada sujeito se articulam em demandar a criação de diferentes recursos/estratégias que viabilizem uma clínica. Estes, conjugados, viabilizam o trabalho psicanalítico na medida do possível, pela montagem de uma escuta que passa pela técnica, pela transferência e pela presença sensível do analista, uma junção de diferentes peças com um objetivo final. Vimos que o psicanalista se depara com uma encruzilhada de fenômenos subjetivos que envolvem sofrimento psíquico, manifestações psicopatológicas e problemas cognitivos, em que sua sensibilidade clínica é posta à prova. Sob o precioso aforismo de um dos entrevistados de que a teoria é para o psicanalista, mas a vida é para o paciente, demarcamos a fronteira da teorização ante o trabalho com pacientes de ELA, segundo os próprios agentes do tratamento. Pelo viés de uma reiterada intersubjetividade, damos ao conceito de transferência o estatuto de linguagem, uma vez que, como um código, enseja toda a comunicabilidade do tratamento psicanalítico. Nas próprias palavras dos entrevistados, um olhar ou uma escuta psicanalítica são as atitudes que parecem traduzir uma psicanálise possível. O olhar, literalmente falando, é quem enfim pinçamos como um recurso intersubjetivo, uma vez que é pela pulsão escópica que o sujeito encarcerado em seu próprio corpo também consegue escapar a olhos vistos, a saber, do psicanalista. Com o trabalho de montar uma escuta, é este quem co-constroi com o paciente e seu entorno uma clínica de mosaico, a qual aponta o possível da clínica. Como considerações finais, reiteramos que uma clínica psicanalítica junto a sujeitos acometidos pela ELA apresenta-se de fato tal qual uma fronteira para o psicanalista. Diante da aprendizagem dada pelo limite, da clínica, da linguagem, marcada pelo real, esta tese nos ensina que o psicanalista se legitima pela pessoa que é, por como se posiciona, pela disposição com que se inclina; sobretudo pela sua escuta e pelo lugar que o outro lhe atribui.

2 UMA POSIÇÃO CLÍNICA DE ESCUTA

Falar é uma necessidade, escutar é uma arte
Johann Goethe

É o corpo quem primeiramente professa o Inconsciente. Com efeito, onde há um *professor*, há lições, sendo esta uma tácita e inaugural aprendizagem extraída da clínica psicanalítica. O corpo erógeno modula o corpo biológico e, na medida em que é tomado pelo *páthos*, nos ensina como ser escutado para além da anatomia. A partir de cada nova análise que empreende, o psicanalista ouve a sinfonia que advém do corpo do outro, solada em uma voz que, por sua vez, ecoa o *Outro*. Mas não é ele, analista, o maestro dessa peça, e sim o sujeito do inconsciente, aquele que, desde Emmy von N., manda que se calem quaisquer espectadores que interrompam sua apresentação discursiva. À Psicanálise restou decifrar a partitura inscrita sob o discurso do paciente, narrada em lições de vida, paixão e morte (Assoun, 1999).

Essa inscrição inconsciente também se revela nas lições de um corpo fisicamente afetado. De fato, mesmo a circunstância de uma doença orgânica grave dá provas de que o trabalho psicanalítico é uma operação clínica de linguagem, cujos efeitos terapêuticos são, via de regra, tangíveis. Em se considerando o modelo inaugural de Freud, pautado pela neurose, narra-se no divã uma história de vida encarnada como história de um corpo. Este, ao se imiscuir de linguagem, emoldura um conjunto de afetos, pulsões e sintomas que se organizam por força de um recalçamento. Na acepção psicossomática de Lacan, é pelo discurso do corpo, conduto visível e sensível de expressão das pulsões constitutivas do sujeito, que se dá o encontro com o real – o inominável que resiste a toda representação (Kupperman, 2003).

No contexto de uma patologia neurológica, corporeidade e psiquismo padecem articuladamente. Isto não se dá pela via da conversão, tão familiar à Psicanálise, mas sobretudo pelas repercussões emocionais devidas a alguma falência em nível do sistema nervoso. Uma vez que adoecer corresponde a uma certa subversão do funcionamento natural do organismo, este fenômeno não deixa ileso a *pessoa* do doente, ainda que se trate de um sofrimento cuja expressão seja em algum nível tamponada. Na peculiaridade de uma clínica desafiante, pacientes neurológicos tratados psicanaliticamente tornam-se representativos da relação necessária entre a biologia, o inconsciente e a palavra, tomada como via de elaboração do sujeito doente (Riolfi, 2011; Klautau & Winograd, 2012).

São preponderantes no campo clínico da neurologia problemáticas nervosas de ordem cerebral, motora e cognitiva. Categorizam-se dentro da área diversos quadros mórbidos em

que o soma e a psique são extensivamente atingidos, uma vez que o comprometimento do organismo é, com frequência, agravado pela impossibilidade de uma maior reflexão sobre sofrimento por aquele que o vivencia. São exemplos disso as chamadas doenças neurodegenerativas, caracterizadas pela degeneração progressiva e/ou morte dos neurônios do cérebro humano, sendo debilitantes e incuráveis. Particularmente impactante é o caso da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), doença neurodegenerativa que, ao lado do Parkinsonismo e do Mal de Alzheimer, está entre aquelas que mais causam prejuízos à qualidade de vida, comprometem física e psiquicamente o paciente e têm maior mortalidade.

Doença de incidência rara, a ELA forja uma certa condição de corpo marcada por seu caráter inexorável e carregada de dramaticidade, já nomeada de “corpo silenciado” (Calado, 2010). Trata-se de uma situação limite, onde um enrijecimento neuromotor ataca radicalmente, entre outros aspectos fundamentais da existência, a própria expressividade do sujeito, antes de o levar à morte. Este, a despeito de sua natureza desejante, vê-se impotente ante seu prognóstico, destinado a assistir a sua musculatura desfalecer por meio de uma paralisia crescente, entre outros sintomas progressivos de degeneração nervosa. Sob um prisma psicanalítico, tem-se que, na pessoa acometida pela ELA, a dimensão pulsional parece recuar ante uma limitação biológica extrema, ao passo em que sua vida psíquica assume um protagonismo que, no mais das vezes, substitui a sua própria interação social. Eis o desafio de que o sujeito não se reduza a apenas um receptor de necessidades de um corpo orgânico.

Intriga imaginar a cena de um eventual *setting* de um paciente de ELA, já sem fala, frente a um psicanalista. Ante a sintomática da disartria e da anartria – respectivamente, dificuldade e ausência da articulação da fala – não seria o afã do analista que interromperia o discurso do sujeito; antes, é a cascata de morte celular que incapacita a pessoa de projetar sua própria voz. Acuado em função dessa debilitação física, este analisante embora sonhe, tem extremas dificuldades de descrever seus sonhos; os atos falhos ou chistes que por ventura produza não são proferidos; suas associações também não se verbalizam. É como se seu inconsciente estivesse se lançando à própria sorte, enquanto ele, preso no próprio corpo é confrontado com sua finitude e a conseguinte tarefa de elaborar o luto de si mesmo. Na verdade, supomos que esses pacientes desejam ser escutados – mas o que querem dizer? Desse luto de si mesmo, da angústia incutida nessa experiência de encarceramento, ou falar da vida e do desejo que permanecem?

A proposição de que pacientes graves de ELA (aqueles que já perderam a voz) podem se beneficiar da Psicanálise parece inusitada. De início, seria uma demanda estranha ao fazer psicanalítico, marginal ao seu *setting* ou mesmo improvável, uma vez que o perfil do

analisando se definiria por traços estruturais e ou psicopatológicos. Do ponto de vista da técnica, são as palavras o instrumental condicionante do trabalho psicanalítico, sendo que a ausência da fonação inviabilizaria o processo em sua essência. Além disso, um sujeito marcado para morrer não teria motivação para uma análise, sobretudo pela falta de perspectiva de vida, como os idosos a quem Freud outrora desencorajou a experiência analítica, por razões semelhantes de brevidade do tempo e do volume de material a ser trabalhado (perspectiva hoje totalmente superada). Contudo, uma atuação de psicanalistas e psicólogos de base psicanalítica junto a tais pacientes não é de todo inusitada.

Se é o corpo quem primeiro professa o inconsciente e se há sujeito, não perspectivar um trabalho psicanalítico junto a pessoas acometidas em sua fisicalidade, como na ELA, sugere certo preconceito. De um lado, quanto às pessoas que vivenciam a experiência de tamanho sofrimento, as deslegitimando de um direito, do ponto de vista do cuidado à singularidade; de outro, quanto à própria Psicanálise, cuja teoria e clínica apontam que, onde há o humano, estão também sua angústia, sua natureza conflitiva e sua inamovível estranheza de si. Dessa forma, é de seu primordial lugar de elaboração que se propõe tomar a Psicanálise como recurso ao sofrimento psíquico dessas pessoas, cuja condição extrema supõe um dizer singular.

Esse capítulo dispõe o arcabouço teórico a partir do qual se pretende pensar uma clínica psicanalítica possível junto a sujeitos acometidos pela ELA. De início, fazemos menção à história da psicopatologia como introdução ao referencial teórico da Psicopatologia Fundamental, uma posição clínica, de escuta e também de pesquisa. Apresentamos assim a noção de *páthos* como basilar à discussão acerca do sofrimento psíquico, a qual ganha um contorno radical na experiência das pessoas vítimas de adoecimento neurológico. A partir desse registro, delinaremos, mais adiante, um reposicionamento técnico – e em extensão clínico e ético – da escuta psicanalítica frente à particular condição de corpo dada pela ELA.

Ainda no bojo da pluralidade intercientífica instada pela Psicopatologia Fundamental, fazemos uma sucinta revisita à gênese da relação entre neurologia e a psicanálise. Uma vez que o encontro dos “pais” dessas duas ciências contíguas foi determinante para o surgimento da empreitada freudiana, trazemos a reaproximação contemporânea entre ambas na proposição de uma clínica psicanalítica junto a pacientes neurológicos. Trata-se de um cruzamento paralelo à expansão das neurociências e ao contato desta com psicanalistas, em que se inclui a vertente da Neuropsicanálise. Contudo, vemos que é no atendimento dos casos concretos, em que corpo e psiquismo se conjugam, que a intersecção entre os referidos

campos encontra particular relevância. Nesse sentido, enfim, abordamos a constituição do sofrimento psíquico no sujeito acometido por uma doença grave e rara como a ELA⁹.

2.1 A invenção do sofrimento psíquico

Manifestação dos deuses ou possessão demoníaca? Afecção moral, alienação, demência, etc., a conceituação da anormalidade desde os tempos antigos é extensa. A menor discrepância entre o comportamento de um indivíduo, seus pensamentos e a expectativa de seu meio foram desde sempre matéria de intervenção e de busca por explicação nas diferentes culturas e tempos históricos. O fenômeno mais tarde chamado de doença mental tem em seu caráter enigmático um ponto nodal para a instituição de uma série de interpretações, as quais se antagonizam entre si quanto à natureza da loucura. Decorre de tal miscelânea uma imprecisão epistemológica do próprio conceito de saúde/doença mental ainda não superado totalmente, a despeito das grandes classificações nosográficas da psiquiatria atual. Todavia, é a constatação de que uma alma ou mente em sofrimento pode se verter em discurso que inaugura a psicopatologia e a sustenta.

Com efeito, a diversidade de olhares sobre aqueles que sofrem de problemas psíquicos jamais foi anacrônica. Coube a Foucault (1978[1972]) investigar genealogicamente de que maneira o discurso social, ao longo dos séculos, moldou a percepção coletiva de cada época sobre a chamada loucura. Segundo a arqueologia foucaultiana, são as práticas sociais e discursivas que estabelecem a verdade acerca do que seria normalidade ou não no campo da psique humana. Ao rejeitar uma leitura apenas cronológica pautada em nomes e fatos de referência, o autor explicita que a definição sobre quem é louco dá-se como efeito de interpretação da cultura em voga, de acordo com o ideário da época.

Assim, contornos bastante tênues do que se concebe como normalidade balizaram sua definição. Sob um inexato critério de diferença sobre o que seria normal, as condutas desviantes serviram de justificativa para uma forma de segregação social que foi por muito tempo inconteste. No período final do Classicismo, a criação dos grandes leprosários proveu espaços que abrigam uma infinidade de doentes, cuja moléstia era sinônimo de segregação. O caráter de contágio da doença justificou a exclusão de seus portadores, confinados a viver em espaços que se tornariam depositários de toda a sorte de vagabundos, doentes e lunáticos. Os leprosários serviram de estruturas que mais tarde se tornariam os primeiros manicômios,

⁹ Uma descrição introdutória sobre a fisiopatologia da ELA com ênfase no aspecto de interesse central da tese – a comunicabilidade – apenas será feita no capítulo seguinte.

ensaios dos hospitais psiquiátricos modernos. Tratava-se, pois, de uma doença física, confundida com um sofrimento psíquico (Pereira, 2004).

A estigmatização científica da loucura passa a ser mais evidente nos auspícios da Era Moderna. Um primeiro esforço em racionalizar a loucura tem como referência histórica o trabalho de Philippe Pinel no século XVII, em Bicêtre, França. Os acontecimentos no famoso hospital em torno do modelo do tratamento moral, de Pinel e seu discípulo Pussin, lançam as bases da psiquiatria dinâmica. Humanizar a guarda dos ditos alienados, segundo o espírito da Revolução Francesa, mais do que representar um ideário humanista, permitiu à ciência da época fundar as bases de uma medicina mental e sua clínica. Tornada objeto da medicina, a alienação mental desde o começo foi associada às paixões exasperadas, para as quais o tratamento moral seria uma espécie de antídoto (Pereira, 2004).

Aquilo que se convencionou como doença mental tem parte de um princípio dualista que separa corpo e alma. Com suas raízes em Platão, essa concepção espiritualista da natureza do psiquismo servirá também como um suporte ideológico para a ideia do controle físico como recurso ao domínio da mente. Ainda pela via da abordagem foucaultiana (Foucault, 1978), tem-se que o nascimento da psiquiatria, à altura do século XIX, atesta, sob mais essa forma de disciplinarização dos corpos, um recurso à manutenção das relações de poder. Com a desrazão elevada a um estatuto de doença, circunscreve-se conceitualmente o campo das doenças mentais, que a ciência psiquiátrica recorta como seu objeto de estudo.

No tocante à discussão da clínica dos transtornos mentais, observamos que mudanças quanto aos critérios diagnósticos são sempre controversos. Contudo, de maneira geral, o cartesianismo fundante da ciência ocidental na Modernidade sobrevive, após séculos, categorizando o sofrer em discursos fragmentários acerca da experiência do adoecimento psíquico. Nesses moldes, a noção de sofrimento psíquico deriva tardiamente de um raciocínio extensivo; a dor psíquica aponta uma disfunção na mente/cérebro, assim como a patologia aponta uma alteração no organismo. Tal concepção de saúde como um estado natural do qual a doença seria uma perturbação, está na base das tentativas de ancorar a alteração dos estados mentais em alguma explicação biológica, portanto objetiva, do fenômeno da loucura. Conforme o anatomista francês Xavier Bichat (citado em Scliar, 2007), a saúde seria aqui traduzida como a vida do silêncio dos órgãos.

Com efeito, o conhecimento acumulado acerca das práticas e discursos acerca do sofrimento psicológico escapa em muito de visões simplistas ou homogeneizadoras. As diversas formas que a miséria humana reconhece enquanto sofrimento são incontáveis, sendo as desadaptações e rupturas com a realidade apenas uma face delas. Logo, supor que um

arsenal discursivo apenas possa dar conta da pluralidade dos males que a nós todos se impõem, soa algo como ingênuo ou pretensioso. Os correntes discursos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na área da Saúde têm relação direta com a compreensão do quão infértil é lidar com as diferentes facetas da angústia e desamparo humano que a cada um de nós atormenta sob uma só perspectiva.

Historiar a invenção do sofrimento psíquico aqui tem como pano de fundo necessariamente a discussão sobre a distinção entre o normal e o patológico no campo da subjetividade. Embora não seja nosso escopo debater o mérito desses critérios, o conjunto dessas considerações, ainda que sucinto, resgata o desenvolvimento da psicopatologia com dois objetivos complementares entre si. Em primeiro lugar, situar o panorama pelo qual se desenha a necessidade de uma discursividade que se proponha a dar conta da riqueza teórico-epistemológica acerca do psicopatológico. Num segundo momento, queremos estabelecer como experiência de sofrimento nesses termos a repercussão emocional no sujeito acometido por uma doença física, a saber, neurodegenerativa.

Nessa direção, vem do médico e filósofo francês George Canguilhem uma contribuição inequívoca, especialmente em sua obra clássica *O normal e o patológico* (1943). No campo da saúde mental, pelo que vimos, critérios de normalidade constituem desde sempre uma questão de disputa de concepções, desorientando qualquer pretensão de se enquadrar em um só saber sobre a mente em sofrimento. Canguilhem argumenta que o normal, tal qual como o concebe a ótica médica objetivista, corresponde a um estado passivo de quantificação pelo qual se distingue o seu oposto, quer seja, a doença ou patologia. Para o autor, normal e patológico seriam estados que só podem ser assim classificados mediante um qualitativo de normatividade, característica que traduz a capacidade produtiva de um sujeito frente às vicissitudes de seu meio. Essa valoração vital faz com que a saúde enquanto norma constitua a ideia de doença e vice-versa, relação especialmente assimilável no campo da psicopatologia (Bezerra, 2006).

2.2 O lugar da Psicopatologia Fundamental

Somente à altura do século XX passamos a proposição de uma Psicopatologia Geral, trazida à lume pelo filósofo e psiquiatra alemão Karl Jaspers (2000). Nome de referência da filosofia existencialista, sua obra representa o balizamento da psicopatologia como uma disciplina com objeto próprio, alicerçada em uma psicologia fenomenológica e, a um só tempo, explicativa e compreensiva. Assim, Jaspers fundou de forma magnânima uma

narrativa objetiva do que até então se conhecida como doença mental. Segundo Rodrigues e Carvalho (2005, p. 756),

Reconhecido o contexto em que foi concebida, torna-se evidente que o esforço que se lhe impunha à confecção daquela obra – e que lhe conferiu valor central na tradição psicopatológica – era, sobretudo, pela crítica metodológica e pela sistematização dos dados. Sua tarefa se compôs pelo mapeamento dos suportes conceituais e métodos vigentes, pelo exame de suas virtudes e limitações quando empregados individualmente; pela exploração dos domínios específicos de aplicação dos métodos mais “gerais” (causalista-explicativo e histórico-compreensivo) e, finalmente, pela proposição de um modelo de psico(pato)logia que, na sua visão, poderia atender a aspirações científicas.

Um século após a iniciativa de Jaspers, a atual força de uma psiquiatria descritiva e psicofarmacológica reflete um discurso triunfante cujas bases se acumulam desde o advento da ciência moderna. Como contraponto a leituras totalizantes acerca do sofrimento psíquico, a Psicopatologia Fundamental apresenta-se, em meados dos anos 80, como um fórum científico capaz de abarcar a multiplicidade de discursos que tomam como mote o fenômeno psicopatológico. Dessa feita, essa Psicopatologia Fundamental delinea-se como um espaço de interlocução clínica e científica sobre o sofrimento psíquico, com base na proposição de um lugar comum onde se profira discursos diferentes, para além da homogeneização do imperativo classificatório da ciência vigente. Assim, temos um campo que, na medida em que se constitui, deixa-se atravessar pela heterogeneidade da pesquisa em psicopatologia, na direção contrária ao imperativo medicalizante da contemporaneidade.

A Psicopatologia Fundamental, em sua proposta transdisciplinar busca erigir um conhecimento inerente à experiência do sofrimento. Valorizando a pluralidade dos dizeres acerca do sofrer, produz assim uma nova posição discursiva do *páthos*, o qual postula como o objeto psicopatológico por excelência. Nesse sentido, o sofrimento psíquico não é sinônimo a rigor de quaisquer códigos, transtornos ou nosografias; antes disso, é referenciado pelo *vivant* – o vivido – que é paixão, vem do exterior e assujeita, portanto, a uma passividade (Berlinck, 2001).

Tais postulados guardam coerência com o sentido psicanalítico da natureza conflitiva que a todo tempo nos fustiga. A psicopatologia cotidiana demonstrada por Freud também sugere nas filigranas do discurso um sofrimento que se confunde com a própria experiência humana, revelando-o como constitutivo e, portanto, perene. Segundo a fórmula original de seu fundador, a Psicanálise consiste em “transformar o sofrimento neurótico em infelicidade comum” (Freud, 1996b [1893-1895], p. 316), o que se faz também pela assunção da natureza

pática do sujeito. Essa tem como saída mais criativa – ou menos penosa – a busca pela aprendizagem que se dá a partir do compartilhamento do *páthos*.

O psicopatólogo fundamental é o clínico cuja escuta e acolhimento promovem aprendizagem no sofrimento. Pode ser também aquele que aprende, uma vez que sua posição remonta a dos primeiros médicos gregos, que busca compreender uma língua estrangeira para desempenhar seu múnus. No cuidado dos escravos feridos na batalha, os esculápios inclinavam seus ouvidos para acolher no dialeto deles a experiência pática de seu sofrimento, o que lhes implicava adentrar o mundo desconhecido de uma linguagem – talvez a de gemidos inefáveis, ou do próprio silêncio.

Coube ao psicanalista francês Pierre Fédida (Berlinck, 2001) a proposição de um trânsito interteórico da Psicanálise pareada a outros discursos acerca do sofrimento. Com Fédida, torna-se claro que a Psicanálise não se ocupa de doentes, tampouco com doenças, mas sim do sujeito em sofrimento. A imprescindibilidade dessa referência para a psicanálise contemporânea justifica-se por sua contribuição a um contato permanente e não hermético da ciência clínica fundada por Freud com outros discursos que também se ocupam da dor da alma humana.

Posicionalmente sob a referência dialógica da Psicopatologia Fundamental, cabe afirmar que a ELA constitui para o sujeito uma experiência de *páthos*. A dimensão do sofrimento psíquico do ponto de vista da singularidade, para além de ser categorizado como loucura ou transtorno mental, pode se apresentar também como efeito colateral de uma alteração orgânica. A condição do sujeito na ELA é dada por um sofrimento que macera, mas a partir do qual se aprende. Revela-se aqui uma dinâmica prototípica da relação psicanalítica; é o sujeito quem ensina ao psicanalista como pode ser escutado, e não o contrário. Sensível a essa posição, o clínico deve se amoldar ao tempo, ao modo e à possibilidade de linguagem do outro.

Em última instância, o espaço entre uma posição clínica e o *páthos* aponta a experiência única e subjetiva que se desdobra a partir da doença. No concernente a essa dimensão subjetiva, corresponde a um substrato para o acontecimento do *páthos*. Finalmente, é ao fenômeno pático que se escuta e este pode transcender as palavras. Carneiro (2004, p. 279), ao se ocupar da reflexão de sofrimento psíquico na contemporaneidade, é categórico em defender que

[...] não podemos ficar presos a conceitos que escravizam a escuta na clínica a uma posição rígida e preestabelecida, sob pena de não reinventarmos a psicanálise. Escutas pautadas exclusivamente sob os auspícios da estrutura psíquica merecem hoje uma

grande reavaliação, na medida em que não respondem às metamorfoses típicas da noção de sintoma que estamos assistindo no cotidiano, no concernente às novas formas de manifestação do sofrimento psíquico. Assim, a posição do analista deverá acompanhar dinamicamente o pré-posicionamento que o paciente ocupa com referência ao objeto, sem que com isso possa implicar em um esvaziamento do seu lugar. É esta a dinâmica de posições situada entre o lugar do analista e a aparição do sintoma trazido pelo paciente, isto é, uma referência homônima e diametralmente oposta, a que o sujeito traz para o dispositivo analítico e que se apresenta como uma joia rara para o analista se posicionar sobre o que ele entende por Sofrimento Psíquico.

Embora aqui o autor não esteja se referindo especificamente ao universo das doenças somáticas/neurodegenerativas, e sim à clínica contemporânea como um todo, trata-se de uma assertiva valiosa. Ao reiterar a liberdade da qual o psicanalista precisa se apropriar frente aos desafios da época atual, Figueiredo (2004) chama a atenção ao risco que o clínico corre de se alienar em um padrão de trabalho hermético e, portanto, anacrônico. De fato, fazer psicanálise em contextos nos quais não esteja familiarizado requer do terapeuta uma abertura quanto às novas formas de sofrimento e de sua manifestação, as quais já não são assimiláveis em termos de rígidas estruturas psíquicas.

2.3 Sofrimento psíquico em contexto de doença física

Pari passu à discussão secular sobre a natureza das perturbações psíquicas, suas possíveis causas e eventuais curas, a medicina primordialmente organicista fez seu caminho. Pela via da objetividade e da observação, os primeiros anatomistas, impulsionados pelo espírito da revolução científica e fiéis ao paradigma cartesiano, fundante da Modernidade, ocuparam-se do corpo sem maiores preocupações com quaisquer dores da alma que se originassem de doenças. Até o século XVIII, a história do saber médico traduz à risca o domínio da concepção dualista de Descartes, que definia a separação radical entre a *res extensa*, a matéria extensa, e a *res cogitans*, a matéria pensante. Para aqueles que estudam o campo psicopatológico, a dicotomia histórica das abordagens das doenças e das doenças mentais não foi sem consequências. Enquanto os investigadores ocuparam-se da tarefa de estabelecer a racionalidade dos sistemas componentes do organismo e suas alterações, o estudo da mente doente era objeto do obscurantismo. Curar o corpo seria, pois, um parcimonioso meio de livrar a humanidade das agruras provocadas pela doença, evidenciadas pela invalidez ou morte. Se no sofrer dos órgãos incidiram os esforços da Medicina, a comiserção pelos moribundos ficaria à cargo da piedade cristã e do estado (Scliar, 2007).

Em termos da Psicopatologia Fundamental, a experiência do *páthos* dá testemunho de um sofrimento psíquico que, ao mesmo tempo em que é singular para o sujeito, é passível de

ser abordado por múltiplos discursos. Vimos que as diversas formas de apresentação do sofrimento e dos modos de vivenciá-lo são constituídas historicamente e, como tal, determinadas. Contudo, perpassam algumas essencialidades humanas, as quais se circunscrevem na cultura de modo a serem identificáveis e compartilhadas. Dificuldades materiais, crises familiares, desilusões afetivas, experiências de perda, doença e luto figuram entre os principais motivos que levam um sujeito a experimentar a existência como tormento.

O adoecimento é uma das principais causas de sofrimento da experiência humana. O mal-estar subjetivo relacionado à doença, por sua vez, na medida em que também compõe uma experiência do desamparo, faz jus a uma discussão psicopatológica, mesmo que não se constitua como psicótica ou psicossomática. Com efeito, temos que a dimensão da dor psíquica inerente ao enfrentamento das doenças físicas também se inscreve como mote para a Psicopatologia Fundamental. Nesses casos, o sofrimento psíquico ocorre enquanto efeito colateral de uma doença física ou orgânica. Se há pessoas que conseguem lidar ou se organizar com certo êxito frente às vicissitudes da vida, outras se isolam, se deprimem ou ainda recorrem às adições, ou mesmo ao suicídio.

A diferenciação entre as formas de apresentação de adoecimento que dizem respeito a uma investigação psicanalítica e àquela que escapa a essa abordagem parece estar bem estabelecida. Descartando-se qualquer natureza psicogênica, qual interesse haveria em lhes conferir um estatuto de objeto de pesquisa ou intervenção pela via da Psicanálise? A doença psicológica – da hipnose à associação livre, passando pela sugestão e pela catarse – foi historicamente compreendida em termos etiológicos como um fenômeno subjetivo em si mesmo, manifestando-se no corpo, mas não determinada por ele.

Um atendimento psicanalítico em função de um sofrimento que resulta de adoecimento sustenta uma análise ou, via de regra, abre os caminhos desta para o sujeito? Certamente não estamos nos referindo a uma clínica cujo escopo é a dissolução do sintoma neurótico. Ainda mais radicalmente diferente de nossa proposta seria qualquer perspectiva psicogenética do adoecimento na ELA, apesar de não desconhecermos estudos que tentam relacionar determinados tipos psicológicos com o desenvolvimento da doença. Também é preciso pontuar que a ideia de psíquico não exclui um eventual aspecto somático. Antes, procura-se enfatizar a dimensão subjetiva do sofrimento, uma vez que o adoecimento corporal pode comportar um alto grau de sofrimento psicológico. No contexto da doença, a subjetividade pode ter um papel determinante tanto na etiologia, quanto na sintomática do sujeito, sob a forma de comorbidade.

Uma doença física ou uma síndrome, em si mesmo, corresponde à presença de uma disfunção biológica do organismo, quer seja, uma forma de mal funcionamento de alguma das estruturas componentes do corpo. Ensinam-nos Ortega e Bezerra (2006) que o adoecimento é uma possibilidade natural dos sistemas vivos, sendo que é a apreciação negativa das consequências desse fato sobre os interesses vitais que torna esse evento em uma patologia, cuja descrição é uma assertiva normativa, implica *valor* vital contrariado.

2.4 Atendimento psicanalítico de pacientes neurológicos

Uma clínica psicanalítica junto a pacientes neurológicos já não soa como uma idiosincrasia. Na literatura científica brasileira, várias pesquisas trazem essa clientela sendo abordada por um viés psicanalítico, com as mais distintas contribuições. No Centro de Estudos do Genoma Humano, a proposta do programa “Desautorizando o sofrimento padronizado na multiplicidade dos corpos”, vinculado à Universidade de São Paulo (USP), consiste em identificar e tentar superar o paralelismo resignação-compaixão, prevalente em situações de doença em que se apresentam sofrimentos do tipo *prêt-à-porter*, quer dizer, pronto para vestir. Coordenado pelo psicanalista Jorge Forbes, ao lado da geneticista Mayara Zatz, esta pesquisa busca uma aproximação entre Psicanálise e o tratamento das doenças crônicas, como a própria ELA. As equipes de ambos os pesquisadores inter-relacionam a clínica psicanalítica e a clínica das patologias crônicas, por meio de um programa terapêutico interdisciplinar. Busca-se investigar “a maneira pela qual uma pessoa pode se responsabilizar pelo encontro com o acaso, [...] com o estabelecimento de um estatuto ético ao corpo como resultado de um modo singular de interpretar as contingências da vida” (Rocha, Sugiyama Júnior, Germano & Chiavassa, 2008, p. 11). O projeto atende a nove formas de distrofias: ataxias progressivas, atrofia espinhais progressivas, ataxia de Friedreich, distrofia miotônica de Steinert, distrofias musculares do tipo cinturas (DMC), distrofia muscular do tipo fácio-escápulo-umeral, distrofia de Becker, distrofia de Duchenne, e miopatias congênitas estruturais.

Exemplo ilustrativo desse programa, a proposição de um tratamento psicanalítico nomeadamente lacaniano no tocante a portadores de doenças degenerativas aparece em Riolfi (2011) e serve de importante baliza a nosso argumento. A autora nos traz como objeto de seu trabalho os efeitos clínicos produzidos num período de quase quatro meses de atendimento psicanalítico junto a portadores de doenças degenerativas, diagnosticados no referido centro. Aponta como fundamento teórico a segunda clínica de Jacques Lacan, por meio da qual o psicanalista pode atuar sobre a modalidade de gozo de um sujeito, na direção que este

experimente novos gozos para além do prazer masoquista. Dito de outra forma, há um êxito quando o analista ajuda este sujeito a se separar do significante ao qual ele se encontra alienado, a saber, sua enfermidade.

Em um universo de 51 casos, registrados em vídeo e/ou relatos escritos, Riolfi (2011) escolheu sete casos clínicos de quadros distintos que serviram de material para a discussão. Esse reposicionamento ativo do psicanalista chama-nos a atenção, uma vez que, ao modo de uma pesquisa-ação, o trabalho interroga sobre as transformações que o psicanalista engendra ao conseguir operar a separação do sujeito do significante ao qual ele estava alienado, a saber, a doença e seu diagnóstico. Os efeitos centrais produzidos a partir dessa perspectiva de intervenção, apontados como conclusão aparecem bastante provocativos em termos teóricos e clínicos, se tomados sob o viés comparativo com os pacientes anártricos de ELA, que não figuram nas vinhetas clínicas.

Atentamo-nos a um primeiro efeito que se refere às mudanças interpretativas do sujeito em relação à sua doença, as quais passam necessariamente pela verbalização de afetos, faculdade salvaguarda de pacientes que mantêm a fala. Isso nos leva a pensar se, de fato, as expressões sonoras ou escritas são condições *sine qua non* para qualquer atuação que se pretenda psicanalítica. Riolfi (2011) traz ainda a reinserção da sexualidade não estandardizada no cotidiano do paciente, como resultante do tratamento, mais uma vez entendido como movimento do sujeito em entrar em contato e externar conteúdos íntimos. Isso também quer dizer que fora dessa manifestação oral não haveria saída para os avatares da sexualidade-limite dos pacientes neurológicos? Conclui a autora que, apesar da evidente impossibilidade da Psicanálise diante do acontecimento orgânico, o conjunto desses achados produziu um estado descrito como de mais felicidade aos pacientes, mesmo com o curto período dos atendimentos, e esse achado acena para novas pesquisas que abranjam correlações entre corpo e linguagem.

Em uma linha parecida, no sentido de abranger uma significativa variedade de quadros clínicos relativos à lesão cerebral, Winograd, Campos e Drummond (2008) também trazem a psicanálise como uma clínica diferenciada para esses pacientes. Para além das intervenções da neurologia e da neuropsicologia a lesão cerebral também implica uma experiência subjetiva transformadora ao mesmo tempo que traumática. Sua proposta é, a partir de um atendimento psicanalítico, privilegiar a relação do sujeito com sua doença em todas as vicissitudes dessa condição. Contando com o favor da presença da palavra, são trabalhadas psicanaliticamente questões como perda, falta e temporalidade, com ênfase à irrupção do real e os lugares do corpo. Enfim, observam-se as feridas narcísicas, a ressocialização, os mecanismos de

regressão, afetos de vergonha e culpabilidade, etc. Mais uma vez, percebemos uma psicanálise reinventada e que, sem se alijar da ética do desejo, permite ao analista atuar de modo menos rígido em função da especificidade das demandas que se apresentam.

Em trabalho recente pela USP, Santos (2013) sugere o dispositivo do Acompanhamento Terapêutico (AT) como via de atendimento para pacientes neurológicos, como uma experiência de ensino em Psicanálise. Com o intuito de compreender, conceituar e apresentar esse tipo de intervenção orientada psicanaliticamente, Santos (2013) utilizou de sua experiência como docente e supervisor num estágio profissionalizante para analisar questões clínicas do filme *O escafandro e a borboleta* mais dois casos de pacientes neurológicos atendidos clínica e didaticamente. Ao examinar parâmetros técnicos como *setting*, atenção flutuante, transferência e contratransferência, etc., no trabalho de AT com esses sujeitos, corroborou a pertinência dessa ferramenta na reabilitação neurológica, ao que a classificou de “um novo e promissor campo de intervenção” (Santos, 2003, p. 6) aos profissionais de saúde.

Em um trabalho que se coaduna bastante com nossa proposta, Klautau, Winograd e Bezerra (2009) destacam o alcance das intervenções da Psicanálise, na medida em que esta alcança diferentes formas de sofrimento subjetivo, para além do padrão neurótico clássico sobre o qual se fundou a técnica interpretativa de Freud. Dentre esses perfis relativamente inéditos à clínica psicanalítica, destacam-se os pacientes cujo comprometimento orgânico do tipo neurológico está na base de um adoecimento psíquico, que impele ao psicanalista repensar suas teorias e técnicas, haja vista as significativas vicissitudes que o sujeito apresenta nessas condições, distantes que se encontram do *setting* tradicional.

Para efeito de conclusão do alicerce histórico-teórico ora trazido como ensejo desta tese, sustentamos que nada é menos psicanalítico que uma posição dogmática. Qualquer posição dogmática se opõe a uma posição que se pretenda clínica. Comprometido com a busca da verdade, sem nunca a ter tomado por absoluta, o espírito científico de Freud, a despeito dos dissensos e rupturas, não se furtou de experimentar outras possibilidades teóricas ou técnicas.

2.5 Metapsicologia do corpo pático

A partir das coordenadas epistemológicas da Psicopatologia Fundamental e em torno da noção de *páthos*, cabe dizer: padecimento físico incide em sofrimento psíquico. Estar doente configura-se como sinônimo de sofrimento, uma vez que tal condição implica diretamente perda funcional em nível somático, alguma limitação ou privação na existência, prejuízo social e mesmo perspectiva de morte. O estado de vulnerabilidade ao qual o ser

humano está sujeito desde sua entrada no mundo é constitutivo de uma sensibilidade reativa a qualquer alteração em seu organismo. Se o corpo biológico, frágil em sua natureza, é afetado em nível de seus sistemas fisiológicos, o sofrimento psíquico – sob a ótica da metapsicologia freudiana – atinge a corporeidade erógena e simbólica do sujeito, aquela da qual a Psicanálise se ocupa (Fernandes, 2003).

Temos em vista que os desdobramentos teóricos dos achados clínicos de Freud verteram-se naquilo que ele chamou de sua metapsicologia. Admitidamente especulativa, as conjeturas do pai da psicanálise propõem-se como um saber para além da psicologia ungida pela Ciência. Este saber se configura como uma superestrutura especulativa que se desdobra a partir de construtos basilares tais como pulsão, aparelho psíquico, etc., e da qual se deduzem as dimensões tópica, dinâmica e econômica do aparelho psíquico. Em termos gerais, é de especial interesse para nós que o recurso à especulação, por parte Freud, corresponda à admissão de que a Psicanálise não se encerra rigidamente no enquadramento positivista das ciências naturais. Dito de um arremate, a metapsicologia é uma filosofia da psicologia do inconsciente, quer seja, um campo produtor de sua reflexão, onde a liberdade é tutelada pelo rigor da clínica e chave de perguntas cujas respostas apenas se ensaiam.

No que pese aventar uma metapsicologia do corpo em estado de anartria, precisamos compreender mais claramente o sentido de metapsicologia e a que corpo ele se refere. Tomamos Dunker (2006) para esboçar uma síntese cartográfica das principais abordagens psicanalíticas da corporeidade, sob o viés da metapsicologia. Segundo o psicanalista brasileiro, o corpo aparece na clínica psicanalítica não somente como falado ou representado, esquema ou imagem corporal, ou seja, segundo aportes teóricos clássicos, mas também em termos de sua concretude. Na tentativa de discriminar etiológica e semiologicamente os diferentes elementos dessa problemática, logo pontua certa dificuldade na delimitação de tradições como a psicossomática em Psicanálise, além da falta de consenso entre os termos. Ao pretender mostrar os distintos modos de se abordar a corporeidade em Psicanálise pelo viés da psicopatologia, Dunker (2006, p. 1) sugere que cada um desses enfoques está apoiado por um modelo metapsicológico particular, na falta de “uma metapsicologia unificada da corporeidade em psicanálise”.

Em sua série, Dunker propõe cinco grandes acepções, as quais pontuamos apenas para em seguida tentar demarcar a peculiaridade do que queremos propor como corpo pático. Aponta-nos o autor, em primeiro lugar, que a teorização de Freud acerca do corpo dá-se pela via da somatização. Adiante, fala do corpo em Psicanálise evidenciado como “equivalente de angústia”. A proposição seguinte constituiria a abordagem mais tradicional da díade

corpo/psicanálise, a conversão histérica. Vêm, então, a inibição, bastante documentada pelo próprio Freud e, por fim, a hipocondria e sua dinâmica. A despeito do quão legitimadas essas relações já sejam pela clínica e pela teoria psicanalítica, nenhuma delas parece recobrir os impasses de sentido do corpo doente nele mesmo, biologicamente, acossado entre limites e possibilidades de se beneficiar de uma intervenção metapsicológica. De toda forma, qual é a demanda para análise desses pacientes na falta de uma queixa de sentido?

Com efeito, sobretudo quando atendido no contexto de uma instituição, o paciente de uma doença neurológica e motora não é, a rigor, um analisando. Com efeito, a abordagem psicanalítica presume a existência de um sujeito e qualquer intervenção feita sob tal signo, parte da premissa de que esse é efeito de uma cisão. Ora, não é de todo incomum que um sujeito busque uma psicoterapia e mesmo uma análise motivado pelo enfrentamento de uma enfermidade orgânica. Essa procura pode se dar no âmbito hospitalar ou institucional, por recomendação médica, familiar ou em obediência a algum protocolo daquele do contexto onde ocorra o tratamento. Mesmo na ausência de uma demanda de análise propriamente dita, está posto um pedido de ajuda, em função do inegável sofrimento trazido pela patologia. É por meio de sua técnica de escuta que o psicanalista oferece esse suporte emocional, ao que sua emoção invariavelmente também é chamada a comparecer.

Aventamos que no corpo pático, o inconsciente dói, mas é capaz de ensinar. Isso quer dizer que o *páthos* quando condensa um sofrer conflitivo seja qual for a via pela qual se apresenta – uma neurose, uma psicose ou uma doença física – o sujeito pode, por meio de uma narrativa, compartilhar essa experiência. No caso do comprometimento orgânico, é bastante frequente perceber que o próprio paciente busca se reposicionar, ao trazer questões da vida, suas possibilidades de existências e seus sentidos afetados por um diagnóstico muitas vezes desolador. Essa inflexão pode e deve ser acompanhada pelo psicanalista, cuja sensibilidade acolhedora convida o sujeito a falar.

Essa capacidade de se reposicionar faria da psicanálise uma prática camaleônica? Decerto que não, porém sugerimos que tal metapsicologia do corpo pático responde a uma necessária modulação que está em jogo na clínica contemporânea, que tem testemunhado – por matrizes outras – um protagonismo do corpo na pós-modernidade (Calado, 2010). A experiência do adoecimento corporal não neurótico ou psicossomático reivindica do psicanalista uma escuta plástica e criativa, embora não acriteriosa ou inconsequente. Subscrevemos Carneiro (2004), ao demonstrar a necessidade de reposicionamento da Psicanálise, pois também

Com isso queremos ressaltar que, os grandes sintomas apresentados na contemporaneidade tais como a toxicomania, a anorexia, a TPM, a depressão, extrapolam os limites da escuta clínica das estruturas e nos convocam a pensar sobre uma outra forma de clinicar. Pouco a pouco nossa época nos mostra que os sintomas que se formam, clamam por uma clínica de posições, na medida que o que se joga neste espaço, longe de ser uma discussão apriorística estrutural de onde o sujeito fala, indica que é de extrema importância uma escuta que possa acompanhar tanto a origem quanto a posição para onde ele se dirige com esta fala. Esse destino aparece na psicanálise como a causa e a busca de realização do sujeito, na medida que daí podemos depreender a relação do sujeito em função do seu fantasma (Carneiro, 2004, p. 279).

Por sua vez, Fortes, Winograd e Perelson (2018), ao propor reflexões sobre o corpo na psicanálise contemporânea, interrogam como o corpo tem comparecido à clínica psicanalítica no contexto da cultura atual, com atenção às recentes transformações sociais. Uma vez que reitera a distinção entre o corpo da biologia e o corpo da psicanálise, aponta a especificidade deste em torno da problemática do corpo pulsional. Diante dos limites de uma psicanálise do psiquismo representacional e de certa porosidade entre os registros da pulsão e da representação, as autoras propõem inserir o corpo biológico sob a égide da metapsicologia do corpo depreendida de Freud.

Acompanhamos o ponto de vista de que o corpo, já em sua anatomia e natureza somática, também é atinente à Psicanálise, mas não pela doença orgânica sem causa, mas por causa da doença orgânica. Segundo esta primeira hipótese o da doença física reifica um sofrimento psíquico que ela mesma produz, de modo a forjar um reposicionamento, clínico e de escuta, do psicanalista frente a um *páthos* que emerge do corpo. Pensar metapsicologicamente o corpo pático do paciente neurológico e especificamente vítima de uma enfermidade neurodegenerativa decerto faz emergir novas questões de ordem tópica, dinâmica e econômica. Mas que clínica possibilitaria uma reflexão sobre essa condição marginal de corporeidade, a qual a Psicanálise um dia deixou para trás?

3 ENTRE O SOFRER E O DIZER: ELA SEM PALAVRAS

Que se pode fazer num dia ou num tempo em que os pensamentos falham e as palavras não querem fluir? Não consigo livrar-me de um temor diante dessa possibilidade. Por isso mesmo, rendendo-me ao meu destino, como convém a uma pessoa honesta, tenho um desejo secreto: de modo algum uma enfermidade prolongada, nenhuma paralisia da capacidade produtiva por um sofrimento corporal.

Morrámos dentro da armadura, como diz o rei Macbeth.

Sigmund Freud

Ao se deparar com o indizível de um diagnóstico raro e terrificante, este sujeito logo é convocado a se inscrever e a seu corpo em uma cadeia de signos técnico-científicos que o enquadram como um *paciente*. Esse talvez seja o primeiro encarceramento com o qual a pessoa acometida pela ELA precisa se confrontar, tal seja a tarefa de reconhecer-se em uma trama nosográfica até então estranha e a partir de então definitiva. Tal inscrição classificatória determina também uma posição alienada aos significantes do discurso médico, na medida em que prevaleçam como sua identidade os códigos pelos quais é situado o fato do adoecimento. Porém, não há portador de ELA; em primeiro lugar, existe um sujeito, o qual, sob o signo de uma doença, é marcado por um suposto destino e refém de um *páthos*.

De um ponto de vista organicista, a evolução da ELA denota um quadro cujo entendimento é complexo, tanto para leigos, quanto para profissionais de saúde não especializados. Para um psicanalista ou psicólogo psicanalítico que trabalhe com esse público, conhecer objetivamente a natureza e o desenvolvimento de uma doença tão impactante, ao que parece, é imprescindível. Nesse sentido, o múnus de escutar tal sujeito em sofrimento psíquico requer um conhecimento básico sobre os mecanismos fisiopatológicos da ELA e sua clínica interdisciplinar, uma vez que as limitações que esta impõe ao paciente no decorrer do tempo são determinantes para o alcance de qualquer intervenção. Conhecer a doença, portanto, é um pré-requisito para que o terapeuta maneje a intensa carga emocional do sujeito acometido, seus familiares e até mesmo da equipe de saúde, com a qual, aliás, trabalha junto multidisciplinarmente.

Por outro lado, esse saber descritivo, por seu viés positivista, pode se verter em impessoalidade e distanciamento da parte do terapeuta. Assim, compromete-se a escuta terapêutica, na medida em que haja alguma expectativa generalizante desse processo do outro singular. Propor uma intervenção psicanalítica nesse contexto não se fará sem uma ampla contextualização que implique o analista em sopesar, desde as premissas teóricas e práticas de tal possibilidade, até sua eventual eficácia, dado o fatalismo associado à doença. Embora na direção contrária a toda racionalização da experiência do *páthos*, a elaboração subjetiva do

sofrimento na ELA advém de um contexto concreto, o qual não admite a saída pela via da negação, o que é comum em situações extremas.

Não se deve perder de vista que a clínica se pauta pela singularidade do sujeito. Contudo, a precaução quanto ao excesso de tecnicismo não dispensa os fundamentos que auxiliam o psicanalista a lidar com seus próprios limites. Interrogar-se sobre o desenvolvimento da doença e suas nefastas consequências pode evocar sentimentos de impotência no psicanalista tanto como em qualquer outro cuidador.

Principal interessado na evolução dos sintomas que o levam a definhar, o próprio paciente transforma-se muitas vezes em uma espécie de estudioso da ELA. Haja vista a imensurável quantidade de informação disponibilizada sobretudo na *internet*, o sujeito pode surpreender a equipe médica pelas informações que tem de antemão acerca do progresso da doença, oriundo de leituras e pesquisas que realizou informal e autonomamente. Há de se perguntar se uma ingente busca acerca de informações, orientações etc., por mais legítima e necessária que seja, também contribua para colocar a subjetividade do paciente em um solitário segundo plano.

Dessa feita, ante a perda de um discurso que lhe seja próprio, o sujeito passa a ser tratado como somente objeto de discursos outros, inclusive o técnico-científico de terceiros. Em um artigo pontual, já confrontamos as posições discursivas – médica e psicológica – à busca de uma linguagem para a expressão do *páthos* com a iminência da morte na ELA (Calado, 2007). Por esse viés, o sofrimento psicológico de quem se encontra vitimado por essa doença letal é permeado, ora pela medicalização, ora pela assistência psicológica, sem que haja, no entanto, uma fala produtora de aprendizagem pela experiência do sofrer. Restrito quanto à possibilidade de empreender uma psicoterapia de modo estandardizado, a pessoa com ELA teria sua dor psíquica deslocada para representações fragmentadas sempre de outrem, uma vez que esta é objeto de diferentes clínicas.

Tal posição subjetiva, a de uma experiência reclusa, é reforçada pelo caráter marginal dessa patologia. A ELA enquadra-se entre as chamadas doenças raras, as quais, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), assim se caracterizam por afetar até 65 pessoas a cada 100 mil indivíduos, na proporção de 1,3 para cada 2 mil pessoas. Estima-se que no Brasil há cerca de 13 milhões de pessoas com doenças raras, de modo que, por esse critério, a ELA pode ser considerada uma doença raríssima, haja vista sua incidência constar de 1 a cada 2 casos em 100 mil habitantes. Como é praxe nas doenças raras, frequentemente diagnósticos são tardios, de modo que as pessoas comumente se deparam com muitas dificuldades quanto ao acesso do tratamento.

Pela falta de perspectiva de retorno financeiro, doenças raras podem não ser tão atrativas à indústria farmacêutica. O desinteresse pela falta de um mercado consumidor faz-se sentir desde os laboratórios privados aos investimentos públicos, por não serem compensados os investimentos das pesquisas. Em não atender às exigências de um comércio de cura, a ELA, assim como outras enfermidades crônicas, afeta pacientes que não são objeto de maiores preocupações nem mesmo do Estado, para quem a epidemiologia¹⁰ dita a prioridade dos insumos. Some-se a essa realidade o fato de que, pela limitação imposta pela patologia, essas pessoas perdem a condição de trabalhadores, de modo a sofrerem também a privação de experiência tão valorativa de sua humanidade (Simon & Guimarães, 2016). De um ponto de vista clínico – ou seja, em se considerando a unicidade do sujeito – uma doença somente é rara para aquele que não a tem.

Amiúde, o adoecimento implica uma condição marginal, cuja especificidade pode servir de justificativa para as mais sutis formas de exclusão ou secção social. A dramaticidade inerente ao processo degenerativo irreversivelmente tem suas consequências alinhadas à realidade de cada sujeito vitimado pela ELA. Um estudo realizado por Borges (2003) mostrou que quando é a mulher que socialmente ocupa o lugar de “mãe de família” a vítima da doença, sobrepõem-se as dificuldades relacionadas aos contextos familiar e socioeconômico, com as filhas aparecendo no mais das vezes enquanto cuidadoras. Nessas circunstâncias, as redes de parentesco e da comunidade fazem a diferença no sentido de prover as condições necessárias para um cuidado prático e solidário.

3.1 Doenças neurológicas e Doença do Neurônio Motor: ELA como destino

Dentro do universo das doenças raras, encontram-se particularmente algumas doenças neurológicas. São aquelas que correspondem a alterações do funcionamento do Sistema Nervoso. Tais disfunções podem se dar a nível do Sistema Nervoso Central (SNC) ou a nível do Sistema Nervoso Periférico (SNP), os dois grandes subsistemas dessa estrutural axial do corpo e vida humanos. O SNC é composto pelo cérebro e pela medula espinhal, enquanto que o conjunto de neurônios sensoriais e motores compõem o SNP. Existe uma vasta quantidade de diferentes doenças neurológicas, como as doenças neurodegenerativas e neuromusculares, dentre as quais se situa a ELA. Em seu horizonte prognóstico, o paroxismo da morte em plena

¹⁰A única tentativa de um levantamento epidemiológico em nível nacional ocorreu há 21 anos (Dietrich-Neto, 1998). No Brasil há a estimativa de que hoje existam 15 mil pessoas com ELA, segundo números não oficiais.

síndrome do encarceramento.

A notoriedade que a ELA passou a ter nas últimas décadas contrasta com a invisibilidade histórica da doença. Não se conhecem maiores informações quanto ao registro dos primeiros casos em que pessoas apresentaram sintomas que caracterizariam a doença no século XIX. Tal lacuna tem relação direta com a condição marginal que as doenças raras têm na cultura médica. Essa desatenção do discurso científico se reflete também na exclusão sentida pelas vítimas dessas patologias na desassistência. Não por acaso, maiores esforços em termos de investimento em pesquisas sobre a doença também foram e são limitados, em comparação a patologias de maior impacto em termos populacionais.

Esse quadro, porém, tem começado a mudar. O acúmulo de esforços em termos de pesquisa na atualidade em todo o mundo tem apontado alguns avanços no que se pode considerar pistas rumo à elucidação. Em linhas gerais, o raciocínio dos cientistas ao mesmo tempo em que parece claro e alentador, indica que há ainda um longo caminho a ser percorrido. A tese é de que, uma vez mapeados os mecanismos fisiopatológicos da doença – como e a partir de que a ELA se inicia, se desenvolve e avança – a consequência será encontrar um meio de parar ou mesmo evitar o processo de morte das células. Entretanto, o quebra-cabeça parece ainda estar muito longe de ser completado.

A ELA é uma doença incapacitante no que diz respeito à mobilidade voluntária da pessoa. A debilitação que provoca exige desde o diagnóstico a presença de uma equipe de assistência multidisciplinar de referência. Cabe a esses profissionais uma atuação que implica um esclarecimento constante sobre a evolução da doença, bem como sobre como se dão os cuidados paliativos junto à pessoa acometida. Trata-se de um trabalho de educação em saúde que é feito clinicamente, a um dado momento, literalmente ao pé do leito.

A especificidade dessa clínica e sua sistematização não se faz sem grandes esforços. Mobilizar-se em promover uma busca ativa desses casos pode acarretar no encontro de pessoas já diagnosticadas que ainda não estejam sendo devidamente assistidos. É ponto passivo que o apoio psicológico se estende aos familiares, aos profissionais da equipe e, sobretudo, aos próprios cuidadores. Ainda se percebe enorme carência de assistência clínica adequada e ininterrupta às pessoas com ELA. A inexistência de qualquer forma de teste ou exame específico que identifique algum marcador da doença. Por assistência adequada se inicia com a devida identificação e encaminhamento dos casos confirmados que abandonaram o tratamento para o programa. Multiplicam-se campanhas de conscientização sobre a existência e a gravidade da ELA. O ideal de se promover mais qualidade de vida mediante

cuidados domiciliares motiva voluntários.

Em suma, a ELA é uma neuropatologia degenerativa dos neurônios motores – os quais respondem pelo comprometimento das funções voluntárias do indivíduo – com manifestação de sintomas evidenciados inicialmente com pequenas dores musculares, fadiga, seguido de atrofia muscular por desuso e posteriormente paralisia total. A Paralisia Bulbar Progressiva – ou ELA bulbar – é considerada a forma mais agressiva da doença. Sua principal característica é a velocidade acima da média com a qual os sintomas evoluem, o que acarreta em uma morte precoce. Além disso, esta forma clínica, ao contrário das demais, caracteriza-se pelo fato de que os primeiros sinais e sintomas se manifestam na região orofacial. Assim, nesses casos, a voz e a articulação da fala são atingidas desde o início.

A realidade dos casos considerados suspeitos já incide uma considerável carga de sofrimento psíquico. Uma vez diagnosticado, cada paciente de ELA parece repetir a história de esperança de estar ainda vivo por ocasião de uma iminente ou eventual descoberta da cura. Refletimos assim que o sujeito da ELA tem a tarefa de ressignificar para si e para os que estão à sua volta não somente o destino fatalista que seu diagnóstico impõe, mas todas as experiências de vida até então acumuladas, ao mesmo tempo em que precisa lidar com uma nova realidade cotidiana.

O discurso médico não dá conta de explicar, entre outros aspectos, da variação de tempo de vida nos diferentes casos de ELA. Uma porcentagem pequena de pacientes vão desenvolver uma forma estacionária da doença, chegando a ter uma sobrevida de décadas. Trata-se de um subtipo da doença, que levanta questões sem que algum fator explique essa longevidade. Na verdade, existe grande discrepância no concernente a esse período, seja pelos diferentes subtipos da doença, seja em função de variáveis tais como: diagnóstico precoce, o uso de tecnologias médicas, a qualidade na assistência e mesmo traços de caráter e de personalidade, aludidos como determinantes do modo de enfrentamento da síndrome (Calado, 2007; Casemiro, 2004).

Muito da atuação multidisciplinar feita junto ao paciente de ELA consiste no trabalho de reabilitação. A despeito de que essa doença é progressiva e sua marcha inexorável, Xerez (2008) destaca que há na atualidade uma tendência geral a se construírem manuais de uniformização com vistas à abordagem deste público, com ênfase na reabilitação que incide em qualidade de vida dessa população.

3.2 O drama do diagnóstico na ELA: a perspectiva de uma prisão perpétua

A confirmação do diagnóstico na ELA, via de regra, dá-se após uma longa

peregrinação do sujeito e seus familiares por vários especialistas à busca de explicações para os primeiros sinais e sintomas. Desde o clínico-geral até o neurologista, é comum que o paciente enfrente um percurso em que passe por reumatologistas, fisioterapeutas, ortopedistas, etc. Apesar dessa demora por essa confirmação, a notícia traz consigo uma série de implicações práticas, além, é claro, de seu efeito traumático. Há certo espectro de variação do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, os quais, tomados isoladamente, tanto podem ser ignorados, quanto atribuídos como expressão de alguma outra doença. Com a atual visibilidade que a ELA passou a ter e um maior acesso às informações que a tecnologia proporciona, a suspeita passa a aparecer mais cedo, antecipando a experiência de sofrimento.

Não é sem razão que estudo da técnica sobre “comunicação de más notícias” é uma aba do currículo médico, estritamente ligada à psicologia médica. Segundo Díaz (2006, p. 452), uma má notícia em Medicina é *“aquella que drásticamente y negativamente altera la própria perspectiva del paciente com su futuro”*, em que se mostra o sentido dramático e traumático da transitoriedade da vida. É *“dia-gnóstico”*, um saber agora a dois, que imediatamente é seguido pelo prognóstico, a pré/provisão de um saber – terrível, no caso da ELA – haja vista o anunciado desenvolvimento da sintomatologia da doença. Há uma reiterada afirmação na literatura das dificuldades que a ELA impõem já a partir do diagnóstico. Ainda assim, este não precisa ser acatado como uma sentença de morte, tampouco naturalizar a perturbadora perspectiva de uma prisão perpétua.

Todavia, a manifestação da doença é dolorosamente marcante. A partir dos membros laterais, manifesta-se uma rigidez gradativa, antecedida e acompanhada de câibras e tremores musculares que cumulam com uma incapacitante perda do controle dos movimentos. Quanto às funções não comprometidas, especialistas apontam que capacidades mentais e psíquicas permanecem, frequentemente, inalteradas. Também não são afetadas as funções corticais superiores, a exemplo da memória, juízo, inteligência e o sistema sensorial. São preservadas ainda as funções autonômicas, desde a função cardíaca até a manutenção de pressão sanguínea e temperatura, passando pela digestão e controle dos esfíncteres, exceto em estágios mais avançados da doença. O corpo, embora paralisado, não perde sua sensibilidade à dor. Um elemento na ELA que surpreende a muitos, por ocasião da visão fragilizada que se tem dos pacientes, é que a função sexual também permanece normal na maioria dos casos.

Suspeitamos que há certa supervalorização do fato de que a ELA não prejudica a cognição e o intelecto da pessoa. De fato, em se tratando de uma doença apenas motora, a pessoa vive lúcida e atenta a seu meio, apesar do agravamento do quadro clínico de paralisia e amiotrofia muscular. Não há, portanto, uma comorbidade psíquica necessária na ELA, como

demências ou psicoses, porém relatos na literatura contrariam a ideia de um enfrentamento sereno ou consciencioso por parte do paciente.

Permanecer consciente do terrível quadro e durante todo o inexorável avanço da doença seria para o paciente um alento ou uma aflição a mais? A questão é complexa, uma vez que a não consciência do processo talvez poupasse o sujeito de experimentar tão gravemente o sofrimento psicológico implícito a todas as perdas, a princípio da própria autonomia e da própria vida. Por outro lado, os ganhos terapêuticos de uma organização cognitiva e afetiva do paciente tornam-se bem restritos, justo por sua impossibilidade de falar, nisso embutida a dimensão catártica desse ato, a possibilidade de elaborar essas perdas.

A ELA tem crescido em notoriedade nos últimos anos, social e cientificamente. Parte dessa mudança advém da mobilização de pessoas e grupos atingidos de forma direta ou indireta pela terrível doença, o que sinaliza um possível aumento em sua epidemiologia, ainda não parametrizado, mas também uma maior sensibilização acerca da realidade desses pacientes. Multiplicam-se em todo o mundo as associações que reúnem pesquisadores de áreas diversas, pacientes, familiares, pessoas públicas, acadêmicos, etc., em busca de dar maior visibilidade à problemática, conscientizando e envolvendo o Estado e a população em geral quanto à necessidade de maiores investimentos para pesquisas com fins de avanço no conhecimento e na cura da ELA.

O maior exemplo recente desse movimento foi a famosa campanha do “Desafio ELA do balde de gelo”¹¹, lançada em 2014 nos Estados Unidos. A empreitada serviu para angariar fundos para pesquisas sobre a doença e deu grande visibilidade à luta de pacientes, e todos aqueles que militam por um tratamento mais eficaz e pela cura para os pacientes de ELA. Em um período de oito semanas, milhões de pessoas no mundo inteiro, de celebridades e anônimos, usaram as redes sociais em uma corrente viral de solidariedade que marcou o ano na internet. O desafio consistia no ato de gravar e postar vídeos em que derramavam um balde de água com gelo sobre a cabeça, ao que provocavam conhecidos e amigos a fazerem o mesmo. O gesto deveria ser acompanhado por alguma doação em dinheiro para a *ALS Association*, organização sem fins lucrativos, ligada à pesquisa e ajuda de pacientes – ou alguma outra similar, como é o caso no Brasil da Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (Abrela), Instituto Paulo Gontijo e Associação Pró-cura da ELA. Mark Zuckerberg, Bill Gattes, Oprah Winfrey, nos EUA, o jogador Neymar Jr., Ivete Sangalo,

¹¹ *Meme do Ice Bucket Challenge* em meados de 2014: se multiplicaram os vídeos de celebridades que tinham um balde de gelo jogado sobre a cabeça e desafiavam outras três pessoas a fazerem o mesmo ou doarem 100 dólares para uma ONG que luta pela conscientização sobre a ELA.

William Bonner, no Brasil, foram alguns dos famosos que aderiram à causa. Estima-se que a campanha chegou a arrecadar US\$ 115 milhões no mundo em 2014, que foram destinados para pesquisas, pacientes e serviços comunitários e educação pública e profissional (Petrucci & Gitler, 2017).

3.3 Comunicação na ELA

Já dissemos que todo o comprometimento muscular se dá a nível motor, de modo que a consciência e a cognição não são afetadas. Assim, o sujeito continua intelectualmente ativo, no entanto com sua comunicação bastante prejudicada, uma vez que a falência das fibras musculares bloqueia a transmissão das informações oriundas do cérebro. É especificamente esse fenômeno inusitado e absolutamente marginal que trazemos como campo de intervenção da Psicanálise e da psicologia de base psicanalítica, uma vez que, dentro de um trabalho que se faça interdisciplinar, é possível gerar “mudanças relacionadas à comunicação, dificuldade de linguagem verbal e gradual perda de funcionalidade na ELA” (Coimbra, Ezequiel, Moreira, Morita, Castiglione, & Bianchin 2018, p. 23).

Nas últimas décadas tem avançado o uso de comunicação visual via computador em pacientes de ELA com doenças graves ou terminais. Do ponto de vista do impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, o recurso à tecnologia tem confirmada a expectativa promissora de anos atrás. O seu tratamento e planejamento de custos em longo prazo deve proporcionar a maior autonomia possível, boa comunicação e meio ambiente digno e adequado, visando à saúde física e psicológica dos pacientes e a de seus familiares. Novamente com Coimbra et al. (2018, p. 23),

A CAA tem sua definição e utilização pautada nas necessidades e capacidades dos indivíduos, por meio de simbologias, grafias, frases pré-formadas, entre outras estratégias de comunicação que não ocorrem pelo modo tradicional da fala e dos gestos. Para sua execução é possível o uso de tecnologia assistiva de baixo custo, como por exemplo, as pranchas de comunicação, ou as de alto custo, como *softwares* específicos em computadores e *tablets* e de aplicativos. Sua utilização tem como objetivo uma maior participação dos indivíduos em seu meio social e familiar, proporcionando maior independência em suas decisões, maior interação social, e consequentemente melhora de sua autoestima e qualidade de vida.

Em se considerando a expressividade na ELA – portanto a via-régia pela qual o sujeito poderia elaborar clinicamente seus conteúdos –, há uma especificidade no sofrimento que se apresenta ao sujeito. A já referida *síndrome locked-in* corresponde exatamente à condição de uma paralisia completa do corpo em seus movimentos voluntários, com exceção do nervo

óptico que controla o globo ocular e as pálpebras, sem o comprometimento da consciência, memória, etc. Tal quadro pode ocorrer também em função de lesões cerebrais traumáticas, doenças do sistema circulatório, ou que destroem a bainha de mielina, overdose de medicamentos, traumatismos cranianos, meningite, hemorragia cerebral e mesmo picadas por cobra. É uma condição irreversível, sobretudo na ELA, em que o processo neurodegenerativo segue uma marcha mais ou menos lenta e implacável.

Quanto à tecnologia assistiva na comunicação, nos últimos anos, a presença maciça dos *smartphones* como ferramenta comunicacional também vem influenciando significativamente a abordagem dos pacientes de ELA. A questão da comunicação desses sujeitos assume um papel decisivo em primeiro lugar para seu próprio tratamento. Manter um nível razoável de comunicabilidade, por meio de diferentes estratégias, passa a ser também um fator de qualidade de vida para o sujeito, impelido à dicotomia entre seu corpo paralisado e seu psiquismo em atividade. Nas técnicas da chamada comunicação suplementar da fonoaudiologia, a simples habilidade de piscar torna-se um decodificador poderoso – mas limitado –, capaz de operar uma comunicação entre o paciente e o mundo ao seu redor. Essa é a estratégia mais usada pela equipe de saúde, muitas vezes sendo ensinada e adaptada à realidade de cada família.

Apesar de sua eficácia, não são todas as pessoas que se adequam a esses métodos, os quais ainda trazem o problema de, por seu caráter mecanicista, forjar um empobrecimento da expressão, haja vista o esforço emocional que exigem. Também o movimento ocular será decisivo no comando de *softwares* interativos como o adotado pelo físico Stephen Hawking¹², o mais célebre paciente de ELA no mundo. O físico acoplou o programa *Equalizer* – que permite a redação de frases selecionando palavras de um menu com um toque da mão – a um sintetizador de voz que produz eletronicamente sua fala por um *tablet* instalado em um suporte de metal. Como na comunicação suplementar, o menu apresenta termos prontos, como *sim* e *não*, uma lista de palavras em ordem alfabética e ainda a função *soletrar*. Um

¹² O astrofísico Stephen Hawking foi certamente a pessoa acometida pela ELA mais conhecida do mundo, ao mesmo tempo em que representa um ponto fora da curva. O célebre professor da *University of Cambridge* é frequentemente lembrado como um segundo Einstein, tamanha a importância de sua produção teórica. Na verdade, Hawking sofria de uma espécie de ELA considerada relativamente benigna. Hawking foi diagnosticado em 1984, quando recebeu dos médicos um prognóstico padrão que estimava sua sobrevivência em no máximo dois anos. À época, Hawking era noivo de Jane e trabalhava na produção daquela que viria ser sua obra prima: *O universo em uma casca de noz* (1984). Além dos subtipos corriqueiramente trazidos pela literatura, os pacientes de ELA apresentam ainda outras variâncias que reforçam a fama de doença misteriosa. Essas lacunas também podem ser relativamente positivas, como é o caso da chamada forma estacionária da ELA. Superando em muito a média de sobrevivência da maioria das pessoas acometidas com ELA, existem histórias que surpreendem pelo início extremamente precoce da doença e pelo tempo de vida com o diagnóstico. Stephen Hawking vale como exemplo, uma vez que viveu 52 anos com a ELA.

sensor nos óculos capta movimentos da bochecha usados para escolher as frases e o texto completo é enviado ao sintetizador, que cria a voz, inclusive simulando entonação¹³. Porém, em algumas situações o esforço físico e psicológico desse expediente traz uma dificuldade a mais na direção de que a comunicação se efetive.

Um sobrevoo na literatura acadêmica e também não especializada aponta que, atualmente, os sistemas computacionais de comunicação e tecnologia assistiva já são mais que uma promissora realidade, porém ainda longe de serem acessíveis à maioria das pessoas vitimadas pela ELA. Conforme Dietrich-Neto, Callegaro, Dias-tosta, Silva, Ferraz, Bras de Lima e Oliveira (2000), os dados epidemiológicos da doença ao longo do tempo mostram que não há prevalência quanto à classe social, sendo que são atingidos indiscriminadamente homens e mulheres com ou sem razoáveis condições financeiras, com acesso ou não a recursos e informações. As famílias que já vivem em um quadro socioeconômico desfavorável têm um enfrentamento ainda mais exigente na ELA (Couto, 2004).

Em agosto de 2017, uma notícia curiosa apontava uma nova estratégia de como se precaver da traumática perda de comunicação na ELA. A Rádio BBC de Londres relatou o caso da jovem escocesa Lucy Lintott, de apenas 22 anos, diagnosticada com a doença, quando seu processo de disartria já avançava, provavelmente por se tratar de um caso de ELA bulbar. Segundo a matéria, Lintott declarou que “ainda bem que existe este lugar chamado *voicebank*, que pode usar minha própria voz para fazer uma sintética”. O referido “banco de voz” é parte da estratégia de um inovador projeto de pesquisa da Universidade de Edimburgo, Clínica de Neurologia Regenerativa Anne Rowling, onde são gravadas as vozes para o banco. Os arquivos desse depósito guardam as vozes de pacientes e de doadores para o programa *Speak: Unique*, cuja principal ideia é a produção de vozes sintéticas para uso futuro. A fonoaudióloga e pesquisadora do projeto, Philippa Rewaj, informou que apenas 20 minutos de gravação podem bastar, para que a voz sintética seja criada, contudo o ideal é que a fala original seja gravada antes que comece a ser afetada. O trabalho envolve ainda a colaboração de doadores de vozes que a partir de outro programa específico, desenvolvido por cientistas especialistas em locução, clonam suas próprias vozes em busca de uma síntese aproximativa do som da fala original do paciente. Outra curiosidade: a voz é sintetizada por meio de um *software* desenhado por pesquisadores especialistas em locução, combinando-se as vozes de doadores que compartilhem os parâmetros observados no paciente e que tenham idade e sotaque semelhantes ao dele. Ainda segundo a pesquisadora Rewaj: “A voz é parte importante da

¹³ Cf. <http://super.abril.com.br/ciencia/como-stephen-hawking-consegue-falar-647304.shtml>

identidade individual e quem a perde fica, de certa forma, isolado”. A fonoaudióloga destacou ainda que, via de regra, as vozes utilizadas nesses tipos de aparelhos são genéricas, não refletindo a personalidade dos pacientes que dela farão uso (BBC News/ Brasil, 2017).

Consideramos o relato acima bastante emblemático no tocante à toda discussão acerca da relação do sujeito com sua voz mediante a perda de sua comunicabilidade. A busca pela manutenção de um identidade subjetiva com o auxílio da tecnologia por meio da tentativa de reproduzir o som da própria fala dá provas do quão particularmente dramático é essa consequência da doença. Por outro lado, o caso da jovem Lucy Linnott ilustra que vale a pena buscar toda e qualquer estratégia ao alcance do paciente na direção de preservar sua autonomia e possibilitar que este tenha uma interação minimamente efetiva com seu entorno.

A alteração da deglutição e da fonação – disartria e disfagia, respectivamente – na ELA é parte inerente à sintomática da doença, quando de origem bulbar. A partir do intuito de analisar o impacto da disartria na qualidade de vida de pacientes acometidos pela ELA, um estudo de Coimbra et al. (2018, p. 22) apontou que quão maior seja o grau da disartria, pior é a qualidade de vida do indivíduo, de acordo com parâmetros avaliados:

Para os pacientes com ELA de início bulbar, a disartria é o sintoma inicial. Nas outras formas clínicas da doença, a disartria pode ocorrer precoce ou tardiamente, mas é bastante prevalente. A paralisia bulbar progressiva deve-se a comprometimento motor dos componentes orofaríngeos causando sintomas frequentes como dificuldade para falar, deglutir, engasgos frequentes, dentre outros.

3.4 Psicologia Clínica e Psicanálise na ELA

O trabalho da psicologia juntos aos pacientes há muito é uma realidade, desafiante. No Brasil, psicólogos já há cerca de duas décadas têm participação efetiva em espaços acadêmicos e institucionais, com o ingente desafio de prestar assistência psicoemocional ao paciente e seus familiares (Borges, 2003; Couto, 2004; Py et al., 1996). Composto as equipes multiprofissionais, em meio à polissemia dos saberes, o psicólogo com frequência se percebe como um clínico limitado quanto à eficácia de sua intervenção, uma vez que sua escuta se resume a de uma fala que na maior parte das vezes se torna inviável para as pessoas acometidas pela ELA. Com efeito, qualquer intervenção psicológica que almeje mobilizar a potência subjetiva da pessoa acometida requer a criação de estratégias clínicas para além da palavra sonora, uma vez que em 80% dos casos da doença cumulam com a disartria ou anartria do paciente.

A Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (Abrela) é a instituição de referência da divulgação de informações e de tratamento da ELA no Brasil. Assim como

quase na totalidade de grupos, entidades e associações engajadas com a busca de melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares, o reconhecimento da importância e a presença dos profissionais psi é uma referência constante. Contudo, a psicologia aparece no mais das vezes enquadrada num modelo relativamente hermético de apoio emocional ao indivíduo e sua família, justaposto à equipe multidisciplinar, sem maior papel no processo de enfrentamento global e efetivo da marcha da doença.

Outras iniciativas merecem destaque no tocante à presença de uma clínica psicológica da ELA. Nesse rol, é extremamente significativo o exemplo do Projeto Tutor, o qual surge da necessidade de que o atendimento ambulatorial dos pacientes com ELA seja estendido a seus domicílios e que tem como objetivo principal, em torno da ideia de tutoria, “acolher, desenvolver o olhar e a escuta por parte dos estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde, ao sofrimento psíquico dos pacientes e seus familiares, visando contribuir com a formação desses profissionais na humanização dos atendimentos”. Sob a liderança da doutora e psicóloga Leila Tardivo, o Projeto Tutor foi resultado de uma parceria acadêmica desde 2003 entre o Projeto Apoiar, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), com a Abrela e outros cursos de diferentes universidades. Sendo a ELA uma doença a ser enfrentada quase o tempo todo no âmbito de casa e da família (exceto em caso de alguma intercorrência), em algum momento os pacientes passam a ter dificuldades para frequentarem o ambulatório. Especificamente dentro da área da psicologia, o Projeto Apoiar é parte integrante do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, que tem se mostrado bastante produtor quanto a pesquisas e intervenções junto a pacientes com ELA e seus familiares, além de várias outras clínicas.

Na região Nordeste, o trabalho de maior visibilidade encontra-se no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal de Rio Grande do Norte (UFRN/HUOL). Dois projetos do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (Lais) têm chamado a atenção da comunidade científica brasileira. Em primeiro lugar, citamos o projeto “Um Anjo para ELA”, que tem por objetivo prover auxílio aos profissionais de saúde e cuidadores para o monitoramento da ventilação noturna não invasiva de pacientes com ELA¹⁴, por meio de um dispositivo que acompanha os sinais vitais do paciente ligados à ventilação mecânica, bem como de frequência cardíaca e saturação parcial de oxigênio, com o objetivo de alertar ao cuidador e um supervisor on-line para permitir a análise pela equipe saúde.

Outra grande realização da universidade potiguar é o Projeto Autonomus, que

¹⁴ Informações colhidas diretamente da página da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

literalmente busca “devolver autonomia a pacientes que tenham perdido sua capacidade motora”. A ideia do projeto, como o nome diz, é dar mais autonomia em tarefas do cotidiano. Uma vez que capta as ondas cerebrais e o movimento dos olhos, o protótipo inicial projeto era capaz de decifrar os intentos do paciente queria fazer. Por falta de verbas, o desenvolvimento do projeto foi suspenso por dois anos, mas chegou ao ano de 2017 em sua terceira etapa. Agora, por meio de uma *webcam* normal, de um computador portátil, o paciente pode trocar e-mails, ler livros e se comunicar.

Em uma equipe multidisciplinar do Ambulatório de ELA do Setor de Doenças Neuromusculares da Unifesp/EPM/HSP, destaca-se o trabalho do Serviço Social que atende em conjunto com a equipe do ambulatório, inclusive psicólogos. Neste ambulatório, são oferecidos acompanhamento e orientação aos pacientes inscritos. Ainda ligado a um contexto acadêmico, trabalhos significativos de caráter multidisciplinar são desenvolvidos dentro do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (INDC/UFRJ). Nesse espaço, desenvolvem-se linhas de pesquisas das doenças neuromusculares da Esclerose Lateral Amiotrófica, do Parkinsonismo e de manifestações neurológicas da doença de Alzheimer.

Essas são apenas algumas dentre as iniciativas de pesquisa e tratamento dos pacientes de ELA e suporte emocional a seus familiares, em termos de visibilidade. Apesar de poder contar com o valoroso trabalho de dezenas de profissionais da psicologia e/ou vinculados à Psicanálise, dentro e fora das instituições, a clínica psicológica da ELA, no que diz respeito a tais intervenções, parece não contar com uma sistematização de um saber que talvez já se tenha acumulado, mesmo sem esse recorte teórico. Há de se pensar quantas práticas adaptadas, modificadas e mesmo distorcidas em nome de uma escuta psicanalítica podem estar sendo realizadas com pacientes em consultórios, hospitais ou sob a usual modalidade de *home care*, quando do estágio avançado da doença? Por outro lado, considerando uma provável escassez de profissionais que se autorizem, a partir da Psicanálise, escutar pacientes neurológicos anártricos, é possível vislumbrar o quão benéfico seria para esses sujeitos poder minimamente elaborar questões psíquicas de ordem estrutural ou da ordem do desejo.

No contexto da ELA, pensamos a possibilidade de uma clínica cuja ética da singularidade seja capaz de traduzir a linguagem de um silêncio fisicamente imposto, frente a um quadro que enseja intenso sofrimento psíquico. Tal contexto imputa ao clínico o desafio de um reposicionamento ético e técnico, uma vez que a enfermidade, enquanto lesão silenciadora da voz e do corpo, *a priori*, excluiria a possibilidade de uma clínica estruturalmente psicanalítica. Dessa forma, é possível situar essa doença como mote de um

páthos que desafia a clínica psicanalítica a se voltar a algo que não mais somente a fala do sujeito, uma vez que dela não mais disponha.

Encampamos aqui reflexões metapsicológicas a partir das quais aventamos acerca de uma clínica psicanalítica possível para sujeitos privados de fala, tomando como prototípico dessa condição a pessoa acometida pela ELA, doença neurodegenerativa cujo prognóstico aponta para o paciente uma completa desarticulação de seu aparelho fonador, consequência de uma crescente paralisia muscular. Uma vez que essa incapacitação de emitir palavras ocorre em meio a muitas outras perdas, inclusive narcísicas – culminando com a da própria vida –, bem como frente à necessidade de uma afirmação pulsional do sujeito, vemos como pertinente uma itinerante escuta psicanalítica das demandas aí instaladas. Para tanto, seria por meio do olhar, em substituição da fala, que transitaria a linguagem curativa da narrativa analítica, desafiando assim a Psicanálise a subverter seu método por fidelidade a ele mesmo.

Em um artigo pioneiro, Py, Rodrigues, Simões, Santos, Teixeira, Altoé e Lima (1996) crava a ansiedade e depressão como os quadros psicopatológicos mais encontrados nesse contexto. Não se encontra um maior exame do tema na pouca literatura especificamente psicológica até agora disponível na pesquisa brasileira. Também com certa reserva, é comum encontrarmos referências, sem dados epidemiológicos, à presença de ideação suicida e passagem ao ato por força desses pensamentos entre pessoas acometidas pela ELA como uma decisão extremada. Ironicamente, a depender da mobilidade do paciente, até para o gesto desesperado de tirar a própria vida, a pessoa com ELA depende de outrem, configurando-se assim a prática da eutanásia – morte assistida – tema que suscita importantes questões da bioética de interesse da medicina e da sociedade, embora não nos ocupemos dela aqui.

Considerando essas e outras vicissitudes envolvidas na vivência dessa enfermidade, o atendimento psicológico tem se mostrado imprescindível nessa realidade. Aos moldes do que se espera de um psicólogo, este é delegado a ser continente das flutuações emocionais do paciente, bem como dos familiares e, ocasionalmente, dos profissionais e cuidadores. Pelo caráter fatalista atribuído à doença, incorre-se no risco de que o tratamento psicológico seja tomado como apenas coadjuvante ou paliativo junto ao paciente. Uma vez que a função do psicólogo não seria a de curar a doença, mas sim aplacar a dor emocional imposta à pessoa doente, é claro que este se encontra assujeitado pela sua condição limitante de anartria e paralisia.

Tal situação-limite implica sofrimento psíquico, sendo este o objeto psicopatológico recortado da experiência terrificante de se ver prisioneiro em seu corpo. Como ter acesso, terapêuticamente, a esse cárcere? Qual clínica é possível para que o psicanalista consiga se

esgueirar entre o sofrer e o (não) dizer na ELA sem palavras? Com Figueiredo (2004), pensamos que esta é a que se define por um novo *ethos*, quer seja, sua ética em se comprometer com a escuta do interdito e com a sustentação das tensões e dos conflitos, tal o do silêncio do corpo que clama ser olhado, ser ouvido e, enfim, acolhido. Nas palavras de Coimbra et al., (2018, p. 23):

Pessoas com ELA, como qualquer outra pessoa, precisam se comunicar para interagir socialmente com familiares, amigos e cuidadores, para reduzir a ansiedade e para cuidar das suas necessidades básicas. Diante das dificuldades proporcionadas pela doença é necessário criar meios que facilitem a continuidade das atividades cotidianas, proporcionando a esses indivíduos uma melhor qualidade de vida e a oportunidade da adaptação do ambiente à sua condição física. Assim, mesmo nos momentos mais difíceis terão uma oportunidade de se redescobrirem, criando novas formas de viver em harmonia com suas limitações, potencialidades e ainda encontrar meios que amenizarão as interferências da doença e auxiliarão na manutenção de funcionalidade em atividades como alimentação, autocuidado e até mesmo nas atividades laborais, entendendo e considerando estes indivíduos como seres biopsicossociais.

4 ACEDENDO A CLÍNICA NA ELA: TÉCNICA, LINGUAGEM E PRESENÇA SENSÍVEL

A posição do sujeito-pesquisador implica-se em outras posições: na dis-posição de ouvir, posição do analista, que, por sua vez, abriga a posição daquele que fala de seu páthos.

Edilene Queiroz

Neste capítulo delineamos o arcabouço teórico da presente tese, traçando seus componentes epistemológicos, metodológicos e teóricos. Por essa base de leituras e reflexão, trazemos com a Psicopatologia Fundamental a *démarche* de cientificidade para o desafiante objeto dado pela clínica psicanalítica na ELA do paciente anártrico. No concernente a esta forma transdiscursiva de fazer pesquisa, tendo o *páthos* como objeto principal, a descrição dos seguintes passos metodológicos assinala esse estudo como qualitativo em depoimentos livres (entrevistas semiestruturadas), por meio dos quais ouvimos aqueles a quem chamamos testemunhas oculares e terapêuticas, uma vez que olham, escutam e cuidam de pacientes com ELA pela via da psicanálise, quando não já o fizeram. Atenderam a tal critério quatro psicanalistas e duas psicólogas de base psicanalítica, alguns de origens distintas, enquanto outros com práticas muito similares. Em termos de aportes teóricos evocamos, de Freud, o método e o conceito de transferência, as inovações técnicas de Ferenczi e a linguagem, o simbólico e o real, em Lacan, acrescido da noção freud-laciana de pulsão escópica.

4.1 Uma *démarche* epistemológica

Ao apontarmos o presente estudo como uma pesquisa em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, de caráter qualitativa, reconhecemos que esta se assenta na articulação de diferentes saberes discursivos em torno de uma experiência psicopatológica, na acepção ampla desse referencial. Trata-se de uma investigação sobre Psicanálise, mas também com psicanálise, uma vez que se utiliza de conceitos da área para a exame e interpretação hermenêutica do cruzamento entre depoimentos e textos que tratam de teorizações clínicas. Na promoção do encontro entre a neuropatologia, a psicopatologia e a clínica psicanalítica, asseguramo-nos com Singer (2002, p.124) sobre a relação teoria e objeto em Psicanálise e Psicopatologia Fundamental:

O desenvolvimento de disciplinas concernidas pelo *páthos* convoca a um diálogo interdisciplinar ao qual a psicanálise não está alheia. Todo intercâmbio consiste também em uma preservação do mesmo. O relacionamento de dois campos heterogêneos acontece, à condição de se preservar a especificidade de cada um deles e instaurar uma zona de passagem. O reconhecimento das heterogeneidades relativas

permite que atue o espaço-entre do paradoxo e possa efetuar-se uma passagem na diferença. É a partir da salvaguarda de seus perfis específicos que se podem conceber as aproximações entre disciplinas.

Lembramos ainda que “a Psicopatologia Fundamental é uma forma de institucionalização da produção e da transmissão do saber com relação ao *páthos* que a nossa ver considera esses elementos metodológicos em torno do paradoxo e do negativo” (Singer, 2002, p. 125), ao que nos autorizamos empreender os passos metodológicos descritos a seguir.

4.2 Passos metodológicos

A pesquisa de campo envolveu profissionais residentes nas cidades de Recife, São Paulo, Rio de Janeiro e Maceió. Em se considerando um levantamento prévio e exploratório com base na literatura consultada, constatou-se que somente um número reduzido de profissionais atenderam os critérios de inclusão da pesquisa, que era o de serem psicanalistas ou psicólogos de base psicanalítica com experiência de atendimento com pacientes de ELA. O critério de exclusão consistiu em desconsiderar outros psicólogos clínicos e terapeutas que não eram psicanalistas, ou que não trabalhavam com o referencial psicanalítico, mesmo atendendo tais pacientes. Quando foi necessário, o contato com os participantes se deu via instituições onde trabalham, segundo as exigências e trâmites éticos de cada realidade institucional e mediante as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa. Com a autorização expressa dos participantes, as entrevistas foram gravadas por meio de um *smartphone*, cuja posse e manuseio estiveram sob inteira responsabilidade do pesquisador, para posterior transcrição e análise do material.

Entramos em contato com participantes da pesquisa por meio de ligações telefônicas, aplicativos de texto via internet e e-mail com vistas a um contato inicial para a apresentação da proposta da pesquisa. O projeto foi disponibilizado para leitura de cada um dos profissionais, bem como a declaração de aceite do Comitê de Ética e Pesquisa. Aqueles que confirmaram seu interesse em participar foram questionados sobre a possibilidade de receber o pesquisador em local e data previamente agendados. Cada participante, após leitura e explicação do projeto, foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como condição para a realização da entrevista semiestruturada. Por ocasião da entrevista, foi solicitado ao participante que desse um depoimento livre a partir de dois motes de questões disparadoras, a saber:

a) Em sua experiência com o atendimento de sujeitos acometidos pela ELA em condição de

disartria/anartria, você atua com Psicanálise? De que modo?

- b) Considerando as técnicas/métodos/estratégias que você usa com esses pacientes, o que pode ser identificado como sendo próprio da Psicanálise? Por quê?

Quanto a tais questões disparadoras, os participantes foram selecionados a partir da experiência de acompanhar pacientes em condição de disartria/anartria em dois pontos: se atuam com o método psicanalítico e, caso sim, de que modo; e, em complemento a essa interrogação, como as técnicas e estratégias usadas podem ser identificadas como próprias à Psicanálise e o porquê. Embora buscássemos respostas em que se privilegiasse mais diretamente o método de intervenção dos profissionais, surgiram outros elementos circundantes da clínica da ELA, mas imprescindíveis para se compreender as possibilidades ou não de uma escuta psicanalítica.

4.2.1 Testemunhas oculares

Foram seis os participantes desta pesquisa, cinco mulheres e um homem, todos profissionais de psicologia e com experiência de atendimento com pessoas acometidas pela ELA. Três das mulheres e mais o único homem declararam-se psicanalistas, enquanto as outras duas reconheceram-se psicólogas de base psicanalítica. Para que se mantivesse um tom de pessoalidade na citação das falas, optamos por atribuir a esses entrevistados por nomes e sobrenomes fictícios, com os devidos cuidados éticos que a pesquisa requer. Assim nos referiremos às psicanalistas Ângela Duarte, Sônia Barros, Ilda Soares, ao psicanalista Felipe Gomes, e às psicólogas de base psicanalítica, Rayanne Marques e Vera Lima.

As entrevistas realizadas para fins desta pesquisa trouxeram uma miríade de elementos acerca tanto das possibilidades, quanto dos impasses de uma clínica psicanalítica junto a sujeitos acometidos pela ELA em estado de anartria e disartria. A partir desses depoimentos, pudemos constatar muitos pontos em comum, como também especificidades na prática relatada por cada um dos participantes. Ao responder acerca de seus trabalhos, os entrevistados revelaram sentimentos de esperança e gratificação, mas também frustrações; um apurado senso de respeito e solidariedade à singularidade de cada sujeito e o reconhecimento do próprio limite de quaisquer técnicas ou teoria frente a *locked-in syndrome*, mesmo a Psicanálise, sem, no entanto, desconsiderar suas contribuições.

Um dado importante acerca da atuação desses profissionais diz respeito aos espaços onde transitam para desenvolver seu trabalho com sujeitos acometidos pela ELA. Pelo que percebemos, o contexto desses encontros não deixa de ter consequência para a própria atuação. Assim, apontamos três cenários principais e distintos, que não necessariamente se

excluem, mas antes se intercambiam: a instituição, o consultório particular e o domicílio do paciente. De fato, é interessante notar o caráter itinerário dos lugares onde essa clínica acontece, de acordo com os relatos. Muitas vezes, o início de uma assistência psicológica institucional torna-se domiciliar, um caso de consultório transporta-se para uma internação hospitalar, uma ação acadêmica verte-se em acompanhamento terapêutico, etc. Assim a ELA requer uma clínica de travessia, onde o psicanalista é guiado pelas palavras, pelo silêncio e pelo lugar de corpo do paciente. A seguir, apresentamos sumariamente cada um dos profissionais, sua formação, relação com a Psicanálise e sua atuação.

a) *Ângela Duarte*

A psicóloga e psicanalista Ângela Duarte tem uma longa experiência de atendimento em consultório, seu único espaço de atuação. Exatamente por não trabalhar em instituições tais como o hospital ou a universidade, seu depoimento traz uma sensível diferença comparativamente aos demais entrevistados. Foi no âmbito de sua clínica privada que se deu seu encontro com a ELA, o que lhe foi totalmente fortuito. Sua experiência com o atendimento psicanalítico é restrita apenas a um só caso, a de uma analisanda que recebeu o diagnóstico em meio ao processo de análise. Contudo, antes do diagnóstico inesperado de sua paciente, Duarte já trazia uma vivência da doença, pois uma pessoa que trabalhava em sua casa veio a falecer vitimada pela ELA. As repercussões desse acontecimento fizeram-se sentir em alguns pontos cruciais de seu relato.

A psicanalista foi muito solícita e colaborativa em responder às questões e pontuações do entrevistador, ao mesmo tempo em que se viu imersa no resgate da história dessa análise. Parece ter sido oportuno à Duarte revisitar em perspectiva a experiência do atendimento de sua paciente com ELA; seu relato foi bastante vívido, marcado pela descrição de cenas bastante concretas e pitorescas. Um ponto que merece destaque na entrevista diz respeito à inserção de recursos tecnológicos na análise por sugestão da própria psicanalista, tática que em seguida passou a ser adotada pela paciente com toda a sua família.

O testemunho de um cotidiano transformador dentro e fora do consultório - e do consultório para a assistência em domicílio - foi a tônica desse depoimento. Por outro lado, as implicações nomeadamente transferenciais e contratransferenciais são assumidas como decisivas para o reconhecimento de uma psicanálise possível quando a palavra da analisante não mais foi possível por força da evolução da ELA.

b) *Sônia Barros*

Sônia Barros também é psicóloga e faz uma formação permanente em Psicanálise. Possui uma longa experiência com os pacientes de ELA, uma vez que trabalhou com essa

clientela durante cerca de 12 anos. “Fiquei imersa na questão da ELA”, diz a profissional. Sua atuação se deu no contexto de uma instituição pública de serviço e ensino, ligada a uma universidade pública. Para seu depoimento, precisou trazer à memória uma vivência de 15 anos atrás. Ressalta que, à época, ainda não estava fazendo a formação psicanalítica, mas já tinha esse referencial teórico como pano de fundo. Sônia atuou no setor de doenças neuromusculares do referido ambulatório entre os anos de 1996 e 2004, desde o estágio supervisionado em psicologia até o doutorado. Como psicóloga, fez parte da uma equipe multidisciplinar que atuava com os pacientes neurológicos da instituição e veio, através desse trabalho, compor uma equipe de atendimento de *home care*, um trabalho paralelo. À época, atendia pacientes de ELA em domicílio e no consultório até quando o paciente ainda conseguia ir, o que era muito difícil. No âmbito privado, fez atendimentos gratuitos, pois relata que houve situações em que a pessoa não queria mais se deslocar à instituição, passando a ser atendida em casa.

O depoimento dessa entrevistada pareceu-nos carregado de resignação. Sem dúvida alguma, autorizada por uma longa experiência institucional e clínica com pacientes de ELA, Barros **mostrou-se** bastante reticente em considerar a psicanálise como **uma alternativa** possível. Seu depoimento foi permeado o tempo todo por ressalvas quanto aos limites da intervenção psicanalítica junto ao sujeito com a ELA, contudo foi categórica em dizer que a teoria psicanalítica lhe serviu como um pano de fundo pertinente ao se propor escutar o pavoroso sofrimento causado pela doença. Ela frisou que, por haver um lapso de tempo entre quando atuou com essa clientela e hoje, sua percepção é também fruto do amadurecimento de uma reflexão sobre sua prática, aliada a outras experiências com pacientes terminais. Em síntese, para ela, o silêncio do paciente anártrico é uma barreira quase que intransponível ao psicanalista, o que faz com que a possibilidade de se usar a técnica psicanalítica ceda lugar a um modo de olhar psicanaliticamente todo aquele contexto. O resgate de significantes do paciente vindos à tona na fase do tratamento quando ainda há fala deste é que pode garantir que o sujeito emerge mediante a presença do psicanalista.

c) Ilda Soares

A psicóloga e psicanalista Ilda Soares parte de sua experiência frente a um projeto cuja parceria se dá entre uma das maiores universidades públicas do País e uma associação de referência nacional. De carreira acadêmica, Soares teve sua aproximação com o universo da ELA por ter coordenado o referido projeto de extensão voltado à assistência de pacientes e seus familiares. Declara que foi o desafio ao sentimento de impotência frente aos pacientes em sofrimento psíquico prevalente em muitas pessoas que trouxe a essa realidade.

Ilda Soares explicitou ter bastante identificação e segurança no tocante ao trabalho que desenvolve junto aos pares no contexto institucional no qual atua. Experiente no contato junto a pacientes acometidos pela ELA, seu depoimento teve vários pontos em comum com o de Felipe Gomes, no tocante às vicissitudes da relação com os pacientes. Exemplo disso foi o questionamento acerca de eventuais prejuízos cognitivos trazidos pela doença, o que, segundo eles, aparece em pesquisas recentes, mas não é verificado em sua prática clínica. Soares assume a psicanálise como seu referencial porquanto seu trabalho visa identificar a atuação de mecanismos inconscientes no sujeito, assim contrapondo sua intervenção a de um psicólogo comum. Uma de suas contribuições mais significativas diz respeito ao reconhecimento de que a ELA é, no limite, uma porta de entrada para questões mais profundas do paciente, para além do diagnóstico, o qual é sempre impactante, mas que sempre cede lugar à emergência de conteúdos mais latentes e enraizados.

A ideia de que a articulação de múltiplas estratégias e recursos como uma condição de um acolhimento psicanalítico junto ao sujeito acometido pela ELA deslindou-se muito nitidamente. A essa capacidade de saber utilizar do que tem a mão para estabelecer uma comunicação minimamente efetiva com esses pacientes, o psicanalista precisa acrescer um absoluto respeito à singularidade de cada sujeito. Em suma, Soares, ao transmitir sua reflexão acerca do fazer psicanalítico possível, foi categórica em defender a importância de não tomar a doença como a identidade da pessoa adoecida.

d) Felipe Gomes

Felipe Gomes, também psicólogo e psicanalista, além de doutor, esteve ao lado de Ilda Soares no mesmo projeto e, do mesmo modo, em sua coordenação. Nesse sentido, esses dois entrevistados têm uma ligação profissional arraigada e de longa data em torno da própria atuação junto a pacientes de ELA. Este profissional teve um dos depoimentos mais expansivos dentre os entrevistados e, a exemplo da colega, abriu várias reflexões paralelas em torno das questões disparadoras da pesquisa. O que particularmente chama a atenção é engajamento de Gomes na compreensão do que faz, na medida do possível, uma clínica psicanalítica. Para ele, de modo algum isso significa que ele pense sua intervenção como padronizada por manuais, mas pelo contrário: é mesmo uma espécie de intuição que orienta sua prática e sua escuta. Certo distanciamento com que fala dos casos que atendeu revelam ao mesmo tempo um clínico profundamente atento e respeitoso ao outro e a seu tempo, como também de fato comprometido com a escuta desse sujeito, de maneira engajada.

Felipe Gomes enfatizou aspectos como a interação requerida no atendimento de pacientes acometidos pela ELA, sinalizando a necessidade de uma postura clínica mais ativa.

A questão de como este se faz inteiramente presente no encontro com o sujeito é também bastante valorizada em seu depoimento, do qual se depreende que, se há a necessidade da construção de um *setting* específico, o psicanalista tem um papel imprescindível nisso. No tocante à dimensão do sofrimento psíquico do paciente, Gomes fez uma digressão bastante provocadora acerca da experiência psicopatológica - em termos diagnósticos - relativizando uma ideia decorrente de que a depressão se instala facilmente nesses casos. Para ele há a prevalência de reações de defesa muito mais centrada em estados maníacos do que depressivos. Além disso, ele nos apresentou preciosos substratos de análise no tocante à comunicação, perdas progressivas, sofrimento.

e) Rayanne Marques

Rayanne Marques é psicóloga especialista e se declara de orientação psicanalítica, também a partir de um estágio em psicologia social comunitária com base em Psicanálise e por sua atuação como clínica. Sua já significativa experiência no atendimento de pacientes com ELA se dá no contexto de uma instituição filantrópica, cujo trabalho se fundamenta na evolução tecnológica na área de reabilitação, configurando-se como um hospital de referência em ortopedia. Na atuação de Marques, o contato com os pacientes se dá prioritariamente no contexto ambulatorial, após a confirmação do diagnóstico. Podemos dizer que o depoimento de Marques foi norteado pelo seu reconhecimento de que a despeito da ausência da fala, uma terapêutica psicanalítica faz-se possível a partir de determinadas condições. Com efeito, a condição para um desenvolvimento de trabalho dessa monta é a capacidade que terá o psicólogo psicanalista de articular os recursos disponíveis bem como associar seu trabalho à equipe multidisciplinar.

O depoimento de Marques foi extremamente produtivo em se considerando a miríade de questões que levantou acerca do acompanhamento psicológico de pacientes com ELA. A começar pelos aspectos emocionais dados com a repercussão do diagnóstico, a partir do qual desenvolveu diversos pontos de discussão acerca do quanto o processo da doença implica diferentes fases de sofrimento para o paciente e seu entorno. Um dos aspectos que mais sublinhou diz respeito à necessidade de que o psicólogo possa se aliar e buscar estratégias dos profissionais de outras áreas que são indispensáveis nesse tipo de trabalho. Especificamente no que se refere à comunicação, defendeu que a parceria com a fonoaudiologia muitas vezes é o que lhe permite se apropriar de outras possibilidades de linguagem, como a comunicação suplementar. Ainda formulando o panorama em que se dá a constituição de seu trabalho com base na psicanálise, destaca o papel do cuidador e/ou familiares como auxiliares nesse processo de acolhimento e escuta.

f) Vera Lima

A psicóloga Vera Lima compartilha com Rayanne Marques um percurso profissional muito próximo no contato com pacientes de ELA, pois trabalha na mesma instituição e exerce função idêntica. Apesar de não ter formação em psicanálise, tem o referencial psicanalítico como aporte teórico para sua prática profissional, tendo pontuado que se identifica com a psicanálise em uma perspectiva mais lacaniana, desde cedo, ainda na graduação. Na atuação de Marques e Lima, a intervenção junto a tais pacientes se dá prioritariamente no contexto ambulatorial, após a confirmação do diagnóstico e se desenvolve numa perspectiva de adaptação da pessoa à sua nova condição.

O depoimento de Vera Lima em muito se assemelhou ao da colega Rayanne, tanto pela amplitude de pontos levantados quanto pelos conteúdos propriamente ditos. Foi especialmente significativo também na fala de Lima uma visão pragmática da atuação, guiada pelas necessidades práticas e dos objetivos institucionais do tratamento. A psicóloga demarcou as vicissitudes causadas pela perda da fala como um grande empecilho quanto a um tratamento psicológico de cunho psicanalítico. Por outro lado, ressaltou a importância da articulação com outros profissionais na busca de estratégias compartilhadas à busca de viabilizar uma comunicação com os pacientes. Se essa dificuldade foi colocada como um grande obstáculo, Lima não a considera uma barreira intransponível. Todavia, reconhece que o quadro agravado da ELA é extremamente limitante, o que faz seu referencial teórico ficar em segundo plano. A psicóloga sustenta que embora sua base e seu olhar permaneçam psicanalíticas, atua de forma mais pontual conforme a situação do paciente. Para este não faria sentido promover elaborações mais profundas ou relacionadas a questões remotas do paciente.

Após sintetizarmos os principais pontos dos depoimentos dos entrevistados, vale ressaltar que os conteúdos das respostas aparecerão de maneira destrinchada posteriormente¹⁵. Com efeito, a já aludida riqueza das entrevistas revelou-se extremamente desafiadora por ocasião da leitura, seleção e análise de todos os importantes elementos levantados em torno de nossa questão de tese, uma vez que repetições e contraposições de ideias foram uma constante no cruzamento dessas falas. Trazemos a seguir os aportes teóricos a partir dos quais serão empreendidas nossas reflexões acerca da clínica psicanalítica possível junto ao sujeito acometido pela ELA, articulando depoimentos e conceitos.

¹⁵ A íntegra das entrevistas no formato de áudio encontra-se disponibilizada em CD-Rom entregue anexado a este trabalho para consulta e/ou verificações necessárias.

4.3 Aportes teóricos

Em termos de um balizamento teórico a nos servir de subsídio para reflexão, trazemos: a questão do método e a transferência, de Freud; as inovações técnicas de Ferenczi; a linguagem, no que concerne ao simbólico e ao real, mais a pulsão escópica, delineada por Lacan. A opção por esse conjunto de conceitos busca, por um lado, perspectivar possíveis ferramentas técnicas e teóricas que supomos balizadoras de um fazer psicanalítico junto a pacientes antárticos e, por outro, elencar elementos que podem se depreender das práticas relatadas pelos participantes da pesquisa. Consideramos, pois, que: a) o método psicanalítico é uma criação de Freud ensejado pela noção de transferência; b) que Ferenczi, do ponto de vista de sua criatividade técnica, nos é um autor paradigmático, e que c) Lacan, sob um viés mais propriamente teórico-linguístico e pulsional, sedimenta o terreno da clínica psicanalítica. São essas, portanto, as chaves de compreensão para os depoimentos que tratam das possibilidades da Psicanálise junto a sujeitos acometidos pela ELA.

4.3.1 Freud: método e o conceito de transferência

Em se tratando de uma pesquisa em Psicopatologia Fundamental, a Psicanálise é o arcabouço que garante o lugar do reconhecimento do *páthos*. Em meio à dialogia dos saberes acerca do sofrimento psíquico do sujeito na ELA, o critério primeiro que nos autoriza a reconhecer uma clínica como psicanalítica é a referência desta com o *corpus* teórico inaugural trazido por Freud no bojo de sua prática. Dada a profusão dos elementos que a psicanálise freudiana nos fornece para fins dessa discussão, optamos, por duas categorias centrais, com os quais traçamos a clínica possível junto ao sujeito acometido pela ELA: o método, cujo sentido intercambiamos com o de técnica (o próprio Freud não se deteve a uma diferenciação entre os termos) e o conceito de transferência.

A fim de não sermos repetitivos quanto à construção da técnica psicanalítica já bastante referenciada nesse trabalho, aqui apenas reforçamos algumas pontuações de interesse para a pesquisa. Em primeiro lugar cabe lembrar que o método em Freud corresponde ao caminho de investigação dos processos inconscientes, de uma busca da verdade que o próprio paciente desconhece, sob o véu da repressão e do recalque. A fim de liberar esse material suprimido, o analisando é instado a dar livre curso a seu relato, eximindo-se de qualquer espécie de censura. Com efeito, a centralidade do discurso na clínica psicanalítica justifica-se pela fórmula que Freud nomeou associação livre, com a qual desenvolveu um tipo de escuta capaz de capturar, com alguma presteza, o fluxo de associações psíquicas expressas ante uma atenção suspensa do terapeuta. A regra fundamental assenta-se em um imperativo que

pressupõe a fala como pedra de toque do processo terapêutico, capaz de desvelar e revelar sentidos ocultos da vida anímica do paciente. Com efeito, a questão da técnica em Freud está imbricada a um desenvolvimento histórico por um lado, e às exigências práticas por outro.

Dito isso, é interessante notar que, desde os idos da pré-psicanálise, há um dinamismo e uma abertura no tocante à edificação da técnica. Mediante os achados da clínica e as dificuldades inerentes a ela, como a existência de pacientes não hipnotizáveis, o método em Freud mostrou sua vocação a uma certa plasticidade. Assim como metapsicologia compila uma essencialidade da teorização em Freud oriunda de sua experiência, o aprimoramento da técnica psicanalítica passa por constantes reposicionamentos. Estes advêm da necessidade de contemplar os desafios dados pelas diferentes “constelações psíquicas” dos pacientes; se o método psicanalítico evolui da catarse e da ab-reação (práticas que por sua vez herdaram seus fundamentos da limitante hipnose), para enfim chegar ao termo da associação livre, essas transformações devem-se à variância de como os sintomas neuróticos eram apresentados. O analista é o terapeuta pronto para abdicar de determinadas ferramentas, diretivas em maior ou menor grau, em nome de dispor uma escuta profundamente respeitosa da liberdade da fala do outro. Assim, escutar em psicanálise engendra uma lógica capaz de siderar o sujeito da razão ao dar primazia à manifestação dos efeitos de sua instância inconsciente.

O ápice de uma série de referências e excertos sobre método clínico de Freud consta na coletânea dos chamados escritos de Freud (1996[1912]). A essa altura de seu desenvolvimento, Freud sentenciou que na experiência analítica se dá uma comunicação entre inconscientes, do paciente e do “médico”, sendo por isso dispensáveis quaisquer esforços de atenção consciente deste último. Um reexame crítico do instrumental terapêutico freudiano leva-nos à conclusão, junto a autores como Ferenczi e Lacan, principalmente, de que alguma maleabilidade é uma condição necessária para que o fazer psicanalítico não se perca em hermetismo e tampouco enrijeça seu alcance.

Em sua primazia, a fala do paciente faria o traslado das outras formas pelas quais o inconsciente vem a se manifestar, na medida em que sonhos, atos falhos, chistes e sintomas são narrados ou ditos de modo a terem valor de análise. Sob esse ponto de vista, o sujeito em análise é um narrador, por conseguinte condicionado à tarefa de dizer espontaneamente o que lhe ocorre no pensamento.

Todavia, quem vem a ter a faculdade da fala obliterada, não está excluído da possibilidade de se beneficiar de um tratamento psicanalítico, ou de se submeter a uma intervenção nesses moldes. A resposta a esse limite passa tanto pelo modo de se fazer presente do psicanalista, quanto pela compreensão do papel da linguagem no campo da

análise, elementos que se convergem no tipo de vinculação chamada transferencial. O segundo ponto que tomamos na esteira da Psicanálise de Freud é o dinamismo fenomênico que este mais tarde nomearia transferência (*Übertragung*), o qual já aparece de forma tácita e vivaz também já desde o caso Anna O. Explicitamente, a conceituação da transferência é apresentada na análise do caso Dora, caso paradigmático da neurose histérica, por meio do qual Freud explicita:

O que são as transferências? São reedições e recriações de moções e fantasias, que devem ser despertadas e tornadas conscientes ao longo do avanço de uma análise, com a característica que lhes é própria: a substituição da pessoa do médico por uma pessoa do passado. Para dizê-lo de outra forma: uma série de vivências psíquicas antigas são reavivadas, não como pertencentes ao passado, mas na relação atual com a pessoa do médico (Freud, 1996 [1905], p. 279-280).

A ideia da transferência foi desenvolvida por Freud ao longo de sua obra e sempre esteve estreitamente ligada às questões da técnica psicanalítica. O criador da Psicanálise, em sua primeira hipótese – por ocasião do tratamento das pacientes histéricas ainda nos primórdios da pré-psicanálise – a tomou como um impeditivo de sua psicoterapia, uma vez que exprimiria tão somente uma resistência do paciente. O ulterior avanço de sua compreensão clínica dos fenômenos intersubjetivos fez com que Freud redimensionasse a importância do jogo transferencial, conjugando-o enfim como parte da engrenagem do método da psicanálise. A relação analítica em sua singularidade transforma-se no palco de um retorno, onde padrões infantis do paciente incidem na figura do analista e abrem caminho para interpretações de efeitos terapêuticos.

Essa transposição de afeto, de figuras passadas ao lugar atual do analista, faz emergir um enlaçamento cujo manejo é decisivo para que seja produtor ao tratamento, ou ainda toda a sorte de traços patológicos. Na medida em que esse circuito afetivo é ativado, positiva ou negativamente, está dada – para Freud – uma atualização de complexos infantis inconscientes e, via de regra, inconsistentes, uma vez que ambíguos. O objetivo da análise é superar ou tornar consciente, por meio da dissolução, as resistências transferenciais, manifestas como projeções em inibições, sintomas, enamoramentos ou hostilidades. No que transfere, o paciente transmite a história de uma vida encapsulada num afeto, quer seja, um investimento pulsional, inconsciente ou não. Arriscamos dizer que a transferência se dá como comunicação, inaugura uma linguagem e, desta, estrutura um discurso.

4.3.2 As inovações técnicas de Ferenczi

Como um segundo pilar teórico para discussão, trazemos algumas contribuições do psicanalista húngaro Sandór Ferenczi, sobretudo no tocante às inovações técnicas que propôs em sua clínica. Revalorizado pelos estudiosos contemporâneos da história psicanalítica após décadas de ostracismo, Ferenczi caracteriza-se como um entusiasta da terapêutica de Freud, determinado em levar às últimas consequências a busca pelo aprimoramento da técnica. Nesse sentido, relega à inabilidade do analista a explicação dos eventuais fracassos das investidas psicanalíticas, proposição que nos interessa sobremaneira no tocante à desafiante clínica junto a pacientes de ELA.

Informa-nos Sanches (1993) que Ferenczi, desde cedo em sua prática médica, interessou-se por públicos marginais, como prostitutas, homossexuais e pacientes pobres. Talvez nisso já se pronunciasse a vocação daquele que seria lembrado como o psicanalista dos casos difíceis, expressão pela qual se indicava sobretudo sua experiência e insistências com os pacientes tidos como *borderline*. Também atendeu crianças, psicóticos, etc., e foi precursor da moderna psicossomática, tendo sido paciente e amigo pessoal de Groddeck. Com efeito, a obra e a clínica de Ferenczi é reconhecida por uma indelével marca de originalidade. Chamado de “meu filho querido” por Freud, foi psicanalista de psicanalistas famosos como Melanie Klein e Michael Balint. Consta ainda que foi um inveterado organizador e defensor do movimento psicanalítico.

Um exame de sobrevoos na vida e obra de Ferenczi, sobretudo no concernente a seus principais conceitos, logo nos convida a pensar, na atualidade, em avançados desdobramentos da técnica psicanalítica. Associado às noções de técnica ativa e análise mútua, entre outras, o psicanalista húngaro teve uma intensa relação de amizade e parceria profissional com Freud, marcada por afinidades e discordâncias teóricas e, sobretudo, no que concerne à prática psicanalítica. Da dissidência com o mestre, e a despeito da abundante correspondência que trocou com este, Ferenczi foi vítima de uma negligência historiográfica que por muito tempo ofuscou a importância de suas proposições, hoje reconhecidas como precursoras da psicanálise contemporânea. Como base de reflexão do material da pesquisa, nosso propósito não é o de pensar uma aplicabilidade *ipsis litteris* dessas novidades metódicas de Ferenczi, mas apreender dele a atitude de abertura e sensibilidade que um psicanalista pode e deve assumir frente às vicissitudes de uma clínica de reposicionamentos.

Sempre criativo, por conseguinte controverso, Ferenczi trouxe à baila algumas das primeiras elaborações sobre o encontro intersubjetivo entre analisando e analista. Deste,

reivindicava uma postura autêntica na relação com o paciente e que levasse a cabo sua análise pessoal. De fato, a releitura de sua obra e revalorização de seu legado centram-se nas suas contribuições técnicas, quando na verdade tentou ser revolucionário quanto às considerações sobre a pessoa do psicanalista (Kezem, 2010). Nesse sentido, constituiu-se como pioneiro de uma concepção divergente em relação a Freud sobre o fenômeno da contratransferência e mais aproximada da perspectiva de Paula Heimann (Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013).

Defensor de uma ampliação da técnica freudiana, por meio de práticas emergentes a partir de sua originalidade teórica, Ferenczi foi um psicanalista um tanto quanto polêmico à altura dos anos vinte do século passado, quando relativiza a ideia de analisabilidade tão cara a algumas correntes psicanalíticas mais ortodoxas. Decerto foi dentre os psicanalistas pioneiros quem primeiro pensou concretamente em alternativas à tradicional técnica psicanalítica da interpretação. Com sua perspectiva de “sentir com”, insistiu na imperativa necessidade da valorização da experiência emocional entre analisando e analista para que haja uma verdadeira transformação psicológica nesse encontro. Com efeito, encontramos eco nas inovadoras proposições de Ferenczi, as quais, girando em torno da afetação recíproca, deixou lições sobre como é possível flexibilizar-se tecnicamente para poder acolher o outro sem distanciamento. Klautau, Winograd e Bezerra (2009) reforçam nosso argumento de que Ferenczi foi pioneiro na história da psicanálise em apresentar mudanças nos cânones da técnica psicanalítica clássica, com o propósito de avançar sobre sua lógica predominantemente interpretativa, bem como em ter priorizado as vivências do tenro desenvolvimento infantil. Para estes autores:

Este movimento em direção à dimensão pré-reflexiva da vida subjetiva – cuja ordenação se dá por meios de critérios e processos que não incluem tudo aquilo que a aquisição do equipamento lingüístico oferece – abre um campo até então não explorado e deixa uma herança clínica para as futuras gerações de analistas. (Klautau, Winograd & Bezerra, 2009, p. 556).

Com efeito, duas das formulações ferenczianas serão privilegiadas para a reflexão pela qual incidimos na clínica psicanalítica possível junto a sujeitos acometidos pela ELA. A ideia de presença sensível do analista, a qual pode ser depurada ao longo de todo o percurso das elaborações de Ferenczi, surge de sua postura bastante crítica quanto à insensibilidade do analista, seu formalismo e tecnicismo rígido que traduzia uma certa conformidade da psicanálise. A associação livre, articulada à atenção flutuante e a abstinência, são vistas pelo autor como defesa e mesmo como uma hipocrisia. Na contramão dessa atitude, o psicanalista

denuncia haver uma recusa das afetações que atravessam a relação entre analista e analisando e em seu lugar propõe uma posição, por parte do psicanalista, acolhedora, empática e ética no conhecimento do outro, o paciente. Eis a segunda proposição de Ferenczi que nós pontuamos como pertinente aos objetivos desse trabalho, a *einfühlung*, que se traduz de forma avizinhada à ideia de tato psicológico, como “sentir com” e empatia (Coelho Júnior, 2004). Remontando aos gregos e verificável até mesmo já em Freud, essa empatia condensa um estilo clínico pelo qual o clínico sente “dentro” de seu paciente, por ser afetado pelo compartilhamento dos sentimentos deste, para assim os compreender. Trata-se de uma sensibilidade que faz com que o psicanalista abarque mais profundamente as reações emocionais do outro, às vezes não expressas verbalmente. Conforme anota Zambelli, Tafuri, Viana e Lazzarini (2013), a contratransferência surge como instrumento fundamental nessa forma de sentir, de modo que o analista busca se adequar àquele a quem escuta.

4.3.3 A linguagem, o simbólico e o real em Lacan

Diferentemente do que ocorre com Ferenczi, o nome de Jacques Lacan é amplamente reconhecido no mundo psicanalítico contemporâneo. Para muitos, trata-se do mais original psicanalista desde Freud e isto também pelo estatuto de cientificidade que legou à Psicanálise (Longo, 2006). Ultrapassando certo naturalismo freudiano, o analista francês cravou a “psicologia profunda” no seio das ciências sociais do século 20 como uma *práxis* de linguagem fundada em um saber ético. De fato, o rigor de seu ensino e a fecundidade de sua clínica, evocadas sobretudo pela radical releitura que fez da obra do mestre vienense, justifica-nos em apontarmos alguns conceitos de Lacan como instrumental de reflexão acerca da clínica psicanalítica possível aos pacientes de ELA. Dito isso, podemos dispensar maiores apresentações desse autor e nos centrarmos em circunscrever as noções de simbólico e real, como também a ideia de pulsão escópica à guisa de apresentação.

Para Lacan, a psicanálise traduz-se como uma ciência da linguagem habitada pelo sujeito, o qual emerge de uma ordem simbólica. Esse entendimento compreende uma interpretação da antologia freudiana em que a linguística de Ferdinand de Saussure e o estruturalismo de Lévi-Strauss destacam-se como basilares de uma leitura não mentalista de inconsciente, sendo este estruturado como uma linguagem (Machado, 2011). No rastro dessa elaboração, surgem os conceitos de simbólico e real, os quais, junto ao de imaginário, comportam a tríade da cadeia significante cujo nó borromeano serve de modelo, uma vez que essas instâncias se articulam entre si de modo indissociável. Podemos considerar RSI como a

tópica por excelência desenvolvida por Lacan ao longo de sua transmissão, uma vez que se configuram como lugares de sujeito e, portanto, fundamentos perenes de sua sofisticada teoria clínica.

A instância lacaniana do imaginário denota a constituição do eu e remonta à proposição do estágio do espelho (Lacan, 1998[1949]), experiência psíquica pela qual a criança se identifica com a imagem que lhe é devolvida pelo Outro. Esse processo de aquisição da identidade, determinado pelo narcisismo originário, antecede e prepara o ingresso na ordem simbólica. A preponderância do símbolo e, portanto, da linguagem como essência da psicanálise advém no histórico e incisivo *Discurso de Roma*, quando Lacan (1998), aponta a fala como o fio condutor do retorno ao sentido original de Freud. A defesa do resgate da originalidade da psicanálise freudiana ganha nesse texto seminal o argumento pelo qual seu pensamento teórico privilegia a instância do simbólico, quando a linguagem passa a ocupar uma centralidade definitiva na psicanálise que propunha.

Mais adiante, de forma paulatina e pela via de uma trama conceitual, Lacan consagra o imperativo do real em um momento posterior de seu ensino. A essa terceira categoria, que ganha crescente relevo nas últimas elaborações de Lacan, corresponde o inominável, aquilo que, não se subordinando ao simbólico é refratário à linguagem. O real proposto por Lacan é a saída na impossibilidade da simbolização, porquanto o sujeito pode se deparar com a verdade de que o todo não pode ser dito, nem tampouco conhecido. Quando é a voz esse “membro” mortificado, mais de que uma não apreensão do real – este que sempre escapa pela sua insubordinação ao simbólico – o dito do suposto analisando é como que amputado, em uma cisão que opõe fala e sentido, em função de um limite de um organismo doente.

4.3.4 Olhar e pulsão escópica

Como vimos, frequentemente a ELA tem como paroxismo a síndrome do encarceramento, de modo a fazer com que a incapacidade de articular a fala parece obstar quaisquer tentativas de se trabalhar, psicanaliticamente o paciente em estado de anartria. Contudo, justamente é a ausência da voz que muitas vezes abre caminho para sua suplência pelo olhar, no encontro contexto do encontro analítico. Nessa direção, acreditamos que, entre os conceitos que podem servir às reflexões aqui encetadas, trazemos ainda com Lacan a fecunda noção de pulsão escópica. Na verdade, ele descortinou, em meio à obra de Freud, os conceitos de pulsão escópica e pulsão invocante, as quais têm, como objeto, respectivamente a voz e o olhar como seus objetos – dois elementos decisivos para as reflexões aqui

empreendidas.

Para nos situarmos quanto ao conceito de pulsão escópica, recordamos que o clássico conceito de pulsão é basilar em Freud e sua edificação cumulou na compreensão de sua natureza fronteira entre o somático e o psíquico. É a partir da pulsão de olhar apontada por Freud que Lacan vislumbra e nomeia a pulsão escópica, a considerando como constitutiva do sujeito (novamente ao lado da pulsão invocante) e como paradigma da experiência sexual. Ravello, Dunker e Beividas (2017, p. 16) destacam que a pulsão escópica “atua como agente organizador do regime psíquico através da inclusão de estruturas de linguagem adquiridas no contato com o outro que o cerca”.

As possibilidades de articulação entre o olho e o olhar a partir do desenvolvimento histórico e teórico da psicanálise são inúmeras, e a descrição de todas elas fugiria do escopo desse trabalho. Interessa-nos, sobremaneira, a função do olhar na constituição do outro, mediador de relação e, em nossa hipótese, canal de comunicação intersubjetiva que emerge em substituição à palavra no encontro transferencial.

5 SENDAS DE UM CÁRCERE SINGULAR

A Psicanálise não é nada mais do que um exercício de linguagem. Como evitar, então, uma conexão entre linguagem e inconsciente? E como dispensar o encontro entre linguística e psicanálise?
Michel Arrivé

Com sua atenção suspensa, o psicanalista nada procura; antes, se deixa encontrar, em posição de escuta, pelos achados que se produzem na clínica e no social. Tais achados, porém, não se restringem às repercussões de conflitos remotos com origens em traumas sexuais, como primeiro pensou Freud. A própria história da técnica psicanalítica ao longo do século XX dá notícia do quanto o método por ele criado foi sendo ampliado em seu alcance, na medida em que pôde se adaptar a outros contextos e a pacientes antes tidos como difíceis ou improváveis, como crianças ou psicóticos. Tal alargamento de seu público resultou principalmente da significativa contribuição de nomes como de Sandor Ferenczi, Melanie Klein, Jacques Lacan, Donald Winnicott, entre outros (Etchegoven, 2002; Zimerman, 2004). Na expansão desse arco, pacientes de doenças neurodegenerativas e neuromusculares, acometidos pela ELA ou paralisados por outras formas de *locked-in*, também já se beneficiam de intervenções de psicanalistas.

Esses referidos avanços já não constituem uma novidade e soam mesmo como lugar-comum àquele que esteja mais familiarizado com a pesquisa sobre a técnica psicanalítica. Escapa à observação ligeira, porém, o detalhe de que cada novo universo clínico deslindado pela Psicanálise somente se fez possível por alguma forma de abertura encontrada ou oferecida por ocasião do desafio clínico dado. A imagem de sendas de um cárcere singular conota o leque das sutis possibilidades comunicativas da pessoa aprisionada em seu corpo na ELA, as quais podem ser conscientes ou não. Se a própria angústia em saber que vai perder a fala faz com que o sujeito busque uma abertura para a palavra, aqueles que perfazem o entorno desse paciente também abrem caminhos de contato. As lembranças evocadas transferencialmente, os artefatos tecnológicos, computacionais ou não, e toda a gama de recursos/estratégias comunicativas são igualmente oportunos para que se vislumbre “uma saída para o sujeito”. O inconsciente tal qual compreendemos é teimoso e arredio, não engessável por um vírus, uma bactéria ou mesmo por uma paralisia progressiva¹⁶.

¹⁶ A esperança de que explicações pudessem dar conta do imponderável das mazelas da alma não são novidades na história das ciências do espírito. Uma das mais recentes, anterior ao advento dos psicotrópicos, foi a descoberta da neurosífilis, a qual representou a expectativa de que os distúrbios psiquiátricos pudessem enfim

Em sua primeira acepção, em 1896, o neologismo “psico-análise” proposto por Freud indicava uma forma particular de psicoterapia, baseada na fala, na esteira do método catártico de Breuer e voltado a pacientes neuróticos. Nessa terapêutica, propunha-se se explorar o inconsciente, entre a associação livre do paciente e a interpretação do psicanalista. Sobrevieram a essa definição desdobramentos importantes, os quais elevaram o edifício psicanalítico a um patamar de teoria da personalidade, sistema de pensamento ou mesmo de uma *Weltanschauung* (Palmeira & Gewehr, 2015). A prática clínica, porém, não poderia permanecer cristalizada no discurso oral, dificultando o acesso à experiência psicanalítica para alguns perfis marginais, como pessoas com doenças graves e incapacitantes, a exemplo da ELA.

Como já foi assinalado, não demorou até o fenômeno neurótico deixar de ser um limite condicionante para a inserção da Psicanálise em diferentes cenários. Ferenczi e Lacan, por vias diferentes, tornaram-se emblemáticos em assimilar a neurose como uma parte e não o todo da empreitada psicanalítica, cujos horizontes epistemológicos foram igualmente alargados junto à ampliação do escopo psicopatológico. No caso de pacientes cujo impedimento à análise é de ordem eminentemente física – paralisia, disartria e anartria – o problema posto é tanto de método quanto da possibilidade de se observar efeitos da própria intervenção, haja vista a condição limítrofe de vida do paciente.

Berlinck (2001, p. 241) reforça assertivamente nosso argumento de que o material de trabalho psicanalítico se cristalizou na fala, apesar de termos logrado uma abertura maior quanto a quem poderia se beneficiar do tratamento:

A psicanálise pós-freudiana, especialmente, mas não exclusivamente a que sofreu influência de Lacan, tem como um verdadeiro pressuposto que todo procedimento psicanalítico se situa no campo da linguagem¹⁷, ou seja, permanece sempre circunscrito ao domínio do relato.

No rastro dessa tradição, podemos pensar equivocadamente que a fala funciona como praticamente o único instrumento da linguagem na Psicanálise, confundindo um e outro

ser explicados por meio de uma causalidade natural. A descoberta da neurosífilis representou a expectativa, posteriormente frustrada, de que os distúrbios psiquiátricos pudessem enfim ser explicados por meio de uma causalidade natural.

¹⁷ Nesse trecho, evidencia-se que Berlinck toma linguagem por fala, numa acepção comum ou reducionista do termo enquanto ato concreto e individual, acepção que consideramos de certa forma insuficiente, mesmo se considerarmos o ensino de Lacan apenas na fase em que se deteve ao simbólico. Longo (2006) explicita que Lacan sempre avançou no estatuto atribuído à noção de linguagem e em sua clínica do real, privilegiou a categoria do indizível no reconhecimento do limite do simbólico, fato pelo qual poderíamos contrapor a crítica de Berlinck. Este, na sequência da citação que trouxemos, já faz essa ressalva.

termos. Pensando no cotidiano do consultório, especular uma ação clínica psicanalítica sem o elemento básico do discurso pode se desdobrar em esforço vão. Supomos ainda como riscos de uma tentativa de fazer uma psicanálise sem palavras a adoção de uma postura iatrogênica por parte do psicanalista, um dispêndio desnecessário de tempo para este e seu paciente, quando não simplesmente a expressão de um *furor curandis* na conduta terapêutica, do qual Freud (1996[1912]) nos alerta em seus escritos técnicos. Entretanto, trabalhos de orientação psicanalítica junto a pessoas com ELA demonstram como o investimento do analista na linguagem, pela via de sua presença implicada, permite-no prescindir da fala, mas em nome da soberania da linguagem, até onde possa recobrir o simbólico.

À busca de encontrar na literatura alguma experiência de psicanálise com pessoas *locked-in*, deparamo-nos com um curioso trabalho, o qual nos chamou a atenção pela perspectiva incomum. Trata-se do caso de um paciente de 47 anos, diagnosticado de ELA, a partir do qual Gomes (2012) pretendeu investigar “psicanaliticamente” manifestações psicossomáticas e fatores predisponentes que tornariam um sujeito mais vulnerável a somatizações graves. Situado como pertinente ao campo da psicopatologia, o estudo teve como motivação contrapor a carência de pesquisa de aspectos psicológicos e/ou psicossomáticos que estariam na base da ELA, ideia que nos soa bastante questionável e desprovida, em nossa opinião, de embasamento teórico consistente.

Mal-sucedidos nessa procura, apoiamo-nos primeiramente na atitude intelectual do próprio Freud, cuja perseverança abriu caminho para a construção de uma metapsicologia extratada a partir de sua neuropatologia. Imerso na lida clínica, ele inaugurou uma frondosa elaboração teórica sempre aberta fenomenalmente aos dados que, à medida que vinham à tona, refaziam a própria teoria. São exemplos clássicos a substituição da teoria da sedução pela fantasia, o advento da segunda tópica sob o primeiro modelo de aparelho psíquico, a inversão da angústia como causa e não efeito da neurose, etc. No caso da clínica psicanalítica de sujeitos acometidos pela ELA, é a partir da prática de psicanalistas e psicólogos de base psicanalítica que trabalham com essa realidade que podemos articular um conjunto de ferramentas técnicas e *pari passu* teóricas que nos permitimos a proposição de uma clínica possível nesse contexto tão particular.

Neste capítulo, portanto, adentramos no campo da pesquisa propriamente dita, quer seja, na análise dos conteúdos das referidas entrevistas. A psicanálise de um prisioneiro em seu próprio corpo é possível, a princípio, pelas sendas nesse cárcere singular. Como uma primeira etapa da investigação, foram levantados aqui alguns pontos basilares para a questão central da tese. Assim, tomamos o impacto deste diagnóstico e suas repercussões emocionais

para o paciente, particularmente no tocante à expectativa da perda da fala. Em seguida, como um inesperado desdobramento desse choque inicial, vemos que, com frequência, a doença funciona como porta de entrada para processos subjacentes e/ou para além do enfrentamento da doença propriamente dito, possibilitando intervenções em nível de história de vida, afetos remotos, entre outros conteúdos mais profundos. Pontuamos também as consequências do envolvimento de cuidadores e familiares na intervenção, mormente positivas, pela presença relacional e como intermediário do próprio contato terapêutico. No tópico em que refletimos “para além do *setting*”, os depoimentos nos fazem refletir o quanto o enquadramento psicanalítico clássico é secundário àquilo que na essência configura o encontro psicanalítico, como a transferência: se por um lado este favorece a instalação do jogo transferencial, por outro, pode ser prescindível quando não é a fala do analisante que domina a cena, como quando a palavra advém do olhar. Outro importante destaque é dado pela presença de recursos tecnológicos disponíveis hoje que têm favorecido a estruturação de uma clínica de pacientes com ELA. Na insuficiência dessas tecnologias, apresentam-se alternativas e alteridades envolvidas em um nível mais comunicacional, isto é, caminhos diferentes que consideram as diferenças de funcionamento desses pacientes.

5.1 A dor de um silêncio anunciado

A confirmação do diagnóstico como de ELA, via de regra é precedido por uma longa peregrinação, que dura cerca de 10 a 13 meses, segundo estimativas mais aproximadas (Brasil, 2009). Este componente já representa um dos primeiros e impactantes fatores de sofrimento psíquico que incide sobre o sujeito acometido pela ELA. Essa questão foi lembrada por Ilda Soares e Sônia Barros, que associaram essa demora do fechamento do diagnóstico a uma falha do Sistema de Saúde, além de aludir ao prejuízo emocional pelos diagnósticos errados. Na verdade, a própria complexidade da doença e a falta de um exame definitivo para atestar ou descartar a suspeita rapidamente faz com que esse período seja tão extenso.

A anunciada cascata de perdas funcionais, as preocupações com a assistência, a perspectiva da morte precoce são elementos que têm um potencial devastador para o equilíbrio emocional do paciente e sua família. A esse rol acrescentam-se também o difícil processo de aceitação, o medo da rejeição social, as questões financeiras, jurídicas, etc. Em se tratando de situações de crise, tais elementos justificam e via de regra demandam um suporte psicológico ao paciente e a seus familiares, mas não como prioridade, haja vista as vicissitudes próprias da enfermidade. Em meio a toda essa configuração, interessa-nos aqui

frisar o efeito subjetivo no paciente em saber que o avanço da ELA poderá lhe acarretar a perda da articulação da fala e, portanto, lhe privar do uso da voz. Mais que isso, a um dado momento não conseguirá se expressar sequer por alternativas como escrever ou gesticular, tornando-se quase incomunicável. Conforme posto na literatura:

A disartria na ELA caracteriza-se principalmente por imprecisão e lentificação da fala, articulação e fonação prejudicadas, perda de controle do sistema estomatognático e dificuldade respiratória. Com a progressão da doença a fala torna-se mais lenta e arrastada, maior frequência de períodos de pausa e culmina em comunicação oral restrita, necessitando a utilização de palavras-chaves como “sim/não” e, posteriormente, comunicação ocular. Segundo a literatura estima-se que cerca de 80-95% das pessoas com ELA perderão a capacidade de discurso funcional e consequente dificuldade de comunicação e interação social (Coimbra et al., 2018, p. 23).

A informação ou a constatação de uma falência em curso do aparelho fonador já seria um dado importante para qualquer psicólogo. Para um psicanalista ou um psicólogo que se proponha de base psicanalítica, as implicações desse prognóstico são ainda mais preocupantes, afinal, a fala do paciente é o instrumento primordial para o trabalho clínico. Basta lembrarmos que as manifestações do psiquismo profundo – as formações inconscientes – constituem-se, na maioria dos casos, sob alguma forma discursiva: atos falhos, sonhos, parapraxias, chistes. Ou seja, dependem da voz, de verbalização, de serem comunicadas, audíveis e compreensíveis a alguém. Expressões do tipo *acting out* e sintomas físicos, pela via da conversão ou psicossomáticos, os quais a princípio fogem dessa regra, acabam por ter valor analítico na medida em que também sejam falados, para que a partir disso se processe alguma elaboração psíquica. Sendo parte do repertório de qualquer sujeito em sofrimento, todas essas manifestações psíquicas são difíceis de serem acessadas em alguém com a síndrome do encarceramento.

Frente à situação até então inusitada em sua trajetória profissional, Ângela Duarte se viu em uma verdadeira encruzilhada com o diagnóstico de sua paciente em plena análise. A psicanalista relata ter se perguntado o que aconteceria a partir daquela notícia: a análise seria interrompida? O trabalho tornar-se-ia inviável? A realidade da ELA que então passaria a fazer parte da vida daquela sua analisante não lhe era de todo estranha. Duarte conhecia a doença e tinha consciência do que estava por vir: perda de todos os movimentos, perda da fala. Esse detalhe, em especial, lhe pareceu perturbar a perspectiva de futuro da análise. Disse que *“achava que ela iria dizer que não mais continuaria, mas não foi o que não aconteceu”*. (comunicação verbal, Duarte, 2018)

Consideramos essa declaração de Duarte como relativa àquilo que chamamos uma

posição clínica de escuta frente ao sofrimento do outro. Isso significa que ao terapeuta é preciso se inclinar, portanto, se dispor ao alcance da palavra do outro, mesmo que esta se ausente, como na síndrome do encarceramento. Como psicanalista, caberia ouvir aquela notícia com alguma neutralidade, em obediência à regra da abstinência (que não pode ser confundida com indiferença) sempre tão estimulada por Freud. Pelo relato, a analista guardou para si a suspeita da provável desistência de sua paciente, ao que deduzimos que também não fez nenhuma menção ao fato de já ter convivido com uma pessoa com ELA, a qual viu morrer. Aqui especulamos sobre qual seria a atitude de Ferenczi, ou de um psicanalista que levasse a cabo suas reformas técnicas? Por exemplo, lançaria mão da chamada análise mútua que aprendeu com o próprio Freud? Essa técnica consistia de um movimento de análise recíproca, ou seja, acontecia do paciente para o analista também. A despeito da polêmica dessas ideias, essa experiência também lhe serviu de mote para atentar às questões da contratransferência e à radical importância de que o psicanalista faça análise (Kezem, 2010).

Há de se supor que a escuta proposta pela Psicanálise – uniformemente suspensa – traz em si uma condição bastante difícil para o terapeuta frente a essa clientela. Uma vez que este não pode se furtar de um conhecimento mínimo acerca da evolução da doença e que esteja em contato com outros profissionais de saúde da equipe, o psicanalista estará necessariamente ciente das etapas que estão por vir na trajetória do sujeito. Supomos ser praticamente impossível não se enviesar por esse conhecimento, o que de alguma forma compromete essa idealizada escuta de todos os conteúdos. Dessa forma, a inevitável afetação que a ELA causa ao terapeuta deve ser vista como um fator decisivo no concernente a como o psicanalista se posiciona ante o sofrimento do outro.

O atípico e inesperado cruzamento entre Psicanálise e ELA ocorrido no divã de Ângela Duarte dista em muito da rotina com que esses atendimentos ocorrem no âmbito institucional. Na maioria das vezes, a constatação do diagnóstico é a deixa para que Rayanne Marques e Vera Lima adentrem no tratamento interdisciplinar que esses pacientes recebem no hospital, como em outras doenças. Marques é incisiva quanto às mudanças desencadeadas acerca do choque causado pelo diagnóstico:

quando o diagnóstico chega numa família, é como se fosse um visitante inesperado que chega, se aloja, fica ali e diz: vejam, cheguei e vou ficar. Como lidar com esse visitante inesperado que está ali? Ele passa a fazer parte, porque vai impactar a todo mundo naquela casa. (comunicação verbal, Marques, 2018)

O caráter da inexorabilidade da doença é um dado importante que vem junto com a confirmação desse diagnóstico. Ainda segundo Marques, as implicações da presença desse

visitante inesperado, o qual passará a conviver e determinar em muito a rotina daquela família passa pela condição egóica do próprio sujeito, e mais adiante explicitará que *“essa estruturação egóica do paciente é o que permitirá a ele se apropriar, se perceber e perceber os que estão à sua volta para que assim possa investir dentro dos próprios recursos disponíveis do seu externo”* (comunicação verbal, Marques, 2018). Aventamos que essa menção à instância do Ego, o clássico “executivo” da personalidade da segunda tópica de Freud, pode nos fazer supor certa aproximação da psicóloga com a *Ego Psychology*. Esta corrente americanizada de psicanálise buscava pasteurizar as ideias originárias da Psicanálise, de modo particular, o poderio do Id e o correlato imperativo da sexualidade (Cukier & Prizskulnik, 2002). Contudo, cabe ressaltar que outras interpretações são possíveis, uma vez que essa é apenas uma acepção entre tantas outras do papel do Ego no jogo psicanalítico, a depender da corrente psicanalítica com qual se trabalha.

Segundo a psicóloga, a notícia ou a confirmação do diagnóstico é imediatamente sentida, mas o que os pacientes e familiares trazem de forma mais conflituosa são as repercussões desse diagnóstico a médio e a longo prazo. Preveem-se a dependência de familiares, o desafio da relação paciente-cuidadores, as mudanças na rotina, a preocupação com o futuro, com a própria morte¹⁸, a dificuldades de aceitação, o destino da família, enfim *“é uma série de coisas assim que vão acontecendo ao lidar com essa apropriação do diagnóstico”*. (comunicação verbal, Marques, 2018)

O quantitativo e a densidade das problemáticas psicológicas, familiares e sociais levantadas juntamente com o diagnóstico de uma doença como a ELA impacta, ao mesmo tempo que mobiliza o sujeito e todo o seu entorno mais próximo. O psicólogo, psicanalista ou terapeuta é reconhecido como o profissional tecnicamente preparado para tal. Nesse sentido, assume um papel de paramédico, facilitador da expressão dos afetos difíceis do paciente, de seus familiares e, não raro, da equipe de saúde, inclusive em processos antecipatórios de elaboração das perdas e do luto, mas não exclusivamente isso. Seria a função precípua do

¹⁸ Abrimos mão de discutir pontos como a irrepresentabilidade da morte no inconsciente em Freud, a fim de não nos desviarmos do objetivo da tese, o qual implica considerar qualidade na sobrevivência do paciente. Não ignoramos, assentados no trabalho de Labaki (2001), que a despeito das dificuldades inerentes à temática da morte lhe impunha pessoalmente, Freud mobilizou-se a ponto de em vários momentos da sua obra estabelecer noções clínicas e metapsicológicas em torno da finitude. Ressaltamos que direta ou indiretamente, a ELA é uma doença fatal e desde a confirmação do diagnóstico tem-se conhecimento de que o processo neurodegenerativo necessariamente cumulará em uma fase terminal com evolução a óbito. Com um prognóstico tão invariável, o fatalismo em torno da doença é quase intransponível, de modo que a literatura que trata da abordagem psicológica das pessoas com ELA aborda recorrentemente as questões sobre a morte a morrer. A psiquiatra suíça Elisabeth Kluber Ross, autora referência mundial na área da tanatologia – especialidade médica que trata dos estudos sobre a morte – traz, a título de ilustração, um excerto de um caso de um paciente terminal de ELA na abertura de sua obra clássica que se chama, justamente, *Sobre a morte e o morrer* (1969).

psicólogo ou mesmo do psicanalista desempenhar um trabalho voltado à elaboração do luto do próprio paciente ou de seus familiares? Em algum momento essa tarefa parece se impor ao profissional, muitas vezes com a escalada das perdas parciais, contudo, não pode se resumir a isso.

Nesse ponto, apoiamo-nos nos postulados de Lacan (2009[1964]), a fim de examinar uma obviedade que frequentemente pode passar despercebida por profissionais, cuidadores e familiares que cuidam de pacientes anártricos. Estes, ainda que inaudíveis, habitantes da linguagem, por ela banhados e como ela estruturados em sua vida psíquica; fisicamente em silêncio, permanecem partícipes de uma comunidade feita por falantes. Assim, a despeito de terem a emissão de significantes comprometida pela patologia, são atravessados por seus significados. Ao comportar um sujeito ainda desejante, esse corpo atravessado pela linguagem não deixa de ser erógeno e pulsional, a despeito de sua patologia motora. Embora esteja fisicamente privado de enunciar seu desejo, este lhe permanece inscrito e sua anartria não impede que o sujeito o aceda, ainda que imaginariamente.

Ilda Soares coloca que os pacientes vêm ao ambulatório de doenças neuromusculares, em estágios distintos da evolução da ELA. Em função disso, reconhece a importância de que a doença seja mais divulgada. Observa que *“a maioria já chega com pelo menos um a dois anos de atraso de diagnóstico, então vêm com [outro] diagnóstico, com problema de coluna, até de depressão, coisas que quando ninguém mais descobre, esses pacientes vão parar na neuromusculares com o diagnóstico de ELA”* (comunicação verbal, Soares, 2018). Ainda assim, tais pessoas são atendidas antes da perda da voz, o que lhes dá oportunidade em muitos casos de que o momento dessa privação venha a ser trabalhada anteriormente. Relata Soares que em muitas situações, havia o uso antecipado das tabelas visuais, como uma forma de treinamento para quando se instalasse o quadro de disartria/anartria.

Novamente com Lacan, verificamos a dependência do sujeito antes da ordem significante e sua emergência na cadeia simbólica (Albuquerque Gomes, 2009). De um suposto apagamento do sujeito da enunciação, o contrário é o que se revela: o sujeito acometido pela ELA é a expressão máxima de como a linguagem é soberana, pois é somente o que resta quando o corpo cala, paralisa e enrijece. A necessidade de manter contato com a exterioridade faz com que o paciente anártrico encontre frestas – possibilidades – para fazer valer sua palavra. Se Lacan (2009[1964]) nos ensina que, sob a égide do simbólico, o significante desliza em cadeia e não se cristaliza no significado, tampouco a linguagem se deixa alienar em imagens acústicas. Assumimos que a ausência da palavra fonética não cerra a porta de acesso ao inconsciente; mesmo aquele que está preso em seu próprio corpo

permanece livre no espaço do Outro.

De volta com Rayanne Marques, explica ela que a dor de lidar com o diagnóstico implica um momento de profunda tensão para o paciente. Esse impacto lhe traz à tona a experiência da sua condição psicológica, por deparar-se com o limite da própria vida. Isso faz com que traga todas as questões de conflito ou de desejos com relação a suas vivências passadas e também de desejos ligados a projetos futuros. Marques diz que tão logo apareça esse desejo no discurso do paciente, é preciso trabalhar na perspectiva de valorizar a dimensão de vida. Mais adiante, a psicóloga traz que é fundamental que esse paciente permaneça com a condição de fala e de expressão do que almeja, pois *“o corpo silencia, mas o desejo, as vontades, as necessidades se mantêm. É importante esse desejo ser ouvido [...] sinaliza as dificuldades em atividades, nas possibilidades, nas potencialidades que ele ainda tem”*. (comunicação verbal, Marques, 2018).

Dito isso, entendemos que escutar esse desejo, a despeito do corpo silenciado, e operar uma dissociação entre o sujeito do desejo e o significante da doença que a este aliena, é uma das tarefas que o psicanalista pode assumir ante o paciente de ELA. Se por um lado esse sujeito é cindido, eivado de pulsões que o fazem desejante, paradoxalmente sua peculiar situação lhe faz dependente do outro que dele cuida. A companhia permanente desse terceiro, pode ser uma barreira para o analista, ou mais uma senda, entre outras que podem se abrir.

5.2 Cuidadores e familiares: uma presença extensa

Apesar de não figurarem diretamente como objeto da pesquisa, cuidadores e familiares foram bastante mencionados nas entrevistas e disso extraímos uma consequência. Para além das consequências de ocuparem o papel de “paciente oculto” (Couto, 2004; Mello et al., 2009), tais pessoas estão envolvidas na realidade do cotidiano do sujeito com ELA inclusive fazendo a intermediação do trabalho dos profissionais de saúde. Dessa forma, quanto mais sua presença influencie no âmbito onde se encontram psicanalista e paciente, maior será sua relevância para a atuação do psicanalista, sobretudo quando o sujeito tratado já se encontre em estado de disartria ou anartria. Na verdade, o cuidador ou familiar pode ser de grande auxílio para o acompanhamento, mas também um obstáculo.

Quanto a esse ponto, a psicanalista Sônia Barros demonstra valorizar bastante a participação da família em seus atendimentos. Segundo ela, a relação com os familiares é muito importante, haja vista a necessidade permanente que a pessoa com ELA tem, inevitavelmente, de uma pessoa próxima, mediante o progresso da patologia. Nas palavras de Barros,

o trabalho com a ELA é um trabalho com os familiares, porque o sujeito não vive sem alguém que o cuide. Essa é a primeira condição, pois está marcado pela dependência. Alguém que cuide dele e esse alguém vai ficar também prisioneiro de uma certa forma e isso causa no familiar um estresse, um adoecimento (comunicação verbal, Barros, 2018).

Mello, Orsini, Nascimento, Pernes, Lima, Heitor e Leite (2009, p. 5) atestam que “a família exerce um papel muito importante para os que padecem dessa impiedosa doença, tanto no tratamento (clínico e reabilitativo) como no ajuste pessoal do doente à sua situação de incapacidade”. Em se considerando que os cuidadores terminam por receber uma pressão maior, enfrentam alta sobrecarga de trabalho e têm afetada também sua vida pessoal e emocional. Nesse estudo sobre a qualidade de vida de pacientes com ELA sugere que, quando o tratamento reduzir o mal-estar dos pacientes, também beneficia aqueles que lhes oferecem cuidado. Mais que isso, conhecer as causas do impacto da ELA na vida das pessoas “permite a tomada de decisões e na elaboração de planejamentos e de intervenções, tratamento e serviços” (Idem). Destacamos aqui a importância de um trabalho de viés psicanalítico como duplamente justificado: pelo apoio ao próprio paciente e pela contribuição que presta a cuidadores e equipe de saúde na condução de suas tarefas. Sublinhamos a conclusão dos autores de que intervenções especificamente delineadas para efetivar a relação paciente-cuidador incidem no estado emocional de ambos.

No depoimento de Ângela Duarte, em nenhum momento foi referida a necessidade da presença de um terceiro para intermediar o desenvolvimento da sessão. Cuidadores contratados ou funcionários são aludidos apenas no exercício de sua função, como quando a paciente era levada ao consultório ou por ocasião de receberem a psicanalista para os atendimentos domiciliares. Mantiveram-se à margem ou como coadjuvantes da cena analítica, diferentemente do que ocorre no atendimento institucional relatado pelos profissionais. Uma imagem representativa dessa relação é a recepção prestada pelas cuidadoras a Duarte, ao sempre lhe abrir o portão, convidando a psicanalista a entrar na casa da paciente. A sessão naquela ocasião se dava em domicílio, com um ambiente preparado pelas funcionárias, de acordo com as recomendações da patroa. Comenta a profissional: “*As cuidadoras já me conheciam daqui; elas já sabiam mais ou menos como funcionava aqui* [em seu consultório particular]” (comunicação verbal, Duarte, 2018). Chamamos a atenção nesse ponto para certo paradoxo, em alusão a uma fala anterior de Marques. Se para a psicóloga é a ELA quem chega como visita inesperada e inconveniente na vida da família, por ocasião do diagnóstico, agora vemos uma psicanalista adentrando um espaço que, a princípio, também não é o seu.

Para Sônia Barros, acontecem perdas importantes na qualidade de vida do par

familiar/cuidador-paciente, e muito do trabalho de ajuda no enfrentamento dessa situação implica em atender o familiar. Segundo Barros, se o psicanalista não dá um suporte para o familiar, este não aguenta e acaba de alguma maneira destrutando o paciente. Nisso, é possível perceber as configurações de ódio aparecendo naquela relação, sentimentos de revolta, mágoas etc., *“porque certamente são histórias familiares que não foram construídas naquele momento, mas a partir de toda uma trajetória de vivências, que podem ser muito negativas”* (comunicação verbal, Duarte, 2018). Com efeito familiares também entram como coadjuvantes em atendimentos de crianças, ou seja, sendo também atendidos pelo psicanalista em meio a nuances semelhantes. O intrigante aqui é fato de se tratar de pacientes adultos, os quais, a exemplo das crianças, apresentam limitações, embora evidentemente de ordens diferentes.

Com efeito, a doença não simplesmente apaga uma história, muito pelo contrário, às vezes a reaviva, como, por exemplo, na manifestação de ódios da infância. Barros alude a relatos de cuidadores que tinham um relacionamento difícil com aquele que agora está na condição de paciente, os quais passaram a ter a obrigação de cuidar, de alguém que não cuidou deles, o quanto isso era difícil, o quanto faltava amor, *“mas havia um compromisso solidário de cuidar daquela pessoa, porque senão aquela pessoa realmente morreria”* (comunicação verbal, Barros, 2018).

No contexto de vivências familiares dolorosas, na ausência desse compromisso solidário, caberia ao psicanalista reparar essa dor. Escutar tais conteúdos, em uma circunstância em si mesma tão penosa, requer do psicanalista um posicionamento não somente inclinado à escuta, mas no limite do sentido de ir ao encontro do outro em sua própria experiência. Assim, aproximamo-nos ao conceito de empatia (*Einfühlung*) consagrado por Ferenczi, em nome do qual afirma:

É uma vantagem para a análise quando o analista consegue, graças a uma paciência, uma compreensão, uma benevolência e uma amabilidade quase ilimitadas, ir o quanto possível ao encontro do paciente (2011 [1931], p. 85).

Felipe Gomes traz um dado intrigante e bastante significativo. Explica que os primeiros atendimentos, via de regra, são marcados pela presença de alguém da casa observando o psicanalista em sua tentativa de estabelecer contato com o paciente. Um familiar ou cuidador fica perto, vigilante, como quem diz *“Que pessoa é essa que está aqui? O que ele vai fazer?”*. Até que gradativamente, no convívio, o profissional ganha a confiança suficiente da família para ser deixado a sós com o sujeito. Tal privacidade passa a ser

preservada, a exceção de que haja alguma necessidade que demande a presença de outra pessoa no momento da sessão. Cabe lembrar que o paciente em estágio avançado está permanentemente sob o risco de alguma intercorrência, como uma queda, um engasgo, falta de ar, etc., o que justifica esse respeito vigilante do cuidador/familiar. Dessa forma, o psicanalista tem também, via de regra, a responsabilidade de estar atento às necessidades daquele a quem atende em seu contexto domiciliar.

A literatura reconhece que é natural que haja tal intermediação de familiares e cuidadores no contato com o paciente (Borges, 2003). Essa presença, uma vez necessária, pode ser de grande valia para o estabelecimento de uma comunicação do psicanalista como fonte de aprendizagem. Compartilhando suas estratégias para manter o paciente de ELA comunicável, estes atores permitem que o profissional se aproprie dos códigos de que já se utilizem. A partir do momento em que possa manejar essa nova linguagem, o psicanalista poderá prescindir da interferência de um terceiro, por questões de sigilo, privacidade e ética, ou incorporá-la como uma peça entre outras para uma engrenagem para o próprio atendimento.

A maioria dos entrevistados concordou que a presença e o apoio da família são fundamentais. Pelo menos um cuidador deve estar presente desde as primeiras entrevistas para auxiliar no estabelecimento de alguma comunicação possível, qualquer que fosse. A dinâmica desse início em geral requer entrevistas com o paciente e familiares ora juntos, ora em separado. Contudo, a primazia deve ser sempre do contato direto, desde que a condição do paciente permita. Marques explica por que às vezes são necessários atendimentos em que separa familiares do paciente, conversando a sós com a família. Segundo a psicóloga, essas situações dependem do que esteja sendo demandado. O acolhimento à família, segundo a psicóloga, deve ter como foco as suas necessidades, no sentido de dar orientações quanto ao cuidado com a pessoa enferma. Assim, trabalha muito com os familiares a respeito da importância do acolhimento de modo a paciente e família perceberem “*o espaço da psicologia como seu espaço, que entende as suas necessidades, como entende também o que essa família tem sofrido*” (comunicação verbal, Marques, 2018).

O psicanalista ou o psicólogo pode ainda desempenhar um papel didático na condução desse contato com o sujeito. Diz-nos Rayanne Marques:

Têm pessoas que a gente precisa estar atendendo junto mesmo para que eles possam se espelhar na nossa forma de comunicação com o paciente e eles possam reproduzir. Até para eles poderem se apropriar dessa crença de ver o paciente com possibilidade

de manter autonomia, então a gente precisa trabalhar essa questão junto.
(comunicação verbal, 2018)

Nesse quesito, mais uma vez, uma situação inusitada surge para o psicanalista. A despeito de Freud tantas vezes ter insistido na recomendação de que o analista não deva assumir um papel pedagógico no tratamento tipicamente psicanalítico (Freud, 1996 [1912]). No caso da clínica na ELA, vemos que a exposição do seu trabalho aparece até mesmo ser didático de como a família e os cuidadores podem lidar com o paciente, inclusive e primeiramente no aspecto da comunicação. Curiosamente, o inverso também acontece, quando são os cuidadores e familiares que ensinam o psicanalista a interagir com essa pessoa privada da fala e dos movimentos. Dessa forma, queremos afirmar que, se com Ferenczi (2011[1909]) especulamos sobre a experiência da análise mútua, aqui ao vermos compartilhadas as abordagens comunicativas de psicanalistas, familiares e cuidadores, estamos diante de uma aprendizagem mútua. São todos esses fatores que o terapeuta deverá levar em conta no momento em que for estruturar seu método de intervenção.

A questão do lugar onde se dá esse atendimento novamente aparece como um fator crucial. Exceto em situações de intercorrência, em um estágio terminal da doença ou por falta de condições financeiras, o paciente vivenciará todo o processo da doença em casa. A maneira como essa família recebe o terapeuta facilita em muito o seu trabalho, mas também pode o comprometer. Trata-se de uma das muitas variantes práticas com as quais o psicanalista deve contar para o desenvolvimento dessa clínica.

Pela dinâmica da doença, as consultas institucionais também terminam por se verter em atendimentos domiciliares, o que pode acarretar problemas, mas também surpresas. Acompanhar esse percurso do paciente nos faz pensar na figura de um psicanalista itinerante. Nesse sentido, aludimos ao trabalho de Santos (2013) que apresenta uma interessante e bem pouco conhecida clínica do Acompanhamento Terapêutico – tratamento psicológico que faz do cotidiano do paciente o local da intervenção – orientado psicanaliticamente, voltado a pacientes neurológicos. Apesar de que não se é possível transpor diretamente a técnica psicanalítica à modalidade do Acompanhamento Terapêutico, seu caráter híbrido relaciona-se a um manejo do vínculo e escuta da subjetividade dentro da rotina cotidiano do paciente. Torna-se assim um instrumento útil para reabilitação de pacientes neurologicamente comprometidos, sendo um campo de intervenção a ser explorado. Opinamos que a aplicabilidade do método à especificidade do paciente de ELA parece também oportuna.

5.3 Na prisão, uma porta de entrada

O espaço temporal entre a notícia do diagnóstico – quando geralmente o paciente passa a ter algum tipo de acompanhamento psicológico – e a fase avançada da doença marca o tempo da relação entre psicanalista e o sujeito acometido pela ELA. Para este paciente, a evolução da doença é vivenciada de maneira singular em cada uma de suas etapas, indo de uma simples dor muscular, presente no primeiro estágio, até a falência respiratória no final do processo. Enquanto o sujeito passa pelas diversas perdas durante seu processo de enfrentamento da enfermidade, parece haver uma intensificação do contato com o seu passado, por meio de lembranças, divagações, saudosismos.

Concluimos isso de acordo com o que disseram os profissionais sobre a continuidade dos atendimentos. Essa introspecção regressiva acontece no contexto da relação clínica, quiçá provocado por ela. Repetidas vezes os entrevistados aludiram a um “olhar psicanalítico” ou “uma escuta psicanalítica”, por meio dos quais buscam entender o paciente na atualidade, a partir das relações que foram estabelecidas por este no passado, ou seja, a partir das vivências que traz de sua história.

Essa posição de escuta do psicanalista é também evocativa. Valendo-se dessa brecha que a doença abre para uma arqueologia de conteúdos sob a superfície mostrada como sofrimento físico e imediato, o psicanalista nada procura; antes, se deixa encontrar. Notadamente, aqui entra em cena o dinamismo da transferência, a qual, uma vez instalada, engaja o paciente no tratamento. Apesar de que a noção de transferência é fruto primeiro do pensamento de Freud, Ferenczi lhe acrescentou significativas contribuições, como o sentido de que a atitude do psicanalista não precisa necessariamente ser passiva, uma vez que a análise lhe exija outra posição. Na circunstância atípica de um atendimento junto a pessoas acometidas de ELA, cabe dizer que

A situação do médico no tratamento psicanalítico lembra, sob muitos aspectos, o do obstetra, que também deve, tanto quanto possível, comportar-se passivamente, limitar-se ao papel de espectador de um processo natural, mas que, nos momentos críticos, terá o fórceps ao alcance da mão para terminar um nascimento que não progride espontaneamente (Ferenczi, 2011, p. 412).

Muitos depoimentos apontaram para esse movimento interessante da relação do paciente com a ELA. O início do processo é marcado pela onipresença de um discurso sobre a doença. O impacto do diagnóstico assume uma centralidade no contato terapêutico, o que segundo Angélica Duarte “é normal”. Porém, com o passar do tempo, essa ênfase vai se desvanecendo. Conta-nos a psicanalista que no início sua paciente falava muito sobre o que

estava acontecendo, com ênfase nas perdas. A profissional supõe que esta é a fase inicial de toda doença grave, quando o sujeito já sabe o que lhe vai acontecer. Acrescenta que, atualmente, fala coisas do cotidiano: *“Hoje já não fala mais da doença. Da doença em si, ela já não fala mais praticamente nada”* (comunicação verbal, Duarte, 2018).

Em outro contexto, e a partir de sua experiência com dezenas de pacientes, Felipe Gomes traz uma perspectiva praticamente idêntica: *“No primeiro momento, nos primeiros contatos com o paciente, ele vai falando sobre a questão da doença e depois isso some no decorrer do tempo”* (comunicação verbal, Gomes, 2018). Em detrimento da queixa da doença, sobrevém a questão do histórico pessoal do paciente e sobre essa escuta que o psicanalista trabalha, no sentido de ouvir, no sentido de acolher. Logo compreende que esses conteúdos *“ficam acoplados a todo esse histórico da vida”*, o que acaba se *“presentificando”* como uma somatória. Dessa forma, a doença serve como uma espécie de disparador de um diálogo. Após algum tempo questões mais íntimas vêm à tona dentro dessa relação.

Sônia Barros disse ter recordado em especial de uma paciente que trazia questões diretamente relacionadas à vida dela como um todo, não sendo somente a doença uma questão para ela e sim *“um limite para algumas coisas que colocava”*. Ilda Soares foi ainda mais categórica em colocar a ELA como uma porta de entrada, ao que comenta, a partir de sua experiência, como foi interessante observar que nos primeiros atendimentos, os pacientes falavam somente da ELA. Por ocasião de um terceiro e quarto encontros, o diálogo passava para outro plano, onde emergia a *“essência da pessoa”*, a qual diz nomear de dramas humanos. Trata-se de problemáticas da existência em seu cotidiano: problemas no casamento, com os filhos, etc. Essa era uma vivência clínica, uma vez que *“a ELA sempre foi uma porta como poderia ser qualquer outra, para você adentrar as questões daquele indivíduo”* (comunicação verbal, Duarte, 2018).

Dessa reiterada afirmação de que, no encontro com a escuta do psicanalista, a ELA em si deixa de ter centralidade na vida das pessoas nos dão duas importantes provas da relevância dessa clínica. Em primeiro plano, com Lacan, corroboramos a soberania da linguagem evidenciada pelo dispositivo clínico. Em segundo lugar, em termos ferenczianos, é essa presença sensível do psicanalista que propicia ao paciente buscar ressignificar traumas remotos, ainda que não sexuais, desfazendo a confusão das línguas muitas vezes experienciadas na infância deste último (Osimo & Kupermann, 2012).

Contudo, a realidade do limite dado pela anartria é indissolúvel, conclusão asseverada por todos os entrevistados, com ênfases diferentes. A maneira como se lida com esses limites torna-se o diferencial na atuação do psicanalista. Flexibilizar-se às possibilidades

comunicativas, adaptar-se às vicissitudes do atendimento, suportar a tensão da circunstância são atitudes que traduzem o movimento de posicionar-se de modo diferente. Essa exigência se dá sobretudo quanto ao desafio de lidar com o silêncio imposto pela patologia, um “*silêncio concreto*”, na expressão de Sônia Borges. Não se tratando de uma resistência, o caminho que se apresenta como saída, segundo a psicanalista, é conhecer a história de vida do paciente, o que é próprio de qualquer processo psicanalítico.

“Eu acho que a técnica realmente fica muito limitada. A gente tem que fazer adaptações, a gente acaba tendo que falar um pouco mais, tendo que se posicionar de outra maneira para poder dar conta daquele silêncio, que não é silêncio como é entendido num paciente que fala, tem um outro sentido. Não é pura resistência, ele não está calado, refletindo sobre alguma coisa, organizando-se psiquicamente; é um silêncio concreto, é um silêncio real. A gente vai ter que trabalhar com esse silêncio na medida que a gente pode resgatar, daquilo que a gente sabe da história dele”. (comunicação verbal, Borges, 2018)

O silêncio determinado organicamente é aquele que acabará por servir ao real, aquilo que escapa à representação, um resto que escapa do simbólico? Rata-se de uma hipótese, uma vez que, nesse caso, o silêncio o qual aqui não é resistência, apresenta-se, parece-nos, mais com um fechamento do que como uma senda, na tentativa de resgatar os significantes que a disartria-anartria encerra no corpo do paciente. Acreditamos que a saída desse impasse de comunicação encontra-se na teia da linguagem, esta que arqueira o próprio inconsciente como discurso e sintoma. Em um de seus textos seminais sobre a técnica, *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*, Freud (1996 [1912]) aponta a natureza comunicacional de análise, proposta como uma troca de informação entre os psiquismos do paciente e do analista. Tal perspectiva explicita o jogo terapêutico é relacional em sua essência e, de lado a lado, transmissivo pelas palavras, mas também sob os contornos delas. Com efeito, o silêncio pode ser visto desde que o olhar possa ser escutado, na trama transferencial.

Borges relata-nos que uma paciente tinha consciência do quanto a psicanalista conhecia a história dela, pela experiência do compartilhamento, inclusive conteúdos íntimos e muito particulares. Esse conhecimento comum dava à psicanalista a dimensão do quanto significava aquele estado de impotência para aquela mulher. Ou seja, o que foi possível trabalhar quando ela estava “enclausurada” foram os significantes confiados quando ainda podia falar. Sônia Borges se coloca com a tarefa terapêutica de compreender a vivência daquela travessia, pensando as questões narcísicas envolvidas e as pulsões presentes. Crava que a leitura teórica do caso é tarefa do psicanalista e não do paciente, com isso minimizando a relevância de caracterizar seu trabalho como psicanalítico ou não. A história do psicanalista

também incide na clínica silente, pois, segundo Sônia, “*o trabalho acontece de acordo com a técnica se você tem, com aquilo em que se acredita, com aquilo que é a sua trajetória clínica*” (comunicação verbal, Barros, 2018).

Se é o trabalho com a transferência que permite ao psicanalista adentrar até certo ponto na prisão no próprio corpo do paciente, a afetação é recíproca. A contratransferência assume um papel primordial, quando um psicanalista ousa fazer uma clínica junto a sujeitos acometidos pela ELA e com isso supor a palavra sonora deslocada do lugar de dogma e limite da técnica (Zambelli et al., 2013). A maneira como o psicanalista se mobiliza frente a um sujeito vitimado por uma doença neurodegenerativa e de enfrentamento tão difícil é um componente a mais na resposta contratransferencial, a qual o encontro analítico sempre provoca.

É importante situar que o entendimento acerca da contratransferência e, portanto, de seu manejo antagoniza as posições de Freud e Ferenczi. Sendo este fenômeno a manifestação da transferência por parte do analista, o pai da Psicanálise pouco se ocupou dele e, quando o fez, foi invariavelmente no sentido de tratá-lo como um permanente problema. Nesse sentido, a contratransferência seria um obstáculo à escuta e ao processo analítico como um todo, tal qual uma resistência que precisaria ser controlada e transposta. Ferenczi, por sua vez, praticamente reinventa essa posição do psicanalista a partir de sua experiência clínica com pacientes graves e difíceis, os quais tipicamente Freud não costumava tratar. Para o húngaro, a amabilidade e benevolência do analista o precavam de um afastamento excessivo deste, o que empobreceria uma compreensão empática do paciente.

De acordo com Ilda Soares, os pacientes, quando ainda falam, dizem que a possibilidade de não conseguirem mais se comunicar um dia por conta da doença é sua maior aflição. Perguntam: “*Como é que eu vou fazer? Como vou me comunicar?*”. Responde a psicanalista que é pela convivência, do “*estar junto*”, que essa comunicação se viabiliza, quando a fala não mais estiver disponível, sendo construído um canal com esse objetivo anteriormente. Esse lugar onde psicanalista e paciente de ELA estão juntos, suspeitamos, é sustentado pelo trânsito das transferências nessa relação que é, necessariamente, intersubjetiva, uma vez que uma presença sensível e afetiva do psicanalista – sob uma ótica ferencziana – pode suprir as lacunas deixadas pela ausência das palavras. Vimos e comentaremos que artefatos e tecnologias podem até suprir a comunicação, mas sem uma presença cadenciada como ora implicada, ora reservada, e segundo uma metapsicologia do

cuidado¹⁹ (Figueiredo, 2007), a linguagem enquanto encontro não acontece.

Esses elementos podem ser deduzidos também nas colocações de Felipe Gomes, para quem é o estar junto que ensejaria a abertura de um caminho para um trabalho terapêutico. Pelo que analisamos, nesses momentos é como se sua presença fosse a própria linguagem do analista. Gomes relata que em muitas situações de atendimento domiciliar encontrou o paciente indisponível para o atendimento, simplesmente por que ele não queria. Disse que o máximo que podia era aceitar e permanecer sentado, acompanhando o paciente ao lado dele: “(...) não mais do que isso. A gente não abriu a boca, só ficou um perto do outro, ponto. Foi o máximo que ele pôde aguentar naquele momento”. O psicanalista define sua atitude como de respeito, uma vez que se absteve de ser invasivo com perguntas como “Mas, o que você tem? Por que você não quer falar?”²⁰. É categórico em dizer que, mediante a recusa do paciente em falar num determinado momento, não se deve interferir. Defende que nessas ocasiões resta dizer: “Estou vendo que hoje realmente você não está disponível para falar” e deixar em perspectiva o encontro seguinte.

Reiteradamente os profissionais lembram que, desde o momento em que o paciente de ELA já não consiga verbalizar afetos e pensamentos, o trabalho terapêutico torna-se bastante difícil. Contudo, podemos problematizar: não seria a barreira imposta pela limitação física um pretexto para a resistência do paciente? Essa questão se relaciona com a atitude relatada de alguns pacientes que, eventualmente ou de um momento em diante, recusam-se a qualquer forma de comunicação com as pessoas no ambiente à sua volta, como aludido anteriormente por Gomes.

Uma cena muito parecida foi apresentada por Ângela Duarte, na qual situamos um silêncio dentro do silêncio. Ao trazer uma cena em que o cursor piscando na tela de seu computador enquanto a paciente escrevia, parava de escrever e reescrevia. Diz que neste momento teve certeza absoluta de que a paciente estava em silêncio. Sentiu a necessidade de refletir sobre a questão do silêncio em psicanálise, enquanto permaneceu escutando “*mesmo no silêncio*”. A psicanalista passou várias sessões sem falar nada até o horário em que dizia: “*Terminou a sua sessão*”. Um dia, a paciente começou a se comunicar, após um período, e ao retomar esse contato admitiu para a psicanalista que estava muito mal, pois haviam surgido

¹⁹ Segundo o referido autor, presença implicada (acolher, reconhecer e interpelar) e presença reservada (dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões excessivas as diversas faces do cuidar) expressam faces do cuidado relativas à necessidade de equilíbrio dinâmico de quem faz as vezes de cuidador, isto quando se está atento próprio narcisismo.

²⁰ Mesmo se referindo a pacientes já em estado de anartria, os profissionais em seu relato indistintamente se utilizavam do verbo falar, ao se referir a quais outras formas de comunicação dos pacientes.

muitos questionamentos em relação à sua própria condição de dependência física, a qual lhe incomodava profundamente.

Percebemos que Ilda Soares diverge da presença silenciosa referida anteriormente por Felipe Gomes e Ângela Duarte.

Mas a aplicabilidade mesmo da escuta propriamente dita fica muito comprometida em algumas etapas da doença. Você não podia simplesmente ficar calado, não é possível. Havia um momento em que o paciente realmente se comunicava e alguma coisa era trabalhada. Mas em um determinado momento, não mais (comunicação verbal, Soares, 2018)

Para Ilda Soares, o trabalho junto ao sujeito acometido pela ELA não é de consolar, de dar uma forma ou enquadrar o sentimento, o que caberia mais à psicologia. A psicanalista foi enfática em afirmar que há uma clara distinção entre a escuta propiciada pela Psicanálise e a escuta oferecida pela psicologia, sendo esses lugares diferentes. Temos aqui uma colocação bastante questionável, uma vez que a propositura desse trabalho passa pela desmistificação do saber psicanalítico como superior em si mesmo. Em seu argumento, Soares ressalta que em sua escuta deixava fluir, a pessoa falar, chorar, voltar, trazer o que aprouvesse coisas, e muitos sonhos, com os quais trabalhava intensamente.

5.4 Para além do *setting*: tecnologia a favor da clínica

Já vimos que ao longo de sua história a Psicanálise ultrapassou radicalmente seu *setting* tradicional, paradigmático dos tempos em que sua prática se restringia a um “tratamento de neuroses”. Uma psicanálise é definida pela presença de fatores técnicos, mas não tangíveis, tais quais a interpretação, a díade transferência/resistência, e, especialmente da parte do analista, da abstinência e da neutralidade (Freud, 1996 [1914-1916]). No entanto, examinar uma possível configuração psicanalítica em uma situação tão peculiar como a do atendimento de pessoas com ELA, requer considerar os diferentes contextos em que se dá a atuação do psicanalista.

Esses contextos também podem se transmutar em distintos formatos, a depender do estágio da evolução da doença e de outras variáveis, como, por exemplo, o poder aquisitivo do paciente e da família. De forma geral, o processo da ELA é vivenciado sobretudo no ambiente familiar, passando a residência a ser um local projetado para as necessidades às quais o sujeito tem de se adaptar. Esses ajustes no ambiente incluem vários aspectos do tratamento, como privacidade do paciente, acomodação de cuidadores e a reserva de espaços para momentos específicos, como um atendimento psicoterapêutico, por exemplo. No

extremo, o paciente pode estar já em *homecare*, traqueostomizado, com sonda nasogástrica, utilizando-se ou não de cadeira de rodas, tecnologias assistivas de comunicação, etc. Todavia, na medida em que estamos nos interrogando acerca de uma clínica possível junto a pessoas acometidas pela ELA, essas condições específicas – de um ponto de vista prático – reforçam a exigência de uma capacidade criativa e disponibilidade sensível do psicanalista.

À exceção de Ângela Duarte, os demais entrevistados têm ou tiveram a experiência de atender anos a fio e a dezenas de pacientes em ambulatórios, instituições, universidades e a domicílio, quando não supervisionando outros profissionais e estudantes. Rayanne Marques pontua que as consultas na instituição passam por muitas regras, determinadas pelas questões burocráticas. Frequentemente, porém, estende seus atendimentos a outros espaços, ainda que não de forma sistemática, como quando ocorre alguma hospitalização ou intercorrência. A psicóloga citou o exemplo de um paciente que costuma visitar esporadicamente fora de suas atribuições, um homem que entrou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para ser traqueostomizado e, por não ter plano de saúde, permaneceu desde então vivendo no âmbito do hospital. Para Felipe Gomes, é imperativa a questão da construção de um *setting* específico e, no que tange à sua conduta como clínico, frontalmente de encontro a posturas diretivas, com base em sugestões ou dicas do que o outro deveria fazer.

O estágio avançado da doença implica ao sujeito acoplar a seu corpo uma série de dispositivos que lhe auxiliam nas funções mais vitais: alimentação (sonda nasogástrica), respiração (respirador ou BiPab) e, eventualmente, computadores como *tablets* ou *smartphones* com programas especializados, no tocante à comunicação. É de se supor que para o sujeito os efeitos psíquicos de ver o próprio corpo dependente de próteses para manter-se vivo são de significativo impacto para sua imagem corporal. Contudo, é importante ressaltar que essas tecnologias assistivas podem ser extremamente importantes para o estabelecimento de uma clínica. Em países desenvolvidos e também no Brasil diferentes tipos de *softwares* e aplicativos contribuem para a diminuição da dependência de terceiros e uma maior autonomização dos sujeitos.

Do ponto de vista da fonoaudiologia, área especializada na voz humana, pessoas com deficiência de fala deverão se socorrer dentro da chamada Tecnologia Assistiva das estratégias promovidas pela comunicação alternativa (ampliada) ou suplementar. Trata-se de sistemas de comunicação atualmente bastante refinados pelo desenvolvimento da computação em sua aplicação a problemas da fala e comunicação. Os dispositivos são planejados com o claro objetivo de promover maior qualidade de vida, por meio da autonomia do sujeito. No caso do atendimento psicanalítico da ELA, vislumbramos esse cenário como um modo

peculiar do psicanalista adentrar a era dos *gadgets*.

Não temos informação do subtipo de ELA da paciente de Ângela Duarte, mas segundo o relato desta, as dificuldades com a fala estiveram presentes desde o início da doença. A um dado momento do avanço da disartria, coube à própria psicanalista a iniciativa de oferecer à sua paciente um *tablet* como ferramenta para que ela continuasse a se expressar. Entendemos esse gesto como um socorro lançado à linguagem. Mais adiante, a paciente adota o seu próprio *smartphone*. O uso de algum *software* - um programa computacional - tornou-se e permanece sendo o instrumento da comunicação que permite que a análise aconteça.

Lembra Duarte que no decorrer desse processo, *“enquanto sentia que o tablet era grande para mim, percebi que seria mais confortável para ela”*. Introduziu essa ferramenta na sessão – com a aprovação imediata da paciente – por não estar conseguindo compreender bem o que ela falava. A estratégia tanto seria viável que ela começou a usar o seu próprio *smartphone* em casa, prática inédita até então. À época, fazia um esforço enorme no sentido de falar, ao que experimentava bastante sofrimento, porque as pessoas não entendiam o que ela falava. Em um diálogo franco, a psicanalista explicou que, de fato, aquela incompreensão estava acontecendo, ao que pontuou entender seu sofrimento e braveza. Foi mais longe e se colocou no mesmo patamar daqueles que faziam o entorno da paciente, ao lhe confessar a verdade: *“Eu realmente não estava conseguindo entender e eu acreditava que os filhos dela também não, que o marido dela também não, que os empregados também não. Então como é que a gente ia proceder?”* (comunicação verbal, Duarte, 2018).

Observamos o quanto a problemática da comunicação permeia toda a discussão em torno da possibilidade ou não de uma clínica de viés psicanalítico. Por outro lado, percebemos que há uma determinação por parte de todos os envolvidos no processo – do psicanalista ao paciente, passando por familiares e cuidadores – a buscar encontrar ou combinar formas de contato que viabilizem alguma condição de comunicabilidade. Ilda Soares aponta que o método depende de um poder aquisitivo do paciente, que podem fazer uso de computador, de tabelas de comunicação ou simplesmente usar o piscar dos olhos. Porém, isso é relativo; há pacientes com acesso financeiro que não queriam tecnologias sofisticadas, enquanto outros, mais pobres, queriam tanto possuir aquele tipo de recurso que conseguiam por meio de doações de instituições.

Podemos deduzir que a presença de um algum artefato tecnológico, embora de valor incontestável, não é uma condição absoluta para a comunicação no tratamento. Rayanne Marques defende uma construção, junto à família, de um fundamental trabalho de interdisciplinaridade, uma vez que, em sua opinião, não é possível pensar num atendimento

totalmente particular do paciente separado dos familiares. Dessa forma, é imperativo que haja coesão, a começar pela discussão com a equipe, para poder atender o paciente em sua totalidade. Reforça que a falta de comunicação tem relação direta com o atendimento psicológico e na condição do paciente se sentir acolhido e com condição de investir, com significado, em sua própria reabilitação. De seu depoimento: *“Não há sentido tem se as pessoas compreendem o sujeito, se este não pode falar o que quer, o que deseja, se os outros não o podem ouvir”* (comunicação verbal, Marques, 2018).

Também pela ausência de maiores recursos tecnológicos, Rayanne Marques e Vera Lima pontuaram que os desafios são constantes, como na inviabilidade de pacientes não alfabetizados que perderam a fala em não poder construir frases com as pranchas alfabéticas. Nesses casos, a saída é usar pranchas com figuras, como de alimentos, utensílios, além dos verbetes objetivos como o “sim” e o “não”. Em todo o caso, uma investigação é feita com a família acerca do que é necessário para que essa interação se estabeleça compreensivamente.

Segundo estudo de Pontes et al., (2010), a aplicação de diferentes investidas no campo da fonoaudiologia demonstrou ser relevante na reabilitação de pacientes com ELA, uma vez que, com o avanço da doença, o fonoaudiólogo orienta o paciente sobre como preservar e/ou diminuir as dificuldades de deglutição e fonação. Como essa detecção precoce dos distúrbios proporciona a avaliação dos prejuízos funcionais e o planejamento dos fonoaudiólogos, a aproximação e o diálogo do psicanalista e dos psicólogos com a clínica fonoaudiológica podem ser de grande valia para esse *setting* ampliado e interdisciplinar. Com as tecnologias existentes e outras estratégias mais acessíveis aos pacientes, um trabalho psicanalítico passa a ser um uma possibilidade efetiva.

5.5 Comunicação: entre alternativas e alteridades

Estamos acompanhando que são diversas as sendas pelas quais o psicanalista pode estabelecer alguma forma de diálogo e, por conseguinte, de vínculo, atado pela técnica, via transferência, na linguagem, como motivos ou como meios. A comunicabilidade, especificamente, está condicionada ao estágio da doença, às possibilidades materiais de tratamento, ao local onde o paciente se encontra, etc. Mas a personalidade, o modo de funcionamento de cada sujeito, a adaptação a um ou outro recurso (tecnologias, comunicação alternativa, nível de movimento preservado etc.), somada igualmente às habilidades e, sobretudo, à pessoa do analista – sua disposição e sensibilidade, como depreendemos de Ferenczi (1990 [1932]) – são fatores igualmente imprescindíveis a serem levados em conta quanto à possibilidade ou não de uma clínica psicanalítica junto a pacientes de ELA. Nesse

momento, sem maiores inserções teóricas, elencamos algumas falas dos entrevistados que nos dão pistas das alternativas e alteridades – diferenciações singulares – no encontro da Psicanálise com o sujeito anártrico, dito prisioneiro em seu próprio corpo.

Como instrumento preferencial das equipes de saúde, as estratégias da comunicação alternativa são apresentadas ao paciente de ELA como um primeiro caminho no sentido de viabilizar a expressão da própria vida. Rayanne Marques lembra que não é “*só um corpo que precisa de mecanismos práticos de cuidado*”, uma vez que há uma tendência de instabilidade de seu estado emocional com a disartria/anartria. Embora o instrumento seja uma construção da equipe com o sujeito, é ele quem poderá se sentir dando as coordenadas de seu cuidado, num exercício de autonomia, pelo qual sinaliza como foi o dia, o que lhe incomodou, algo que ouviu da equipe médica na ausência dos familiares e que lhe angustiou. Sustenta que o atendimento deve ser pautado nos conteúdos trazidos pelo sujeito, de modo que seja possibilitada uma elaboração dentro de sua condição.

O trecho a seguir, do depoimento de Sônia Barros, refere-se a uma paciente cujo processo demonstra o quanto o avanço da doença se torna paulatinamente um impeditivo para o trabalho do psicanalista:

Essa paciente que eu atendi durante muito tempo, que eu acompanhei ela do início ao fim, literalmente, fui vê-la inclusive no hospital antes de (ela) morrer. Era uma paciente desse processo de homecare. Eu pude acompanhar realmente um trabalho analítico. Só que chegou um ponto em que ela não falava mais, ela escrevia. Escrevia mal, com muita dificuldade, babando em cima do papel e tinha que trocar... e seca... e escreve com a mãozinha toda torta, com aquele negócio para ajudar a segurar a mão, uma coisa que a terapeuta ocupacional botava para ela. A fisioterapia para ajudar a dar firmeza na mão para escrever e chegou um ponto que nem isso mais era possível. E nesse momento, que nem isso era possível, eu acho que havia aí sim, uma coisa que não é da psicanálise, mas que era o possível fazer naquele momento de estar ali. [grifo nosso] (comunicação verbal, Barros, 2018)

Em um raciocínio que atrela a importância da singularidade às condições concretas de cada paciente, Rayanne Marques aponta a clínica da ELA no que se refere também à comunicabilidade como baseada em um “*olhar do social*”. Explica a psicóloga que é preciso se apropriar dos recursos dos demais profissionais da equipe, mas também do que está dentro das condições e da adesão dos pacientes e familiares. Todos os entrevistados de atuação institucional afirmaram utilizar-se corriqueiramente dos métodos alternativos de comunicação, o que nem sempre é garantia de êxito com todos os pacientes.

A comunicação alternativa ou suplementar refere-se às estratégias da Fonoaudiologia de usar quadros e pranchas, alfabéticos ou visuais, ou qualquer outra possibilidade que o

sujeito encontre. Vera Lima é bastante assertiva ao apontar que o profissional de psicologia deve buscar auxílio não somente com a fonoaudiologia, mas também da Terapia Ocupacional. O trabalho do fonoaudiólogo pode não ser eficaz às vezes por conta de uma necessidade de adaptação quanto à motricidade, a qual define a estratégia da comunicação, pois às vezes sequer o *tablet* será resolutivo, pela falta de coordenação fina. Para que esse acolhimento aconteça é preciso se articular interdisciplinarmente para uma comunicação mínima.

É necessário que o profissional esteja sempre estudando para buscar possibilidades outras de estabelecer uma comunicação. Rayanne Marques acredita que o acolhimento vem com a identificação das necessidades que o paciente expresse. São diversas as formas por meio das quais essa comunicação se torna efetiva. Na medida em que essa perda da fala vai acontecendo, busca-se se apropriar de outras possibilidades de linguagem.

Ainda na acepção de Marques, é possível atender o paciente, dar o suporte psicoterapêutico necessário a despeito da ausência da fala. Para ela, trata-se de “*uma clínica adaptada, remodelada*”, a qual precisa focar nas necessidades do paciente precisa “*e não se prender a uma mera aplicação de técnicas com base em estudos abstratos*”. Já Vera Lima, supondo o atendimento de um paciente no estado *locked-in*, parece recuar, comparativamente aos demais entrevistados. Diz que não teve a experiência de atender um paciente “*totalmente sem movimento e bem grave*”, até por não haver “*condição alguma*”. Ao explicar a dinâmica da associação onde atua, informa que a um dado momento os pacientes recebem alta, o que na prática indica a proximidade de que eles estejam indo para o *homecare*. Lima acredita que o avanço da ELA faz seu trabalho “*esbarrar realmente em alguns limites*”, mas também que é possível lidar com aquela comunicação nos casos em que o acompanhamento foi iniciado ainda com a linguagem oral preservada.

Em seu depoimento, Vera Lima demonstrou um ponto de vista bastante pragmático quanto à comunicabilidade da ELA, demarcando um limite para uma psicanálise propriamente dita. Ao mesmo tempo em que defendeu essa objetividade, sempre se referenciando ora ao *tablet*, ora às pranchas visuais, ou a qualquer outra forma de comunicação, disse que por intermédio desses recursos, usa o método psicanalítico. Tenta não se restringir somente à comunicação suplementar, de modo que se ainda há algum resquício de linguagem oral, tenta mesclar os diferentes meios.

Para as psicólogas, a comunicação alternativa, física ou digital, permite ao paciente se manter em condição de narrar suas necessidades, lhe auxiliando a permanecer sua autonomia de sujeito, o que oportuniza o atendimento psicológico. Felipe Gomes aponta que a entrada da comunicação suplementar/alternativa via tabela deve ser tentada antes de o sujeito perder a

fala, com um trabalho profilático. Como algumas vezes o paciente já chega ao serviço sem a fala, quando há a oportunidade de perceber que a voz do paciente começa a ficar pastosa, começa-se gradativamente a apresentar a possibilidade do uso da tabela para se manter uma comunicação. É colocado claramente para o paciente que, dentro da evolução da doença, uma das possibilidades é que ele perderá a fala, ao que resta planejar e antecipar alguma estratégia para que ele possa se habituar com a nova forma de se expressar.

O psicanalista Felipe Gomes afirma já ter vivenciado a experiência mesmo com o uso da tabela, na medida em que uma ligação vai sendo construída com o paciente, por meio de uma intimidade de poder perceber o que este sujeito está querendo lhe expressar. Hesita em dizer, mas supõe que se trata de *“uma coisa intuitiva que vai acontecendo onde você sabe o que ele quer falar para você”*. Para não cair em erro, deve-se perguntar: *“É isso que você está querendo dizer?”*. A ajuda do cuidador será decisiva, *“por que o cuidador tem um tipo de intimidade que muitas vezes ele sabe o que o paciente está demandando e a gente no convívio, também”* (comunicação verbal, Gomes, 2018).

Aqui temos um ponto crucial no que concerne à comunicabilidade com o paciente anártrico, primeiramente por parte do cuidador, mas estendida à relação com o profissional. O psicanalista afirma que às vezes intui conteúdos do paciente, para além da tabela de símbolos, a partir da ligação que tem construída com ele. A ideia de intuição que se traduz por pressentimento e dedução não estaria aqui mais próxima de uma tentativa de adivinhação ou, mais ainda, expressão de uma posição especulativa ou mesmo totalitária? Como pode um analista saber o que o outro quer, a não ser na suposição do outro de que ele saiba, conforme nos ensinou Lacan? Por outro lado, não seria a própria associação livre e toda a prática interpretativa que lhe é correlata um método de intuição? A encruzilhada técnica que temos aqui é: um paciente que absolutamente não fala dependendo de uma outra pessoa que, para a escutar, fale por ela.

Insiste Gomes que um problema comum com o cuidador é que ele muitas vezes fica tão ansioso em compreender o paciente *“que tenta adivinhar o que o este vai falar”*. Tal comportamento deixa o paciente bastante irritado, quando não é compreendido e a ajuda se torna um atrapalho. Abre-se outro viés para o psicanalista/psicólogo trabalhar com o cuidador e com os familiares, ao intervir nessa angústia e nessa ansiedade: *“Então, para tentarem dar conta da angústia, eles começam a antecipar uma coisa que não é (...) Irrita muito mais o paciente neste sentido”*, mas a intimidade permite perceber o que ele quer dizer. O psicanalista explica que certamente o uso da tabela exige toda uma paciência para poder juntar linha a linha, letra a letra, na construção da palavra. *“Às vezes ele pisca ou antes ou*

depois, então você tem que retomar e, para isso, a gente faz um trabalho com o cuidador". Trata-se de orientá-lo de que é preciso ter grande paciência, com fins de que haja uma comunicação mais efetiva, *"para que nem você fique desgastado e nem o paciente também fique, porque nesse caso não estamos em nível de conversa, e sim em nível de irritabilidade"*. Perguntamo-nos, no entanto, sobre como garantir que o psicanalista também haja como adivinho, não tenha paciência e se irrite com ele quando a compreensão não ocorrer plenamente? E qual nível de intimidade é necessária para que a barreira da anartria seja ultrapassada?

Felipe Gomes ressalta que a técnica, método e estratégias usadas na clínica da ELA não são especificamente da Psicanálise, pois a tentativa primeira é oferecer a tabela de comunicação suplementar ou alternativa. De início, busca-se verificar se o paciente aceita tal intervenção, uma vez que antes de introduzir esse instrumento, há um trabalho no sentido de que a pessoa consinta o uso da tabela, o que muitas vezes não é tão simples. A tabela é a comprovação de que o sujeito perdeu ou está perdendo a fala; é mais uma constatação dos limites da deterioração que a ELA lhe traz entre outros, porém com um peso talvez maior. *"A preocupação maior que a gente viu durante esse tempo todo que nós coordenamos o projeto, foi a questão de o momento em que a fala vai embora"* (comunicação verbal, Gomes, 2018). Pesa a pergunta sobre como será possível se comunicar. Quando o paciente concorda com o uso das tabelas, certamente a comunicação torna-se mais acessível, contudo, isso passa por uma negociação: *"É um trabalho árduo... Foi a maior angústia que a gente pôde perceber e tiveram pacientes que se recusaram terminantemente a usar a tabela"* (comunicação verbal, Gomes, 2018).

Contudo, por mais sofisticada que seja a tecnologia usada por um paciente de ELA, ou por quem esteja em um quadro similar de *locked-in syndrome*, será necessário um mínimo de motricidade. No caso dessa paciente, o comando era dado pela íris. Após muitos anos desde o surgimento da doença, a pálpebra responsável pelo comando do programa está cansando, não mais se sustentado em função da fadiga do músculo. Quanto a esse ponto, a entrevistada diz que *"está cada vez mais difícil"*, mas logo é categórica em reiterar: *"A minha proposta é escutar"*.

Ângela Duarte registra que sua paciente teve um processo acelerado de completa perda da voz, mas que a expressão foi dificultosa desde o começo. Desprovida da fala, a paciente adotou a tecnologia introduzida pela psicanalista e *"passou a usar o smartphone para todo mundo"*. Surpreendentemente, a forma de comunicação instituída na relação com a psicanalista mudou a comunicação da família com o paciente e com todos à sua volta em casa.

Ao se referir especificamente à comunicabilidade dos pacientes que assistiu, Felipe Gomes comentou sobre as consequências dadas pelos diferentes níveis de dificuldade desses por ocasião dos primeiros atendimentos. Afirma que recebia pacientes ainda com a voz preservada e que, nesses casos, o diálogo era mais próximo do comum, sem grandes dificuldades. Havia também os pacientes com voz pastosa, que mal podiam ser entendidos, e pacientes que já não falavam, acompanhados desde o início da fala normal até o óbito, ou seja, ao longo de toda a evolução dessa degeneração progressiva.

Durante toda a entrevista, a psicanalista Ângela Duarte ao se referir à sua paciente repete: “*ela fala*”. Temos conhecimento pelo próprio relato que esta paciente já não consegue absolutamente articular palavras. Mas a naturalidade com a qual Ângela indica que sua paciente “fala” faz-nos pensar que, de fato, para uma escuta genuinamente psicanalítica, não há diferença entre a emissão da voz, o manuseio de tabelas da fonoaudiologia, ou a digitação em uma tela comandada por um último músculo ativo.

Feitas essas considerações iniciais, destrinchadas dos depoimentos dos psicanalistas e psicólogas, vislumbramos cada um desses pontos como uma condição particular e paradigmática da clínica psicanalítica possível na ELA. O imperativo do diagnóstico, o cerco dos cuidadores e familiares, as tecnologias assistivas, etc., são parte do universo a ser descortinado pelo psicanalista que se autorize a escutar o sofrimento psíquico do paciente anártrico. Mais do que isso, representam um desafio a ser integrado como aprendizagem na lida de uma clínica difícil. Pelo que já se pôde perceber, o método e a técnica que herdamos da psicanálise freudiana, no que pese a flexibilidade que seu próprio criador nos permite a ela aplicar, são chamados a uma nova racionalidade criativa. De fato, somente a liberdade de escutar inventivamente o outro aprisionado em seu corpo pático pode fazer emergir a fala plena, esta que por sua vez é quem liberta o sofrimento.

Talvez em um primeiro momento a circunstância física do paciente pode induzir o psicanalista a sair de sua posição clínica de escuta. Sob uma inspiração ferencziana, somos convocados a apreender, ainda que por analogia aos seus atendimentos com pacientes refratários, a pensar uma clínica fecunda e mesmo ousada, quando a situação assim exige, como no decurso da ELA. Se há uma fala que se exprime à revelia das circunstâncias é porque o sujeito é capaz de se exprimir na direção da escuta que lhe esteja disponível já pela atitude de seu interlocutor. Há, pois, alguém que escuta o sofrimento psíquico dentro de uma relação atinente ao drama do diagnóstico mortificante, do *setting* transmutado, do tecnicismo inevitável, etc.

Como traremos mais adiante, é nesse espaço analítico da transferência, onde a comunicação que importa é a que abrange a fala e da escuta do inconsciente, que se faz o possível de qualquer clínica que se diga psicanalítica. Esgueirando-se à busca nas sendas do cárcere singular vivenciado pelo sujeito acometido pela ELA, o psicanalista reconhece que pode precisar contar com familiares, cuidadores, pranchas de comunicação alternativa, *softwares*, etc., pois se sua escuta é ativa quando não se deixa recuar excessivamente frente aos impasses que cada psicanálise traz. Com efeito, eis duas tentações contra as quais Ferenczi sempre foi um ferrenho opositor em sua prática: o comodismo e a passividade. Podemos dizer, paradoxalmente, que Ferenczi (1990 [1932]) é um modelo a ser seguido em não se deixar enrijecer por nenhum modelo.

Sob uma ótica lacaniana, começamos a operar, nas reflexões postas até aqui, uma disjunção existente entre fala e oralidade, uma vez que falar é um dom da linguagem e esta, como código da alteridade, é soberana. Observamos que mesmo os pacientes já sem possibilidade de articular palavras são mencionados como sujeitos falantes e isto não é sem razão e tampouco sem consequência. Especulamos que o psicanalista intuitivamente reconhece que o interdito do inconsciente se encontra como diluído no oceano da relação com o Outro, a quem transferencialmente evoca, sustenta e reflete. Por mais atípica que possa parecer, a condição da pessoa acometida pela ELA mais confirma do que confronta o fato de que a linguagem pressupõe o sujeito, porque o antecede e o funda, organizando-o como um arcabouço – uma estrutura.

6 O MOSAICO DA TRANSFERÊNCIA NA ESCUTA DO POSSÍVEL

Esse lugar, essa coisa sem substância, muda, isolada dos seres que assim se sucederam, nós lhe damos, por convenção, o nome físico de olhar. É aí, nesse olhar de ninguém, produzido entre uma escuta e um dizer, que a transferência se realiza e que o inconsciente existe.

Juan David Nasio

Uma definição mais lacônica de Psicanálise apontar-lhe-ia ora como uma clínica da palavra, ora como uma clínica da escuta. Na primeira hipótese, é o sujeito desejante e falante que se põe em evidência; na segunda, a *função* do analista. Uma terceira e conciliatória via nos sugere que uma coisa não se faz sem a outra, sendo, portanto, o *klinei* psicanalítico uma terapêutica de associações, engendrada pelo par analítico, no bojo de uma assimetria dialética sustentada pela transferência. Arqueia-se intersubjetivamente a conjugação de uma fala livre e uma escuta flutuante desta. O elemento inequívoco desse processo é a linguagem, constitutiva do sujeito e do laço com a cultura que o atravessa, a mesma que permite ao analista implicar o sujeito, a quem ouve, na autoria de seu discurso sintomático. Materializado em uma voz que tropeça e confessa, trata-se de um dizer sempre tributário do Inconsciente, este impossível de analisar (Freud, 1996 [1915]).

O paciente no estado *locked-in*, impossibilitado de proferir palavras e, por conseguinte, de ser ouvido acusticamente, requer uma clínica “outra”, capaz de captar o inconsciente senão pela palavra, pelo olhar, pelo gesto mínimo que seja, pela presença de um sujeito desejante. A despeito de sua disartria/anartria e, portanto, do silêncio que não é aquele “sempre presente numa sessão de análise” (Nasio, 2010), o sujeito faz-se presente na transferência, cuja disponibilidade do analista acolhe, em um encontro de linguagem. Desse modo, a posição de inclinar-se interpretativamente à busca de associações do terapeuta é transmutada por uma disposição de co-construir uma comunicação efetiva com o paciente. Se não há fala livre de um prisioneiro em seu próprio corpo, a atenção, até então flutuante, agora pousa sob o mutismo daquele corpo paralisado, porém vívido. É o jogo transferencial quem garante o lugar da linguagem, em uma relação dinâmica e reinventada pela linguagem possível, ainda que por meio da junção de instrumentos distintos.

No encontro entre um psicanalista e um sujeito acometido pela ELA, ainda que falte a fala – e talvez por isso – a linguagem transborda e o clínico atua ativamente. Com efeito, a ausência da palavra não interdita a escuta do paciente anártrico, porque, em Psicanálise, escutar também já é uma linguagem, na medida em que enuncia uma posição. A despeito de uma caricata imagem de um psicanalista frio e distante, herança de uma superada tradição anglo-saxônica, a audição que aprendemos de Freud, a qual ampliamos com Ferenczi e para

qual retornamos com Lacan, é um ato. A força desse ato pode contornar a mais perturbadora afonia, quando o psicanalista, tradutor do corpo do outro, espelha “*o que já não pode de estar falando de maneira alguma*” (comunicação verbal, Duarte, 2018), no paciente de ELA.

Sob uma perspectiva ferencziana, escutar representa uma atitude, a qual enseja uma transferência. Assumir esse lugar de rememoração do outro para o outro apõe o psicanalista no que chamamos uma posição clínica de escuta, no ponto em que técnica e teoria se constituem mutuamente no encontro terapêutico. Se para Freud a preservação da essência da técnica parecia um requisito da própria sobrevivência de seu método e teorização, sua abertura à exploração cuidadosa de campos diversos, até então inéditos ao fazer psicanalítico, permitiu avanços que hoje são mais necessários do que nunca.

Nesse sentido, certa estandardização metodológica deve ser rechaçada como contrassenso no tocante ao estatuto ético da Psicanálise, fiado no desejo e na alteridade. O atual desenvolvimento da clínica psicanalítica tem resgatado o quanto a postura daquele que escuta repercute na implicação daquele que fala. A série de entrevistas aqui analisadas reitera o movimento de ampliar a atuação do psicanalista para além da díade palavra-escuta *stricto sensu*, abrindo espaço para o protagonismo da relação, da comunicação inconsciente, da linguagem enquanto sensibilidade e da possibilidade de outras formas de expressão. À revelia da presença ou não de imagem acústica, esta linguagem tem sua plasticidade própria e, via de regra, possível. Parafraseamos a psicanalista Ângela Duarte sobre a análise de sua paciente com ELA, transcendendo o sentido de fala física: “*Não há [para mim] essa coisa de ela deixar de falar*”.

De acordo com os entrevistados, um dos benefícios trazidos pela presença do psicanalista está na forma de como este se coloca para ouvir o outro para além da palavra. Evidencia-se uma clínica cuja especificidade consiste em sustentar este lugar onde o sujeito acometido possa dizer de si. Apesar de que essa comunicabilidade somente se torna possível com uma atitude pragmática de todos envolvidos no processo, não deverá ocorrer por meio de achismos ou se restringir a um esforço de vontade do terapeuta. No discurso dos profissionais, a Psicanálise, como nomearam, é “*um olhar*”, “*um posicionamento*”, “*uma abordagem*”, a servir de ponto de partida ou de apoio que antepara a escuta de um alguém singular em seu sofrimento e na forma de expressá-lo. Frente à situação crítica desses pacientes, como em toda a análise, é a disponibilidade radical do psicanalista em escutar que faz a clínica possível e, por conseguinte, viável.

Uma vez que as falas dos entrevistados foram de muitas convergências e divergências, tornou-se difícil apontar um denominador comum. Em um primeiro nível, a discussão parece

se centrar sobre a natureza dessas intervenções, se eram ou não psicanálise, se eram uma psicanálise modificada, adaptada ou mesmo se praticável. Recorremos à imagem de um mosaico, na medida em que cada paciente, em sua singularidade e sob várias idiosincrasias, pedia a montagem de um acolhimento diferente. Queremos dizer com isso que, o tratamento psicanalítico de pacientes com ELA utilizar-se-á de quaisquer que sejam os recursos – corporais ou externos – desde que úteis para fazer trabalhar o sujeito do Inconsciente.

Abramos um parêntese para evidenciar o porquê do mosaico como uma imagem que representa a proposição desse fazer clínico psicanalítico junto a pessoas com ELA. O termo mosaico, do grego *mousaikón*, “obra das musas”, refere-se a uma técnica decorativa milenar por meio da qual um embutido de pequenas peças de pedra e/ou outros materiais como plástico, areia, papel ou conchas. É o composto desses elementos que dá forma a um determinado desenho, usado para preencher algum tipo de plano (geralmente, piso ou parede). Nesse sentido, a psicanálise atuante em um contexto tão diferente como o de pacientes neurológicos em estado de anartria precisa ser ainda mais propositiva, paciente e quase que artística: apropria-se não somente das palavras, silêncios e olhares do sujeito, mas de todo signo linguístico que este possa disponibilizar, não importa de que modo. Os artefatos e códigos, técnicos ou tecnológicos, os resquícios de movimento, um fitar de olhos, enfim, qualquer coisa vira uma peça do mosaico em que se desenha, ainda que palidamente, um discurso. Não se quer dizer aqui que o profissional possa escolher o que quer e o que não quer usar, como num cardápio de restaurante onde alguém como o que lhe apraz; é trabalhar criativamente com o que se tem acessível ali. Mas qual a cola que dá liga a esse mosaico? No rastro dessa metáfora, sem dúvida, é a transferência quem sustenta essa constelação de modos e meios de abordar o sofrimento psíquico do sujeito na ELA. A atuação psicanalítica posta num contexto tão adverso do que normalmente é descrito por quem pratica a psicanálise como *setting* mostra o que de fato deve fazer um psicanalista; trabalhar com a inventiva, buscando o sujeito do inconsciente nos seus modos mais atípicos de expressão. No caso de atendimentos de pacientes anártricos o psicanalista precisa aprender a escutar as sutilezas do gesto, do movimento muscular facial ou ocular: é um mosaico de filigranas da linguagem.

Para fazer valer o acolhimento desse outro, acometido pela ELA, a capacidade inventiva do psicanalista passa a ser uma condição *sine qua non* de seu trabalho. Se dispor a uma escuta para além do dito já enceta mais do que somente uma simples escolha. Cabe ao terapeuta oferecer essa audição sensível de modo a fazer superlativa a posição clínica e relacional que dele se espera no encontro com o sujeito. As condições em que se dão esse

encontro, porém, podem ser as mais precárias, do ponto de vista da acessibilidade. Diante de si, o terapeuta terá uma pessoa que pode estar acamada, traqueostomizada, em um *homecare*; quanto à sua comunicação, adepta ou não das pranchas de comunicação, com acesso ou não a *softwares* especializados, com algum resquício de fala, balbucios, movimento facial mínimo, movimento dos dois olhos, de apenas um ou de nenhum deles. A cena da pessoa prisioneira em seu próprio corpo - um corpo silenciado – não pode paralisar o psicanalista, tampouco o calar.

Segundo Kupperman (2003, p. 2), cabe ao psicanalista afinar sua sensibilidade, de modo que esta possa se adequar às mais delicadas modalidades clínicas da atualidade. Refere-se dessa forma à experiência de afetação mútua que se dá entre psicanalista e paciente, inspirado em diferentes passagens da obra de Ferenczi, “o psicanalista que conversava com os analisandos mesmo em estado de transe profundo, quase comatoso” (2003, p. 2). Com efeito, a perspectiva ferencziana de um tato afetivo presentificando uma relação intersubjetiva por excelência soa particularmente cabível ao difícil contexto da ELA, uma vez que “é preciso desenvolver uma outra sensibilidade de modo a atender às demandas impostas à clínica pela contemporaneidade, marcada pelo signo do abandono e da dessensibilização (Kupperman, 2003, p. 1)”.

Para estabelecer um diálogo efetivamente terapêutico, o psicanalista terá de se utilizar dos recursos disponíveis a partir da realidade de seu paciente, material, orgânica e subjetiva. Pode ser um gesto, um *software*, uma prancha, um terceiro, cuidador ou familiar, ou o próprio olhar do paciente. Em cada uma dessas vias, aquele sujeito espera de uma decifração – a técnica que supostamente seria a grande arte dos clínicos da alma. Usando algo de cada um desses elementos ou os combinando entre si, sua tarefa de estabelecer uma linguagem – um código – em uma espécie de mosaico, assentado sobre a experiência transferencial.

O caráter de inventividade inerente à própria essência da Psicanálise, aliado à sua ética, tem servido como um grande aval para que muitos psicanalistas se permitiram as mais inusitadas experimentações à busca do “que não cessa de não se escrever” (Lacan, 1985[1955-1956], p. 127). É preciso montar uma escuta, isto é, disponibilizar-se ao discurso do sujeito, nas circunstâncias específicas naquele dado momento. Não se trata de fazer uma psicanálise customizada ou ao sabor do freguês, mas não perder de vista que, se essas pessoas não têm a possibilidade da fala, continuam tendo linguagem, através do qual o Inconsciente se desvela.

Neste último capítulo, alcançamos a questão axial da pesquisa – a clínica psicanalítica

junto a sujeitos acometidos pela ELA – não sem antes considerar outros achados que perfizeram o discurso dos entrevistados. Assim, vimos que o psicanalista se depara com uma encruzilhada de fenômenos subjetivos que envolvem sofrimento psíquico, manifestações psicopatológicas e problemas cognitivos, onde sua sensibilidade clínica é posta à prova. Sob o histórico aforismo de Charcot, para quem “a teoria é boa, mas não impede que os fatos aconteçam”, demarcamos a fronteira da teorização ante o trabalho com pacientes de ELA, segundo os próprios agentes do tratamento. Pelo viés de uma reiterada intersubjetividade, damos ao conceito de transferência o estatuto de linguagem, uma vez que, como um código, articula um compartilhamento da experiência. Com o trabalho de montar uma escuta, o psicanalista co-constrói com o paciente e seu entorno uma clínica de mosaico, a qual aponta o possível da clínica.

6.1 Sofrimento psíquico, o psicopatológico e a cognição

A dimensão do sofrimento na ELA foi lembrada a todo o tempo pelos entrevistados. De fato, qualquer pessoa que possua um conhecimento mínimo sobre doenças neurodegenerativas logo reconhece o quão inevitável é para o paciente, seus familiares e pessoas próximas experimentarem graves sentimentos de aflição e desespero. Por outro lado, no que pese a obviedade dessa constatação, incorremos no risco de que haja uma naturalização generalizada desse sofrimento, tido quase como imediato e uniforme, com prejuízo à singularidade com que cada pessoa atravessa sua experiência pática. Segundo mostram os relatos dos entrevistados, muitos pacientes surpreendem pela resignação e coragem com que lidam com a situação da doença. Na verdade, o funcionamento singular de cada sujeito desempenha um papel fundamental no enfrentamento psicológico que a doença exige.

Uma primeira observação é que a presença da ansiedade em pessoas acometidas por ELA é corriqueiramente mencionada na literatura que trata dos aspectos psicológicos relacionados à doença. Prado, Bicalho, Vidigal-Lopes, Prado, Gomes, Souza e Teixeira (2017), por exemplo, à busca de investigar a frequência de ansiedade e depressão e sua associação com aspectos clínicos da ELA, ao submeter os pacientes a uma avaliação clínica e psiquiátrica de sintomas depressivos e ansiosos, constatou que esses são frequentes, além de altamente correlacionados. A autora destaca ainda que ansiedade e depressão não aparecem associadas a fatores tais como duração da doença, forma inicial, sexo, idade de início dos sintomas, etc. De nossa parte, aventamos que, ao mesmo tempo em que tais dinâmicas de sofrimento psíquico acompanham algum adoecimento físico, às vezes são tratados como

derivativos naturais do processo orgânico. As características particulares desses sintomas podem assumir uma importância bem maior no curso da doença, talvez influenciando no desenvolvimento desta.

Alguns fragmentos nos foram especialmente significativos, na medida em que refletem aparentes contradições acerca da natureza e do destino do sofrimento psíquico desses sujeitos. Nesse sentido, configurou-se certa encruzilhada de questões as quais, ao mesmo tempo que não deixam de ter relação direta com nossa pergunta de tese, abrem discussões cujo aprofundamento fugiria, em termos, do escopo desse estudo. São, portanto, essas indagações colaterais: a dor psíquica pode levar o sujeito a um quadro psicopatológico? Mais ainda, existem déficits cognitivos subjacentes a uma aparente depressão ou outras alterações de humor?

Felipe Gomes relembra que a manifestação psicopatológica mais incidente na ELA, de acordo com a literatura, é a depressão, mas faz um interessante contraponto. A partir de sua experiência, relata que casos com algum nível da depressão são observados, mas *“também acontece o polo oposto”* (comunicação verbal, Gomes, 2018). O psicanalista afirma que muitos pacientes manifestam um quadro de mania, no qual a negação e outros mecanismos não aparecem; justamente essa mania, enquanto uma defesa, mantém o paciente vivo. Em outro contexto como, por exemplo do consultório, a questão de mania seria trabalhada de alguma forma com o paciente. Para Gomes, efetivamente, interferir nesse aspecto pode comprometer um apoio que o paciente tem em si mesmo, pois seria *“como se você puxasse o apoio o tapete dele. Com pacientes de ELA a gente não toca nisso”*.

A hipótese da presença de mania nos sujeitos acometidos com ELA a princípio nos pareceu controversa. Estaria o psicanalista usando de forma descuidada a noção psiquiátrica de mania que tanto interessa ao psicopatólogos em sua clínica? Na verdade, na esteira das reflexões de Freud tanto a melancolia quanto a mania originam-se da experiência de perda de um objeto desejado ou amado, podendo ser tomado como um destino do luto, proposição que parece dar algum respaldo a Gomes (Ribeiro, 2016). Contudo, em se considerando que a mania é uma forma de defesa, preferível à depressão, também corroboramos a assertiva dele.

Afirma ainda o psicanalista que, em casos de pacientes com depressão, há uma impressionante propensão de que se acelere o processo do óbito, *“por que a pessoa perde onde se agarrar para poder ter a sobrevivida”* (comunicação verbal, Gomes, 2018). Ressaltamos nesse ponto, que Gomes admite já não falar mais em vida, mas em uma sobrevivida para a pessoa. Assevera, pela observação trazida de sua prática clínica, que de fato a evolução até a morte é bem mais rápida quando o paciente adentra em um quadro

depressivo.

A maneira como o sofrimento psíquico é vivenciado pelo sujeito interfere, portanto, na evolução do paciente? A velocidade com a qual a doença avança em cada indivíduo, no que pese a questão dos subtipos da ELA – conforme visto no capítulo anterior – não deixa de ser uma incógnita para o saber médico. Casos chamados estacionários como o do astrofísico Stephen Hawking, do guitarrista americano Jason Becker, ou do psicólogo e escritor também Craig Oster, afora milhares de pacientes anônimos pelo mundo, os quais sobrevivem anos a fim com o diagnóstico dessa doença cruel, surpreendem o mundo da ciência e se coadunam de alguma forma com essa observação de Gomes, não necessariamente de um quadro maníaco. Um enfrentamento altivo e condigno por parte do sujeito, na medida de seus recursos estaria na base de uma resistência maior à inexorabilidade da doença. Opinamos que se trata de uma suposição delicada, mas ao mesmo, essa relação se apresenta como uma questão de pesquisa a qual poderia ser muito enriquecida pela psicanálise.

Gomes relata ainda um caso de um paciente: *“o que fez que ele sobrevivesse foi o estado maníaco”* em que se encontrava: *“Tudo ele tirava de letra. Ele sequer estava piorando”* (comunicação verbal, Gomes, 2018). Foi marcante para toda a equipe que o traço maior de sobrevivência foi o estado maníaco daquele homem, que o manteve vivo, pois foi a partir desse grau que ele enfrentava todas as vicissitudes da doença. Embora fosse nítida a evolução do quadro, o paciente sempre respondia, quando interpelado, que estava ótimo. Uma frase desse referido senhor resumia seu estado de espírito: *“Não sou eu quem está piorando, é a doença que está evoluindo”*. Segundo o psicanalista, escutar algo nesse sentido poderia provocar incredulidade, pois ele poderia dizer: *“Não, não é bem assim”*. O progresso da doença era visível, contudo o sujeito insistia em afirmar *“que estava perfeito, não tinha problema nenhum”*. Poder-se-ia interrogar aqui se essa fala do paciente, trazida por Gomes, diz mesmo respeito a de fato a um quadro maníaco ou a simplesmente uma recusa. É um tipo de questão que justifica a necessidade de uma abordagem psicanalítica dos pacientes anártricos, na medida do possível singular de cada sujeito.

Felipe Gomes traz à lembrança outra paciente acompanhada pelo projeto, desde o diagnóstico de ELA, do subtipo bulbar, até o óbito. O processo durou aproximadamente um ano, o que o configura como bastante rápido, mas dentro do esperado para essa variação da doença. Ressalta o psicanalista que esta senhora *“era casada e tinha dois filhos; quem mantinha o estado emocional da família equilibrado era ela, houve uma inversão”*. Era esta esposa/mãe quem dava apoio para o esposo e para os filhos, os quais, por sua vez, *“não conseguiam dar esse apoio para ela”*. O caso foi impressionante, mas de toda forma a

paciente foi a óbito após cerca de um ano. Com tal relato, Gomes reforçou seu pensamento acerca de como as condições internas de cada pessoa em sua singularidade são determinantes para uma preservação não somente de funções intelectuais e cognitivas, mas de equilíbrio emocional.

Abrimos aqui uma aba sobre como o veredito da ELA parece ainda mais impiedoso, quando se trata de pessoas do sexo feminino. Pensamos em alguns filmes sobre a doença²¹ e relatos informais por nós ouvidos que mostraram um embotamento não natural da vida sexual das mulheres, por vergonha ou culpa, se somando à já pesada carga cultural que as relega quase sempre a uma posição de objeto de satisfação masculina então descartável. Invalída – embora não inválida sexual, erótica e subjetivamente – a mulher de corpo enrijecido na ELA está literalmente longe de ser a performática e incrível mulher-elástico, metaforizada por Fernandes (2005), capaz de executar um sem número de funções familiares e sociais, sem perder sua capacidade de resiliência. A propósito, menções à dimensão da sexualidade soam como uma sentida ausência que destacamos nos depoimentos desse estudo, bem como de outros que tentam articular doenças motoras e psicanálise.

De volta ao relato de Gomes, ele assevera que, às vezes, quando se espera que cuidador e família deem apoio ao paciente, o que ocorre é exatamente o contrário. Enquanto as pessoas do entorno se fragilizam mais, a paciente é que se torna forte e passa força para os demais. A senhora, segundo o entrevistado, *“morreu de uma maneira digna”*. Felipe Gomes fala da importância de se dar o maior acolhimento possível para o paciente no sentido de ampará-lo nessa *“dor que está muito além dor”*. Nesse ponto, procura fazer uma distinção com a qual demarca o objeto de sua intervenção. *“Eu classifico a dor como uma questão física e sofrimento como uma questão emocional”*. Ainda mais do que um sofrimento, há questões que envolvem toda uma percepção das perdas e das limitações que gradativamente o paciente vivencia.

Vera Lima diz ser interessante o fato de nunca ter precisado encaminhar nenhum paciente de ELA para a psiquiatria. Pontua, entretanto, que percebe ser próprio da doença certa instabilidade, a qual tende a se apresentar apenas como labilidade emocional – sob a forma de risos imotivados –, ou então em sentimentos graves de tristeza, mas não em termos de transtorno como a depressão. Rayanne Marques, por sua vez, assevera que sempre existe um conteúdo de alteração emocional e que existe, inclusive, em quem está lidando com aquela situação.

²¹ *Um momento pode mudar tudo*, produção americana de 2015 e *A luta de Jenifer Estess*, também produzido nos EUA, 2001, a título de exemplo.

Quanto à questão da presença ou não de alguma psicopatologia, Ilda Soares posicionou-se de forma inequívoca: *“Se a pessoa tem essa predisposição, a doença pode ser um disparador, mas se ela não tem essa predisposição, não”*. Isso está muito presente na vivência, a doença não geraria nada, apenas potencializa o que a pessoa já traz. Então, se uma pessoa vem de um quadro suicida, a doença realmente pode ser um disparador, mas não há uma predisposição, não é a enfermidade que vai provocar. Ilda Soares é categórica em afirmar que a enfermidade em si não causa transtorno depressivo, uma vez que simplesmente potencializa *“o que pessoa já tem em termos de personalidade, ela não acrescenta nada”*. Explica que, se uma pessoa tem traços de psicopatia, por exemplo, para qualquer doença – não somente a ELA – essa tendência será acentuada; se há uma predisposição à depressão, com a instalação da doença isso se torna mais visível. A psicanalista lembra que teve vários casos de pessoas que entraram em depressão, e tantos outros em que não, assim como outros pacientes desenvolveram um estado de mania, no que corroborou Felipe Gomes: *“nessa caracterização em que cada um é cada um”*.

Ao retomarmos o conjunto dessas considerações sob um prisma psicanalítico encontramos indícios mais uma vez da possibilidade de uma clínica do Inconsciente. A dor, o sofrimento emocional, bem como a depressão, a mania, a labilidade, etc., são todos fenômenos passíveis de uma leitura metapsicológica, além de que designam sintomas, o que para a psicanálise conotam sentidos. No tocante à toda emotividade envolvida na sintomática psíquica no sujeito com ELA, novamente vemos no pensamento clínico de Ferenczi um paradigma de inventividade, extraído de como ele lidou com os ditos pacientes difíceis ou *borderline*. Se de Ferenczi apreendemos uma presença mais enfática e mais empática, de Lacan resgatamos a compreensão de que o Inconsciente é estruturado como uma linguagem, do que desdobramos que também se estrutura com uma linguagem. As diferentes manifestações psicopatológicas, leia-se de sofrimento psíquico, não neuróticas, não psicóticas e não psicossomáticas, justapõem um corpo doente em seu duplo, um sujeito adoecido, carente de uma simbolização que o próprio psicanalista é convidado a produzir junto ao paciente na *locked-in syndrome*. Ainda assim, o significante de uma *“dor além da dor”* acena para nós que há um real – com Lacan – sob o signo do sofrimento psíquico.

Um fato intrigante que diz respeito à descrição que Ângela Duarte faz da rotina da casa de sua paciente no convívio desta com seus familiares. Afirma que a paciente *“ouve tudo, ela ouve coisas até que as pessoas nem imaginam que ela está ouvindo e ela ouve”*. Supomos a partir da cena que a psicanalista descreve que a pessoa com ELA se torna muitas vezes vítima de certa invisibilidade em seu próprio lar, devido a ter seu corpo incapacitado e

negado, como se sua falta de comunicabilidade produzisse sua ausência. Entretanto, é de conhecimento comum que, mesmo não falando, a pessoa se encontra consciente, uma vez que a doença é neuromuscular e não cognitiva.

A imagem de uma pessoa ignorada, sozinha, apesar de estar na companhia de seus entes queridos, mobiliza a analista. Perguntamo-nos quais os impactos emocionais dessa forma de indiferença para essa paciente, tomada fantasmagoricamente como incapaz de ouvir e de compreender o que ocorre à sua volta. Duarte acredita que justamente o fato de que ela esteja presente e consciente é que lhe dá condição de fazer uma clínica psicanalítica. Podemos pensar aqui em termos de uma estruturação egóica mínima, como um pré-requisito o qual, segundo a psicanalista, “*permite usar a psicanálise na medida do possível*” (comunicação verbal, Duarte, 2018).

Ainda com a psicanalista Ângela Duarte, temos a narração de uma cena emblemática do sofrimento causado à paciente quando esta começou a não conseguir se expressar claramente. Trata-se de um momento de abandono à paciente por parte da filha, já adulta, quando ela, motivada pelo próprio sofrimento, vai embora de casa impetuosamente. Contamos Duarte que esse episódio gerou um grande sofrimento para a paciente, ao que parece mesclado com sentimento de culpa e impotência, “*porque ela não conseguiu se fazer ouvir, ela não conseguiu falar o que ela precisava falar para filha*”. Chama a atenção que a referida filha ligou para a psicanalista quando saiu, para lhe relatar toda a cena e finalmente dizer “*que não sabe como vai ser, que ela não estava me entendendo*”. Ângela Duarte pontua que era uma situação extremamente difícil para a filha, a qual esta não pôde suportar. A terapeuta, entretanto, não poderia se furtar do confronto.

Novamente sobre o cotidiano desse caso que atende, diz que a paciente

Ela ouve as coisas, ela percebe as coisas, ela compreende as coisas, digamos, o fato que aconteceu com familiares dela ou filho. Ela está ali, ela está sabendo, ela está entendendo, ela está acompanhando, ela está ouvindo, mas é muito difícil. Ela não se coloca; raras vezes ela se coloca (comunicação verbal, Duarte, 2018).

Imaginamos que o risco do apagamento do sujeito da enunciação implicaria um processo de sua própria dessubjetivação. Uma vez que não é investido, reconhecido na sua singularidade de corpo e na legitimidade de seu desejo, este sujeito tenderia também a desinvestir libidinalmente no mundo, propiciando o engodo de um gozo sem discurso. Esse *modus* reativo pode ser trabalhado ou mesmo transformado pela presença humana e sensível do psicanalista, ou seja, de sua pessoa por inteiro, conforme ensina a clínica de Ferenczi.

Relatos na literatura e em depoimentos não formais dão conta de um fenômeno

intrigante. Sendo a ELA uma doença em que, grosso modo, as faculdades estão preservadas, isso nem sempre é verificável ou constatado. A dificuldade de se conferir que o sujeito está de fato plenamente consciente do que está lhe acontecendo se dá primeiramente pela própria falta de comunicação. Uma vez que este já não se encontre responsivo àqueles que estão em seu entorno, uma possibilidade aventada é a de que a pessoa na verdade esteja se recusando a falar, a se comunicar. Sua decisão de não manter quaisquer vínculos com o outro pode explicar o fato desta não-relação. Fechar-se em si mesmo surge então como uma recusa. O psicanalista Felipe Gomes observa que no diálogo com a pessoa acometida pela ELA “*é perceptível o estado de negação em que ela se encontra*”. Outras vezes, há pacientes que têm plena consciência de sua própria condição e que lidam “*da melhor forma possível*” com a degeneração progressiva.

Esse complexo movimento psíquico, em que um paciente está em aprofundado grau de sua síndrome do encarceramento, é extremamente doloroso para aqueles que dele cuidam. Estes por suas vezes podem desistir do paciente enquanto sujeito, tratando-o como se fosse alguém em coma, mas de olhos abertos. Como se mensura o sofrimento psíquico de alguém que encerrou sua linguagem no calabouço escuro de um corpo inerte? Ampliando o conceito de Lacan, supomos estar diante de nuances do real, quando o estágio mais avançado da ELA constitui um extremo em que o sujeito, uma vez desprovido de sua mobilidade e impedido de interagir com o ambiente, talvez repouse deliberadamente em um estado pseudonirvânico.

Quanto à dimensão cognitiva, Felipe Gomes comenta que o aumento de pesquisas atuais sobre a ELA relatam a presença de algum nível de demência associado ao quadro, antes bem mais incomum. Esses dados põem em questão a ideia de um não comprometimento cognitivo do paciente, consagrado pela literatura, da qual Gomes demonstra ser loquaz defensor. Para o psicanalista, a dimensão de sofrimento extremo na ELA, desde o diagnóstico até sua fase aguda, estaria na base do desenvolvimento de quadros psicopatológicos no sujeito. Os alegados *déficits* seriam apenas expressão de uma inabilidade terapêutica e relacional de muitos profissionais, o que faz com que os pacientes assumam posturas refratárias ao tratamento e pareçam pouco responsivos. Nesse raciocínio, nossa suposição é a de que uma atitude ferencziana por parte do psicanalista faria diferença nesses casos, pelo acolhimento convidativo à palavra e ao silêncio do outro.

Assim como Felipe Gomes, sua colega Ilda Soares também se posicionou contrariamente às pesquisas vigentes que têm trazido sobre pacientes com ELA com problemas de ordem cognitiva. Sob o argumento de sua experiência clínica, afirma não haver esse problema de cognição. Na verdade, criam mecanismos de defesa como forma de

enfrentar aquela realidade psíquica, por isso acabam se distanciando do mundo externo, das pessoas, “*como forma de lidar com esse sofrimento*” (comunicação verbal, Gomes, 2018).

A título de exemplo e contraponto, vemos que Schilindwein-Zanini, Queiroz, Claudino, Claudino (2015), ao abordar os aspectos neuropsicológicos da ELA, traz um relato de caso no qual um homem de 55 anos apresentou “sintomatologia depressiva e prejuízo nas atividades de vida diária com redução da autonomia e funções motoras, além de crescente irritabilidade e baixa tolerância a frustração, que repercutem nas relações familiares do mesmo”. Esse resultado veio após uma bateria de testes neuropsicológicos, os quais ao mesmo tempo apontaram funções corticais preservadas, apresentando QI Estimado Médio, desempenho normal em orientação, memória operacional, atenção e flexibilidade mental, vocabulário, conhecimento de palavras, praxia construtiva e organização perceptual; a performance em memória verbal recente e tardia foi “um pouco pobre para o esperado” (2015, p. 62), e déficit em fluência verbal semântica e fluência verbal fonética.

Essa encruzilhada clínica é também epistemológica, uma vez que estão em questão limites nem sempre tão definidos entre sofrimento psíquico e comprometimento cognitivo, como na ELA. Para Oppenheim-Gluckman (2006), referência de neuropsicanálise na França, é complexa qualquer tentativa de articulação entre ciências cognitivas e psicanálise, haja vista a diferença entre os modelos conceituais. Todavia, identificamos nessa dificuldade um campo promissor, tanto quanto desafiante, para a Psicopatologia Fundamental e outros pesquisadores do sofrimento psíquico em adoecimentos neurológicos, na esteira da ELA e outras formas de *locked-in syndrome*.

6.2 A teoria é para o psicanalista; a vida, para o sujeito

Partimos do pressuposto de que pensar a clínica possível de uma especificidade é também refletir sobre a teorização aplicável nessa forma de atuação psicanalítica. Embora uma leitura de caráter mais conceitual do que os profissionais apresentassem a partir de sua prática estivesse a cargo do pesquisador, os depoimentos trouxeram algumas observações importantes. Nesse ponto, partimos do pressuposto que é próprio da Psicanálise que as questões técnicas se entremeiam com a discussão teórica. Qualquer fazer que se pretenda psicanalítico, sem uma mínima reflexão metapsicológica, está sob o risco de, por exemplo, cair em um empirismo muito semelhante às tradições esotéricas que outrora fizeram o papel de psicoterapias (Roudinesco, 2005).

Ao que interpretamos, a Psicanálise tem uma identidade enquanto teoria, mas não é identitária no tocante à sua prática. Queremos dizer com isso que o saber psicanalítico se

assenta em fundamentos mais ou menos discerníveis, mas a sua intervenção deve ser a menos restritiva possível. De toda forma, em alguns momentos, a reflexão acerca de uma clínica psicanalítica possível junto a pessoas no estado *locked-in* tornou-se um tanto quanto circular sobre se sua atuação seria ou não psicanalítica. Acerca da relação clínica *versus* teoria, em diversos trechos, os entrevistadores foram assertivos quanto a deixar em segundo plano maiores preocupações teóricas frente aos desafios práticos da ELA. Afinal, naquele tipo de acompanhamento, produzir um acolhimento do sujeito em sofrimento seria mais importante nomear a perspectiva teórica.

Nesse sentido, destacamos a colocação de Felipe Gomes, o qual defende que seu trabalho *“também é Psicanálise”*. Nisso, cita o psicanalista Wilfred Bion, sobre o qual declara ser um de seus teóricos prediletos, com quem aprendeu: *“Se o que acontecer dentro da sala de atendimento não se parecer com a vida, isso não é psicanálise”*. Vai ainda mais longe: *“Ninguém vai para o consultório para saber qual é o problema do complexo de Édipo dele. O paciente não quer saber o que é complexo de Édipo”*. Para Gomes, é a partir desse alicerce prático que ele lida com as suas vicissitudes como melhor puder, uma vez que *“a teoria é para nós, a vida é para ele”*. (comunicação verbal, Gomes, 2018)

Com isso, Gomes quer dizer que, quando existe uma procura real por parte de alguém para tratar de seu sofrimento na vida, este não espera formulações teóricas que lhe sejam inócuas. De nada adiantaria apontar alguma coisa que fuja do que é a vida, pois o sujeito precisa ouvir o que seja pertinente à sua existência concreta. Segundo sua experiência, o psicanalista está convencido de que o caminho para um paciente é sempre o de falar o quanto mais possível sobre sua vida, o que é válido inclusive para os pacientes com ELA, pois ter a doença é a única diferença que o separa dos demais. Em suma, este paciente é *“tão humano como qualquer outra pessoa, tem problemas como qualquer outra pessoa, tem conflitos como qualquer outra pessoa”* (comunicação verbal, Gomes, 2018), ao que podemos acrescentar, tem um Inconsciente e está sob seus efeitos de linguagem. Encerra esse ponto afirmando:

Quem está na minha frente é um ser humano em sofrimento e o que eu posso estar fazendo para atrapalhar o mínimo possível esta pessoa que está em sofrimento? Conversando com ela e vendo com ela o que que pode ser feito para que ela possa ser feliz em última instância seja em que circunstâncias ela estiver (comunicação verbal, Gomes, 2018).

Em outros momentos a tentativa de reconhecimento da realização de ao menos algo típico de uma clínica psicanalítica, vários conceitos e características foram trazidos pelos entrevistados. Felipe Gomes, por sua vez, aponta aquilo que identifica como próprio da

clínica psicanalítica em seu trabalho. Assim, primeiramente contempla em seu depoimento os fundamentos técnicos que antecederam e ensinaram o desenvolvimento da associação livre. Segundo Gomes, é observável que num primeiro momento vem a catarse, com o sujeito *“falando, falando, falando”*. Em outro determinado momento ocorre a ab-reação, sob a forma de choro compulsivo, porque *“tudo aquilo que ficou guardado, que não pode circular nessa ab-reação vem com uma força total”*. Em seguida, faz referência à noção de atenção flutuante como sendo a forma de escutar que dedica ao paciente. Para Rayanne Marques, faz total sentido se utilizar do *“olhar psicanalítico”*, porque *“o paciente chega com toda uma carga emocional após o diagnóstico”*. Por sua vez, Ilda Soares considerou o objeto da intervenção como traço da Psicanálise: *“Trabalhamos com as questões do inconsciente, mecanismos de defesa, como aquela pessoa lida com a sua realidade, seja ela qual for”*.

6.3 A linguagem da (contra) transferência

Alguns fragmentos das entrevistas nos dão importantes pistas para compreendermos como a transferência pode operar nesse contexto complexo. Sobressaem-se mais uma vez depoimentos sobre o quanto a relação construída anteriormente à perda da fala foi decisiva para a manutenção de um vínculo efetivamente terapêutico. Esse efeito ficou significativamente claro sobretudo no caso único de Ângela Duarte, uma vez que foi em meio a uma análise que ela se deparou com o diagnóstico de sua paciente. Não sem razão priorizamos aqui esse atendimento pela riqueza de elementos de reflexão que a psicanalista levantou.

Conta-nos Ângela Duarte que, certamente, a existência de um percurso anterior fez uma diferença primordial para hoje conseguir enfrentar as dificuldades advindas em função da enfermidade. Para Duarte, já havia uma transferência bastante consolidada, e *“através dessa transferência, acredito que há uma confiança ilimitada”*. Trata-se, portanto, de um apoio efetivo, a partir do qual *“a paciente tem a possibilidade de questionar determinadas coisas e ela questiona, fala, diz que pensa assim, que age dessa forma, por causa disso, etc”*.

Ângela Duarte observa que sua paciente tinha uma demanda de análise, pois havia *“uma transferência e uma contratransferência”*. De fato, lembremos pelo relato da psicanalista que ela própria não quis atender outros casos de ELA e desejou mesmo por um instante que sua paciente desistisse. Segundo Duarte (comunicação verbal, 2018), o que fez a análise prosseguir foi essa demanda da paciente que chama ela [a psicanalista] para *“esse lugar que somente ela ocupa, houve uma aprendizagem, essa marcação”*. De acordo com a profissional, trata-se nesse caso de uma transferência muito positiva tanto do analisante para o

analista, como do analista para o analisante; “*é uma transferência mútua!*”.

O termo proposto em tom de *insight* por Duarte – transferência mútua – invariavelmente nos faz reportar a Ferenczi, e a seu interessante conceito de análise mútua. Este foi um dos mais polêmicos experimentos clínicos de Ferenczi, e que se refere na verdade a verdadeiras confissões do analista para o paciente sobre seus estados afetivos e sobre certas atitudes transferenciais e contratransferenciais que figuram como o uso mais radical da experiência empática em um contexto psicanalítico. Nas palavras do próprio Ferenczi (1990[1932], p. 45): “É como se duas metades da alma se completassem para formar uma unidade. Os sentimentos do analista entrelaçam-se com as ideias do analisado e as ideias do analista (imagens de representações) com os sentimentos do analisado”.

A mesma psicanalista comentou, a propósito dessa análise: “*Quando eu comecei, fiquei pensando muito em como seria; como é que ela iria se posicionar diante da minha presença?*” (comunicação verbal, Duarte, 2018). Em seu relato, a psicanalista deixa claro que seus sentimentos vieram à tona também pelo receio de fazer alguma intervenção equivocada, de dizer algo que fizesse a paciente sofrer mais do que já está sofrendo, por não poder receber o *feedback*, pelo menos não em palavras. Relata que quando a paciente perdeu a mobilidade, dispensou praticamente todos os profissionais que a assistiam – inclusive a fisioterapeuta, uma profissional importantíssima para quem tem ELA – justamente por não conseguir se deslocar para os locais de atendimento. Não aceitou sequer o atendimento domiciliar e tomou a mesma decisão com relação a uma jovem massagista, cujo trabalho era recomendado pelo próprio médico neurologista. Somente a psicanalista não foi dispensada, fato que indica a forte vinculação terapêutica que havia se estabelecido naquele par analítico.

Ferenczi (2011[1909]) endossa Freud no tocante à predileção pela transferência positiva, em que o paciente busca gratificar o analista com sua melhora. O manejo desse tipo de transferência tem maior possibilidade de ser efetivo para os objetivos de uma psicanálise. Acreditamos que justamente o ideal de psicanalista apresentado por Ferenczi – e o qual a clínica psicanalítica na ELA requer – parece reunir as qualidades que facilitam a ocorrência dessa modalidade de transferência, em detrimento de seu contrário, a transferência negativa, na qual a relação analítica se torna intrinsecamente hostil.

A presença de elementos que podemos apontar como relativos a uma contratransferência também apareceram em alguma das falas. Marques afirma ser gratificante e ao mesmo tempo é doloroso acompanhar a evolução da doença em um paciente consciente, material que diz trabalhar em sua análise pessoal. “*É interessante poder ajudar, mas ao mesmo tempo também é doloroso, não só com ELA, mas com a clínica de doenças*

neuromusculares” e entender que no momento atual se age de determinada forma por conta de outras questões, e ressignificar o que foi vivenciado, dando um novo olhar diante dos conteúdos trazidos e que são atualizados por ocasião da escuta. Demonstrando um sentimento de compaixão, aponta como doloroso ver um paciente acometido por uma doença progressiva. Em um dado momento cogita que “*talvez se eles não entendessem...*”, no sentido de que a consciência de estar doente faz com que o paciente sofra tanto e que seria menos sofrido para esse sujeito se ele desconhecesse sua realidade. Entendemos que a experiência de afetação da profissional, desvelada ao longo da entrevista, faz com que se desautorize a qualquer outro atendimento com um paciente nessas condições. Porém, com ainda mais ênfase, disse não abrir mão da sua analisanda. Prova dessa “*contratransferência positiva*” está na díade tempo e paciência que dedica ao caso, diferentemente até dos familiares que não têm essa disponibilidade temporal para “*esperar que ela escreva o que ela tem vontade de escrever*”, isto com a pálpebra por sua vez já enfraquecida e continuamente cansada. Diz Duarte: “*Esse tempo e essa paciência é exclusivo, eu dou mesmo, de verdade. Eu sou completamente disponível para ela, completamente*”.

Duarte ressaltou que sua paciente, mesmo diante da certeza que perderia a condição de se comunicar, em nenhum momento questionou a pertinência da presença da analista em função dessa circunstância. Mas a profissional esclarece que teve a mesma postura: “*Nem eu questioneei ela e nem isso foi a questão dela. Assim, não fez uma pergunta do tipo: E agora, como é que a gente vai fazer se você não fala?*”. Naquele momento falou mais alto a transferência.

Na verdade, podemos sugerir, a partir dos depoimentos, que o manejo da transferência se torna mesmo um diferencial em particular dessa atuação terapêutica. A construção do vínculo afetivo entre psicanalista e paciente, na esteira da empatia que Ferenczi (2011[1909]) apregoa como requisito de um analista, faz com que a transferência assumira um papel de linguagem, tal um código partilhado. Com efeito, percebemos que menções à dinâmica transferencial permearam, nomeadamente ou não, a fala de todos os entrevistados, em graus diferentes, a despeito das especificidades dos contextos de atuação.

Sobre pensar psicanaliticamente uma comunicação sem palavras não acontece por acaso e considerar essa explicação ocorreria apenas se não admitimos nossa ignorância diante desse fenômeno. Diz Felipe Gomes: “*Eu não saberia dar outro nome a não ser intuição*”. Afirma o psicanalista que chamar de intuição é o máximo que consegue quanto a essa comunicação e é enfático quanto ao fato de haver muitas coisas que escapam à teoria, como acontece com tantos objetos perante as investidas das ciências. O psicanalista assevera que “*É*

questão do afeto, deste entrosamento afetivo que eu acho que é a linguagem maior que pode ter”. Ao trazer a ideia de que um nível de comunicação intuitiva, acredita que esta tanto pode acontecer com o cuidador, como também com o psicólogo ou com o psicanalista. Essa escuta sem fala é erigida pela eminentemente pela convivência. Gomes compara de forma reiterada à comunicação que um casal desenvolve após décadas de casamento, quando o próprio convívio faz com que *“um vá conversando com o outro, um vá conhecendo o outro... A partir do momento que você vai tendo essa intimidade e essa convivência, basta um gesto e um olhar que você sabe o que o outro está querendo te dizer”*. Quando nesse grau de relação, continua Gomes, já não se precisa usar de palavras, pois esse cotidiano íntimo cria a possibilidade de, por meio de um simples olhar, a pessoa que quer falar, *“não precisa abrir a boca, basta olhar”*.

...o paciente chega e vai te olhar. Você sabe do olhar se ele está naquele momento irritado, ou se está tranquilo, enfim, bateu os olhos você sabe pela fisionomia mais densa. Você detecta isso, não com palavras, mas por detectar a expressão que está sendo transmitida, sendo transmitida naquele momento. Então eu acho isso uma riqueza fantástica e realmente ajuda muito (comunicação verbal, Gomes, 2018)

Já para Ângela Duarte, é o fato de que a paciente, mesmo já na condição de *locked-in*, estar presente e atenta que lhe permite empreender um trabalho psicanalítico *“na medida do possível”* (comunicação verbal, Duarte, 2018).

Rayanne Marques ressalta o quão delicado é esse trabalho, exatamente pelo fato de que cada vivência é única, o impacto nela dessa *“dor do outro”* (comunicação verbal, Marques, 2018) é vivenciada a cada vez que se depara com um novo caso. Narra uma cena aparentemente pitoresca, mas ao mesmo tempo bastante emblemática de como sua posição diante do paciente com ELA não pode ser rígida em hipótese alguma. Durante o atendimento, um paciente lhe comunicou que queria coçar a testa, algo que já não conseguia, em função do comprometimento muscular. A situação remete o sujeito à sua condição de precisar de alguém que esteja disponível ao seu lado o tempo todo, sendo que em certas ocasiões é o terapeuta quem ocupa esse lugar. Assim, *“é até necessário o estar junto e vir a dar conta de algo que é para o paciente fazer, como por exemplo, coçá-lo, algo tão simples. É preciso ajudar naquele momento, não dá para sair da sala e chamar outra pessoa que então venha fazer aquilo”* (comunicação verbal, Marques, 2018). Ainda segundo Marques, trabalhar com pacientes de ELA exige atuar muitas vezes também como uma espécie de coterapeuta das outras clínicas envolvidas, bem como ser para o sujeito um *“ego auxiliar no sentido prático”*.

6.4 Um olhar psicanalítico, uma escuta psicanalítica

Diante da questão central da tese, ou seja, sobre como pode ser possível uma clínica psicanalítica junto ao sujeito acometido pela ELA, vimos emergir uma miríade de respostas por parte dos profissionais. Nesse sentido, algumas dessas formulações pareceram circulares à própria questão da tese de modo a fazer com que os próprios analistas refletissem sobre a natureza de sua prática. Por outro lado, certa mudança de perspectiva também se deu do lado do pesquisador, quando tivemos a clareza de que a questão não poderia se resumir, por exemplo, à distinção entre comunicação verbal e comunicação não-verbal no contexto do atendimento, nem tampouco à existência de alguma chancela sobre o que seria ou não legitimamente psicanalítico. O desafio que nos damos é compreender como a técnica, a transferência, a linguagem e a pessoa do analista confluem, a fim de que se promovam, pelo viés da Psicanálise, benefícios terapêuticos ao sujeito em sofrimento psíquico na síndrome do encarceramento.

Chamamos a atenção para como a perspectiva de Psicanálise e de inconsciente depurada da fala dos psicanalistas e psicólogos influencia em seu julgamento sobre se sua intervenção seria psicanalítica. Ao que parece, prevaleceu uma concepção mais freudiana de clínica psicanalítica, remetida às formulações primeiras de uma psicologia profunda, em que o Inconsciente equivale a uma região abissal da mente. A essa altura já podemos dizer que possibilitar uma clínica psicanalítica a pacientes anártricos passa pelo reconhecimento, paradoxalmente, tanto do primado da linguagem, quanto de sua impossibilidade de simbolizar o todo. Assim, defendemos que uma perspectiva que retome aportes lacanianos no tocante à linguagem entre os registros do simbólico e do real respondem de modo mais pertinente a essa clínica.

Para Ângela Duarte, “*por incrível que pareça*”, esta clínica psicanalítica é viável, uma vez que, em suas palavras, a Psicanálise é “*ampla por definição*”. Diz acreditar que sua prática seja possível, pois o que existe de “*produtivo e empolgante*” é que “*nunca estamos rotulados*”. Como exemplo de seu argumento, lembra que os psicanalistas contemporâneos trabalham já com crianças em tenra idade e até mesmo com bebês. Alude aos trabalhos de Marie de Christine Laznik, “*...mostrando para a gente que é possível a gente diferenciar um autismo de uma depressão no bebê de dias vida, de meses de vida*”²². E cita ainda o NINAR²³

²² Marie de Christine Laznik é uma reconhecida psicanalista francesa, membro da Associação Lacaniana Internacional, doutora em Psicologia Clínica pela Université Paris XIII, com experiência em atendimento com pais-bebê no Centro Alfred Binet. Suas pesquisas abordam, principalmente, o autismo e o nascimento do psiquismo na criança. É cofundadora do Pré-Aut (Prevenção do Autismo), centro de pesquisa sobre os problemas psíquicos no bebê na França. É autora de diversos artigos científicos e dos livros: *Rumo à Palavra*, ed. Escuta, O

“que faz um trabalho tão bonito em hospital com crianças, bebês de risco que estão na UTI Neonatal. Então se esse trabalho é possível ser feito na UTI neonatal, é possível ser feito com ELA também”. O fazer psicanalítico é produtivo, porque produz reorganização nos modos de funcionamento, no confronto com a existência e no reconhecimento das idiossincrasias de cada um.

É interessante notar que a psicanalista buscou parâmetros em outros exemplos de prática psicanalítica para reconhecer a identidade teórica de seu trabalho. Lembramos aqui da confiança inarredável que Ferenczi depositava na clínica psicanalítica, mesmo sendo tão subversivo. Concordamos com Duarte de modo especial quanto à amplitude desse campo, ao que acrescentamos: talvez por causa dessa distensão, a Psicanálise apresenta-se continuamente resistente a classificações. Dessa forma, ainda nos dias atuais, o analista precisa a todo tempo escapar de rotulações sob a forma de preconceitos, no mais das vezes ligados a formas de fazer psicanálise já superados dentro do próprio campo.

Para Sônia Barros foi muito importante ter tido uma supervisora analista, ter se baseado na psicanálise, mesmo não fazendo uma psicanálise nos padrões tradicionais:

“Ter o olhar psicanalítico, a escuta psicanalítica para uma situação dessa, é riquíssimo; outra coisa é tentar aplacar a angústia, fazendo uma crítica, tentar tirar o sintoma, tirar a angústia, remover aquilo que está desconfortável. Enquanto na psicanálise trabalhamos com angústia e não sem ela” (comunicação verbal, Barros, 2018).

Afirma Barros que, de fato, faz todo sentido dizer que não é possível fazer análise nos moldes clássicos, mas assevera que é possível ter esse olhar analítico, essa escuta analítica sobre aquele fenômeno, uma vez que toda a técnica precisa ter alguma flexibilidade nesse contexto. Para ela, portanto, o que identifica a psicanálise nesses atendimentos talvez seja o fato de se ter um olhar e uma escuta psicanalítica. Com isso se refere à postura que tinha diante dos pacientes, a maneira como se posicionava ouvindo o outro a partir da experiência dele, própria do paciente. Era realmente um trabalho de

colocar o sujeito diante da sua queixa, diante de: falar da sua vida, do seu desejo. Eu faço o que é possível, e com o meu olhar, com a minha escuta, que permite que o

Que a Clínica do Autismo Pode Ensinar aos Psicanalistas, Ágalma Editora, e *O Complexo de Jocasta*, Cia. de Freud Editora. cf: <https://centropsicanalise.com.br/user/marie-christine-laznik/>

²³ O Núcleo de Estudos Psicanalíticos (NINAR), situado na cidade de Recife-PE, é formado por uma equipe transdisciplinar, composta por profissionais da área de saúde diversos que se dedicam a atendimento clínico de sujeitos em sofrimento, inclusive bebês recém-nascidos.

sujeito apareça, que o sintoma apareça, que o desejo apareça, que alguma coisa se interrogue, que o sujeito se comprometa com aquilo que está dizendo, se implicando em sua queixa, no seu sintoma. Somente um olhar psicanalítico possibilita isso. (comunicação verbal, Barros, 2018)

Essa forma de demarcar uma posição psicanalítica aparece de forma semelhante no discurso de Ilda Soares. A psicanalista destaca que indubitavelmente o grande desafio de lidar com pessoas com doenças crônicas sem prognóstico de cura, e não somente a ELA, é não tomar a doença como a identidade da pessoa. Pontua que em geral a psicologia comete esse equívoco, diferentemente da Psicanálise. Reitera que o grande ganho de um trabalho psicanalítico é de fato ver que a doença é uma porta de entrada para questões mais profundas. São pacientes que *“querem muito falar sobre o seu sofrimento”* (comunicação verbal, Soares, 2018), sobre o medo da morte, do futuro, de questões familiares, etc., conteúdos que um tratamento convencional muitas vezes não deixa espaço para que isso seja colocado, em sua opinião. Com efeito, consideramos como bastante relevante pensar que o imperativo do sofrimento na síndrome do encarceramento impede a presença de certos conteúdos dolorosos que muitas vezes resistem a virem à tona numa análise.

Sublinhamos Barros, para quem o diferencial psicanalítico consiste em ter clareza de que, independentemente da condição do sujeito, o olhar da psicanálise é o de manter a condição de sujeito presente e manter *“a condição de identificações que possa ter associado ao ideal de ego”* (comunicação verbal, Barros, 2018). Assim, investimentos são possíveis para que ele possa se organizar diante das possibilidades, pois sempre há material interno para ser trabalhado, aparecendo de qualquer momento da vida da pessoa, antes ou depois da doença.

Segundo Vera Lima, o que se aproxima de um viés psicanalítico em sua prática pode ser aludido em alguns pontos, como no tocante às relações, os mecanismos de defesa, *“questões que podem ser inconscientes”* (comunicação verbal, Lima, 2018), a partir das quais pode fazer algumas intervenções que façam o sujeito a refletir. No entanto, em se tratando de um diagnóstico extremamente limitante e de intenso sofrimento para o paciente e família, o suporte tem *“um sentido mais emocional e não de grandes questões inconscientes”*. Isso pode até repercutir em coisas que acredita *“estar por trás”* e que podem ser elaboradas, mas não como um processo maior; isto ocorreria em outra doença ou em pessoas sãs. Para além de demandas mais pontuais, trabalha no máximo como o paciente lida com as perdas, as frustrações, como era a vida antes do diagnóstico, como se relaciona com sua própria condição etc., pontos que produzem algumas associações. Para Lima, de toda forma, *“não faz tanto*

sentido um trabalho mais profundo”. Problematizamos aqui se a um analista caberia definir o nível de aprofundamento de um tratamento em psicanálise, ou em quais circunstâncias. Vemos que Lima tem uma visão mais comedida sobre a possibilidade de uma clínica psicanalítica com pacientes de ELA: *“Eu acredito que não dá para você fazer psicanálise mesmo. Assim, a minha escuta é psicanalítica, a minha abordagem é psicanalítica, mas não dá para fazer, eu não consigo me ver fazendo [psicanálise] com paciente ELA*”. Vale notarmos que, a despeito de não se reconhecer fazendo uma intervenção ideal quanto ao que acredita ser uma psicanálise, a psicóloga demonstrou bastante engajamento em sua forma de intervir, mas sempre sob uma orientação bastante pragmática, no sentido de promover alguma comunicação minimamente efetiva com seus pacientes. A atuação em seu setor na instituição, que é o da reabilitação, não lhe permite tanto fazer *“psicanálise em si”*, apesar de atuar em uma base psicanalítica. Dessa forma, sua atuação precisa ser *“mais rápida, mais superficial”*, mas então se torna difícil usar de uma *“psicanálise pura, se é possível dizer assim”* (comunicação verbal, Lima, 2018). Depreende-se ainda que a psicóloga associa a técnica psicanalítica com uma clínica de resgate de memórias, característica pela qual justifica descartar essa abordagem mais clássica. Argumenta que não haveria tempo para que ocorressem grandes transformações, uma vez que a marcha inexorável da doença levaria o paciente a óbito rapidamente.

6.5 Escapando a olhos vistos

Como notamos até aqui, os depoimentos referiram-se em diversas ocasiões a como o olhar do paciente anártrico pode se tornar a única via de comunicação com o mundo exterior. Nesse sentido, aparece na condição de um recurso intersubjetivo que permite ao sujeito como que escapar da prisão do próprio corpo, decerto que em sentido figurado, mas definitivamente através de uma forma de linguagem. Seja com um olhar que suplica, que protesta ou que se recolhe, o paciente tem na preservação dessa faculdade motora um elemento de significação com o qual demanda ser olhado, na presença de alguém que lhe seja sensível e empático, na asserção de Ferenczi.

A título de exemplo, Rayanne Marques cita o caso de um paciente na UTI, com a fala completamente limitada, que mostrou com a expressão do olhar um incômodo de ter ouvido da equipe médica que ele estava desacreditado. Como na verdade era a equipe quem estava desacreditada, aquilo o impactou negativamente, como espécie de uma sentença antecipada de morte. Tal paciente expressou esses sentimentos para sua esposa e para a psicóloga na sala da UTI com seu olhar e com lágrimas. Para Marques, houve naquele momento a expressão de

uma possibilidade para que ele colocasse seus conteúdos emocionais em evidência, pela condição de sentir o espaço da escuta psicológica como próprio para questões que remetiam à sua tristeza.

Marques afirma ser gratificante e ao mesmo tempo doloroso acompanhar a evolução da doença em um paciente consciente, material que diz trabalhar em sua análise pessoal. Para a psicóloga “*É interessante poder ajudar, mas ao mesmo tempo também é doloroso, não só com ELA, mas com a clínica de doenças neuromusculares*” (comunicação verbal, Marques, 2018) e entender que determinados comportamentos têm raiz mais profunda, uma vez que o profissional ajuda a ressignificar o que foi vivenciado, “*dando um novo olhar diante dos conteúdos trazidos*” que são atualizados por ocasião da escuta. Demonstrando um sentimento de compaixão, aponta como doloroso ver um paciente acometido por uma doença progressiva. Em um dado momento cogita que “*talvez se eles não entendessem...*”, no sentido de que a consciência de estar doente faz com que o paciente sofra tanto e que seria menos sofrido para esse sujeito se ele desconhecesse sua realidade.

Uma leitura psicanalítica interessante desse caso citado por Marques e outros semelhantes nos leva a uma reflexão mais teórica da fenomenologia do olhar que denuncia seu sofrimento. Seguindo a trilha de um trabalho anterior nosso, Queiroz (2012) sugere o olhar como o código primordial para o cuidador que, no lugar do Outro, traduz o pensar e o sentir do sujeito na ELA. Com efeito, antepõe elementos teóricos para uma eventual clínica psicanalítica nesse contexto em duas diferentes abordagens. Em um primeiro momento, reconhece que há, da parte do sujeito, certo recuo a um padrão de linguagem pré-verbal ou não-verbal similar àquele aprendido por ocasião do desenvolvimento do psiquismo infantil, ao qual Lacan chamou de *lalangue* – balbucios e expressões do olhar que ensaiam uma proto-linguagem. Em seguida, especula que, pelo fato do olhar “*ex-istir e resistir à linguagem*”, é que a vivência do jogo do olhar entre mãe-criança “*funda e fixa a condição de um inconsciente estruturado como linguagem*”. O olhar seria, portanto, o real da linguagem capaz de relançar o sujeito além das palavras, à espera de uma significação que advém do Outro. Vemos nas ideias de Queiroz uma conjectura ousada que evoca o desenvolvimento de pesquisas empíricas que possam confirmar essa primazia do olhar como forma de linguagem.

Camargo (2008), situa uma psicanálise do olhar que nos chama atenção por como também questiona a clínica psicanalítica pelo viés da pulsão escópica. No caso específico de sua pesquisa, a autora relaciona a questão dos sonhos dos cegos à presença ou não da pulsão escópica, considerando a ausência da visão e da memória perceptiva nesses pacientes. Interroga também a função do divã para a técnica analítica, quando os analisandos são cegos.

Para tanto, reconhece o olhar como percepção visual, constitutivo da experiência psíquica e mesmo como metáfora, examinando-o a partir das teorias da interpretação dos sonhos, da pulsão escópica e da técnica psicanalítica. Vemos como encorajador um estudo de tal monta, no sentido em que nos permite pensar o fazer do psicanalista em enquadres que escapam à materialidade sonora de um *setting* mais estandardizado.

6.6 A clínica do possível: uma clínica do mosaico

Se não existe, ao menos a rigor, uma clínica psicanalítica para o sujeito acometido pela ELA, há um possível dessa clínica que o psicanalista inventivamente pode construir junto a estes pacientes. A condição para que esse possível emergja passa pela assunção radical de uma posição clínica de escuta, sustentada pela transferência como assim nos ensinou Freud, mas ampliada pela técnica de Ferenczi e ressignificada pela perspectiva de Lacan. Mais do que isso, passa por se apropriar dos recursos e estratégias disponíveis como instrumentos de uma linguagem até onde esta possa fazer valer o sujeito do desejo no paciente da síndrome do encarceramento.

A psicóloga Rayanne Marques acredita que faz parte de sua função clarear a situação de modo que seja vista como algo real e que precisa de uma ação imediata. Nesse sentido, é sempre um atendimento *“que precisa de adaptações, mas não somente de material e dos aspectos práticos, mas da condição mesma do psicanalista estar ali diante do paciente”* (comunicação verbal, Marques, 2018). Em outro momento afirma que *“é preciso ser ali continência, alguém que vai trazer a clareza da estrutura que aquele paciente tem”*. E continua:

é um sujeito que ele tem conteúdo para falar, mas ele às vezes precisa resumir a coisa, ele precisa ser objetivo, para poder o outro entender, para o processo funcionar, para poder utilizar aquele tempo que se tem porque a gente tem um limite até do tempo do atendimento. (comunicação verbal, Marques, 2018)

A terapeuta diz perceber que nesses casos o paciente não necessariamente está aderindo ao que é proposto, mas que está coerente com o próprio desejo, na condição de seu querer, quando a dinâmica lhe é favorável. Isso é alcançar um potencial de elaboração. Diante de um paciente que chegue já sem a fala, os recursos são mínimos. É inevitável que essa elaboração seja limitante, mas o paciente expressar o que pode, de modo que essa expressão *“se construa dentro do possível”*. Isso porque, continua Marques, sempre que houver uma possibilidade, o sujeito expressará seu desejo primordial e suas necessidades, menciona, mesmo com o discurso limitado, restrito, seu desejo primordial.

Para Ilda Soares a questão da singularidade aparece como imprescindível. Diz a psicanalista que cada paciente desenvolve uma maneira única de lidar e para muitos, simplesmente estar juntos já era suficiente. Diz que não era seu propósito fazer uma análise, mas desenvolver um acolhimento a esses pacientes do ponto de vista psicanalítico, trabalhando com o que apresentassem como demanda, de modo que *“cada caso se torna cada caso, não dá para a gente generalizar”* (comunicação verbal, Soares, 2018).

Lembra Soares que é possível criar comunicação com os pacientes de ELA já em estado de anartria e que seus alunos, sob supervisão, fazem isso justo porque estas possibilidades existem. Garante que quem já teve a vivência nesse tipo de atendimento logo percebe que *“não é nenhum bicho de sete cabeças”*. Sugere também que pode ainda acontecer de que *“talvez até de olhar você já sabe o que a pessoa está dizendo”* (comunicação verbal, Soares, 2018). A psicanalista Ilda Soares conta ainda que vários pacientes constroem sua própria tabela com os tutores, de acordo com sua linguagem mais usual, de seu cotidiano, com vistas a uma comunicação que se dá espaço só dos dois, sem intermediação. Aqui é premente notar que o olhar pode ser uma entre outras ferramentas que permitam a manutenção de uma comunicabilidade necessária ao tratamento do paciente.

Soares ressalta que ouve conteúdos tanto da história de vida como questões que se colocavam naquele momento, embora não sempre com o paciente a sós. O diálogo se valia da via escrita, pelo entendimento dos sussurros, difíceis de entender, mas *“era possível alguma coisa e com cada um era construído alguma coisa”* (comunicação verbal, Soares, 2018). Para Rayanne Marques, a necessidade de provocar essas intervenções necessariamente adaptadas faz com que o terapeuta também se remodele. Observa que tal maleabilidade não difere na verdade do que já ocorre de certa forma na Psicanálise que Freud propôs. Marques, por sua vez, acredita que seu olhar tem funcionado e trazido possibilidades para o paciente e seus familiares. Cabe ao profissional se apropriar do que tem em mãos, de qualquer recurso ou estratégia que possibilite o trabalho. Sob uma visada psicanalítica, diz que *“a pulsão de vida, a pulsão de autoconservação pode existir”*, associando esse seu olhar com o processo de aceitação, mediante as adaptações que a clínica da reabilitação tem como proposta.

Acrescenta Marques que o estabelecimento de um vínculo se dá em um ritmo que de certa forma corresponde à praticidade que a situação exige. Um momento mais depressivo do quadro seria ainda no início, marcado por muita ansiedade e mesmo desespero de se querer resgatar, “*de querer ficar um pouco mais*”, de manter a situação que ainda é possível. O trabalho acontecia muito a partir daquilo que o paciente podia trazer para o atendimento no estúdio em que se encontrava

no que era possível. Se ele ainda escrevia, usávamos a escrita. Se ele falava, tentávamos entender. Completava a escrita com uma fala para tentar complementar e poder dar um sentido aquilo. Mas não posso dizer que aquilo fosse uma análise, não penso que seja. (comunicação verbal, Marques, 2018)

Na psicanálise, a exemplo de Ferenczi, é preciso ser pioneiro sempre. Diante de um outro desafio fronteiriço, há sim uma clínica psicanalítica possível para sujeitos acometidos pela ELA: uma “clínica de mosaico”, cuja montagem singular implica a articulação de diferentes recursos e estratégias onde a técnica é dada pela linguagem da transferência. Uma prancha alfanumérica ou de símbolos, um programa em um *tablet*, um código de piscar de olhos; um balbucio, um murmúrio, um olhar, o silêncio. Concluímos que é um olhar psicanalítico e uma escuta psicanalítica que pressupõem a construção do mosaico da clínica possível na ELA, em que o olhar se faz escuta na ausência da palavra.

O conjunto desses depoimentos nos leva a refletir quanto à importância de sustentar uma transferência positiva, o que em muito depende da atmosfera propiciada pelo psicanalista. Esse laço transferencial, quando colaborativo ao processo analítico junto a pacientes de ELA assume ali, portanto, um papel facilitador, ao lado de outras ferramentas teóricas e técnicas. Decerto, percebemos certa resignação diante da morte eminente do paciente e uma proposição de se trabalhar com os pacientes aparentemente de forma mais paliativa em alguns depoimentos. Embora isso não inviabilizasse uma atuação psicanalítica, partimos do pressuposto que é o sofrimento quem convoca o ingresso do analista em cena – ou naquela cela – mas não para despedi-lo, e sim invocá-lo, seja com a palavra, com a escuta ou com o olhar.

A despeito de que o *setting* seja variável em sua constituição, é preciso que o psicanalista não deixe de reconhecer que é parte primordial do ambiente e que pode ser acolhedor ou traumático. Aprendemos com Ferenczi que todo psicanalista é chamado a ser precursor no tocante ao desvendamento do discurso que enuncie o desejo daquele a quem escuta. É por força dessa militância ética de inspiração ferencziana que é preciso saber suportar os entraves e as recusas da (não) simbolização, ainda que numa dinâmica de ensaio-

e-erro que seja capaz de preservar a singularidade do outro. Ao mesmo tempo, cremos ser legítimo reconhecer pelas aproximações até aqui trazidas que um manejo habilidoso dos diferentes componentes desse mosaico produz a intersignificação necessária para uma clínica psicanalítica possível.

Como temos delineado ao longo dessa tese, a experiência subjetiva do *páthos* não é exclusivamente de caráter psicopatológico, psicossomático, psiquiátrico ou cognitivo, a despeito de que um adoecimento psíquico não é de todo inesperado e estados demenciais não são de todo insuspeitos. Contudo, não hesitamos em dizer que também o *páthos* se estrutura como uma linguagem, embora também quaisquer símbolos que possam dizer de sua experiência se confrontem com os limites da fala e da linguagem. Nesse caso, não nos referimos exclusivamente a uma impossibilidade comunicativa causada pela anartria, mas também à insubordinação do real ao simbólico, segundo Lacan.

Se como disse Gomes, a teoria é para nós pesquisadores e clínicos, escolhemos Freud, Ferenczi e Lacan. São, porém, insuficientes para armar e manter pujante o mosaico da linguagem. Somada a instrumentais teóricos, a linguagem da transferência – e da contratransferência – é a liga que articula cada peça do mosaico singular que a clínica pode dispor, desde pessoas outras a programas computacionais, passando pelo mais intrigante canal: o olhar pulsional do sujeito. Por falar em olhar, este é o olhar que fala, o olhar olhado do sujeito acometido pela ELA, pedra preciosa do mosaico transferencial da clínica possível.

Ao deslindar as formulações de Freud acerca da pulsão escópica, Nasio (1995) enceta o jogo dos três tempos da pulsão: olhar, olhar-se, ser olhado, os quais pensamos habitar o par analítico e marcar também a posição clínica de escuta perante um corpo pático. Esse é o exercício que vai na direção contrária de qualquer hipertrofia na escuta do psicanalista que ameace o sujeito um não-lugar pela falta da palavra e de acolhimento. Não raro, o olhar pode vir a se tornar a única possibilidade para amparar o método, a presença sensível e a empatia, da parte do psicanalista, e para veicular a linguagem pela via do simbólico a partir do discurso do sujeito na posição de paciente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa relação às coisas [...] tal como constituída pela via da visão e ordenada nas figuras de representação, algo escorrega, passa, se transmite, de piso para piso, para ser sempre nisso em certo grau elidido – é isso que se chama olhar.
Lacan, *O Seminário*, livro 11

A hipótese fundamental do inconsciente é, para a Psicanálise, necessária e legítima (Freud, 1996 [1915]). Sob os porosos contornos da consciência, a experiência do sofrimento psíquico do sujeito acometido pela ELA também é passível de se aceder, ainda que como em mosaico, dada a multiplicidade de caminhos singulares apontados pela transferência. Dessa feita, apostar em uma intervenção psicanalítica junto a pacientes de ELA passa pelo reconhecimento não somente de suas demandas do sujeito, mas pela garantia do desejo deste, pela via de um olhar e uma escuta psicanalítica. Se começamos essa reflexão demarcando um posicionamento que a clínica engendra para que haja uma escuta, é com essa maneira metafórica de enxergar o sofrimento silenciado do outro que se mostra como fundante e suporte para uma abordagem de Psicanálise dada pela linguagem da transferência.

A constante menção à imagem dos órgãos dos sentidos – a ideia de olhar e escuta psicanalítica – faz-nos pensar o quanto o fazer psicanálise está ligado à *percepção* do psicanalista, ideia valiosa para Ferenczi (2011[1931]). Decerto, não nos referimos aqui ao sistema perceptivo que se dá ordinariamente na consciência, mas a compreensão que opera sob o recalque desta, ou ainda nos meandros da linguagem. Tomar os atos de olhar e escutar algo “psicanaliticamente” como traços através dos quais somos capazes de identificar o múnus do analista não seria fazer da Psicanálise um sistema de pensamento, uma filosofia de vida? Além disso, tamanho o paradoxo, é de uma clínica que muitas vezes se resume à escuta de um olhar de que estamos falando.

Em uma passagem clássica de seu artigo *Sobre a psicoterapia*, Freud faz uma comparação didática a partir da qual se mesclam os sentidos da visão e da audição:

Comporte-se à maneira de um viajante que, sentado a uma janela do trem, descreve a paisagem, tal como se desenrola a seus olhos, para uma pessoa situada atrás de si. Enfim, nunca esqueça a sua promessa de ser inteiramente franco, não omita nada do que, por uma razão qualquer, lhe pareça desagradável dizer (Freud, 2010[1911-1913], p. 135).

A antológica metáfora a nós concedida por Freud ganha novos contornos se a trazemos para o contexto de uma clínica psicanalítica de sujeitos acometidos pela ELA. Imaginemos por um instante que um paciente no estágio avançado desse encarceramento

fosse encarregado da tarefa de narrar a paisagem àquele que estivesse sentado ao seu lado dentro de um trem em movimento. Mais de que o incômodo chocalhar do trem – o qual, diga-se de passagem, já foi matéria de diagnóstico na psiquiatria de outrora – haveria para esse paciente uma impossibilidade bastante concreta de descrever qualquer cena, interna ou externa. O psicanalista se “esticaria” para ver com seus próprios olhos? Ou teria de mudar de posição, sentar-se ele mesmo à vista do sujeito e enxergar no olhar e nas feições deste a paisagem que pediu para ser descrita? Com qual atenção e com qual sensibilidade poderia estar junto desse corpo-prisão do qual a linguagem escapa? Talvez a alternativa que restasse a esse analista fosse ver, pelo menos, a passagem refletida na retina do narrador de que uma doença tornou mudo.

Para nos apropriarmos dessa hipótese enquanto tese, foi preciso nos soerguemos sobre a configuração dita clássica da Psicanálise centrada na fala, historicamente tida como a condição *sine qua non* do trabalho analítico. Doamo-nos à tarefa de pensar além do já posto para ver que a associação livre abrange variantes que, não subvertendo a lógica da análise, permitem outros modos de apreensão. Demorei, mas compreendi que sequer a psicanálise tradicional jamais foi tradicionalista. Em um primeiro momento, siderado, imaginei que estava inventando a roda. Ledo engano, uma vez que já nas primeiras leituras sobre a saga de Freud descobri que ele reunia em si tanto a figura de um analista sobremaneira ortodoxo, quanto a de um primeiro subversivo, tal qual o próprio relata em diversos momentos de sua obra. Com o avançar da investigação, a aparente hegemonia da palavra na técnica psicanalítica logo cedeu lugar a uma compreensão mais radical e criativa do método psicanalítico, o que pode ser representado com excelência nas figuras de Sandór Ferenczi e de Jacques Lacan, dos quais extraímos aportes teóricos e técnicos para balizar nossa reflexão.

Todos com formação médica entre neurologia e psiquiatria, Freud, Ferenczi e Lacan têm em comum também o fato de serem não só exímios clínicos da Psicanálise como também investigadores originais. Cada um a seu modo, dão provas de que a formulação da ciência terapêutica do Inconsciente requer do pesquisador não se deter em deduções apressadas ou ideias pré-concebidas. O psicanalista, que é um pesquisador em sua essência, compreende que precisa ter uma postura científica sobremaneira atenta, se quiser ser capaz de auferir as leis do psiquismo profundo – e nisso, de uma linguagem – o qual logo elege como seu objeto permanente de estudo, que invariavelmente lhe escapa.

Fugaz ou escassa, quando não faltosa, a voz do sujeito materializa seu discurso e desvela seu desejo. É no âmbito do *setting* analítico que analista e analisando recriam, *a deux*, um encontro pela linguagem. A partir de posições diferentes, pactuam um processo que

vislumbra fazer emergir, ainda que em filetes, a torrente pulsional que subjaz à crosta de consciência do analisando. Trabalham na perspectiva de erigir uma tradução possível de conteúdos intangíveis por efeito do recalque. Tal um médico que ausculta um órgão, o psicanalista sonda o texto oral do paciente de onde infere o desejo não dito e o que ele carrega de proscrito. Contudo, vimos que a configuração de corpo dada pela ELA, de *páthos* e silêncio, remete-se a uma experiência singular de sofrimento psíquico refratária a protocolos e desafiante à própria singularidade do psicanalista enquanto pessoa.

A cena onde alguém padece enrijecido por força de uma doença remete-nos à impotência e ao imponderável. O clínico corre o risco de, siderado mediante o olhar de um corpo, estudar mais a doença do que do sujeito que nela habita ou ainda mais o encontro intersubjetivo ali possível e proposto. Mas, o sofrimento psíquico que não se compartilha, também não se endereça. Nesse sentido, para além da circunstância individualmente trágica do sujeito na ELA, acreditamos subsistir a possibilidade de um enfrentamento altivo e condigno. Com efeito, ao lado de todas falências que acompanham esse tipo de paciente, subsistem e sobrevivem suas potências, as quais a linguagem pode legitimar. Nisso compreendemos o psicopatológico como um atravessamento do Outro ao sujeito e deste para o seu psicanalista, capaz de produzir efeitos e cuja expressão é fonte de aprendizagem, conforme nos ensina a Psicopatologia Fundamental.

Concluimos que a clínica da síndrome do encarceramento é didática em nos ensinar que o sofrimento psíquico é reinventado em cada singularidade e determinante da posição clínica de escuta assumida pelo psicanalista. Aceder a clínica junto ao sujeito acometido pela ELA implica pensar técnica, linguagem e modo de presença do psicanalista. Essa prisão tem frestras – sendas para um cárcere onde o desejo resiste – e que podem compor o mosaico da transferência na escuta do possível desde que o psicanalista seja sensível e presente para montar esse código.

Por fim, a pesquisa evidenciou o olhar como um dos elementos mais sublimes do mosaico linguageiro que permite a um psicanalista acolher o paciente anártrico de ELA. Não se tratando necessariamente da única ou última via de acesso ao mundo interno do outro, é a mais intrigante, talvez a mais arcaica na história do sujeito (haja vista os ensinamentos de Lacan sobre a imaginarização no estádio do espelho), de modo que a investigação metapsicológica desse fenômeno fica aqui ensejada. A Psicanálise que se oferece a escutar apesar do mutismo determinado por uma lesão neurológica, pois conta com o recurso da transferência como alcance ao não dito. Ela vai desde um simbólico, onde plasticamente se representa, até um Real onde se esvai em silêncio. Dessa forma, podemos afirmar que, quando

se é possível sustentar o desejo por meio do discurso num campo transferencial, de alguma forma estamos num campo psicanalítico, reconhecido por um olhar ou uma escuta que assim se nomeie.

Depreendemos que o olhar e a escuta psicanalítica referidos como traços de uma intervenção, equivalem a pensar psicanaliticamente. As implicações dessa perspectiva desdobram-se em uma leitura ao mesmo tempo teórica e fenomênica do sintoma e do seu sentido, sendo, portanto, chaves de interpretação metapsicológica, capazes de contornar as maiores obtusidades na acessão do mundo subjetivo do outro. Em se tratando de um alguém cujo corpo paralisado pela ELA faz sofrer, esse olhar psicanalítico se ocupa muito mais do simplesmente sobre uma carga emocional, como disse uma das entrevistadas. Para além da superfície que é a consciência, temos com Lacan (1998) que o sujeito é mais falado do que fala, de modo de que há sempre uma inventividade em se arriscar-se a refletir com a Psicanálise em campos ainda por ela apenas timidamente explorados. As testemunhas oculares que aqui depuseram suas experiências de trabalho junto a pacientes anártricos bem poderiam parafrasear, ao menos em parte, o próprio Freud, quando este diz que as regras técnicas por ele trazidas são o produto de sua experiência em aplicá-las.

Enfim, constatamos que se comunicar em um atendimento psicanalítico condicionado a pranchas, computadores e congêneres apenas metaforiza ou acentua a intrínseca limitação que a linguagem impõe ao sujeito. Ou seja, a condição de não falar pela falência da musculatura é um simulacro do real, em que mimetiza a incompletude de toda tentativa de significação. Ainda que haja para qualquer pessoa a condição neurobiológica de articular palavras que pudessem dar conta do inconsciente, será sempre impossível dizê-lo em sua totalidade. Esta é díspar perante o que se quer dizer e o que a língua comporta. As circunstâncias adversas da ELA aumentam, por assim dizer, a espessura do muro da linguagem que existe sempre entre quem fala e quem escuta. Quando o paciente anártrico cala, é por ter esbarrado no real que grita em seu corpo.

Mas se é na fronteira onde se tocam o sofrer convexo de um paciente e a escuta côncava do analista que o inconsciente é forjado e se desvela, sua estrutura de linguagem também se produz em um atendimento psicanalítico de pessoas anártricas. A especificidade desse contexto apresenta-se, sem dúvida, como uma fronteira, um limite para o psicanalista, conforme os profissionais entrevistados testemunharam em diversos momentos. Desse modo, aqui estamos diante da aprendizagem dada pelo limite, da clínica, da linguagem, marcada pelo real. Ainda assim, entre muito do que esta tese nos ensinou, está o fato de que um psicanalista se legitima pela pessoa que é, forjada na experiência de sua análise pessoal, e pelo modo com

que se posiciona, afinal, pela disposição com que se inclina. A linguagem emerge quando há escuta, mesmo que essa se dê sob a forma de um olhar empático, silencioso e capaz de enxergar – ouvir – sentidos, dos que falam e dos que calam.

REFERÊNCIAS

- Abrela (2007). *Livreto informativo do resumo do XVII Simpósio Internacional de ELA/DNM* 30 de novembro a 2 de dezembro de 2006. Yokohama, Japão. Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica, Rio de Janeiro.
- Albon, M. (1994). *A última grande lição*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Albuquerque Gomes, A. de (2009). Linguagem e discurso na Psicanálise de Jacques Lacan. *Revista Iluminart do IFESP*, 1(20), 1-8.
- Arrivé, M. (2001). *Linguística e Psicanálise*. São Paulo: Edusp.
- Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. (2017). *Informações gerais*. Recuperado de <https://www.abrela.org/br>.
- Assoun, P-L. (1999) *O olhar e a voz: lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Barreto, R. A. (2016). Contribuições da Psicanálise à neurologia. *Estudos de Psicanálise*, 46, 143-150.
- BBC News/ Brasil (2017, agosto 21). *Como jovem armazena a própria voz (e risada) para quando não conseguir mais falar*. [Blog]. Recuperado de <http://www.bbc.com/portuguese/internacional-41006088>
- Berlinck, M. T. (2001). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Berlinck, M. T., & Oliveira, C. P. (2015). *Os cinco sentidos na Psicopatologia Fundamental*. *Psic. Rev.*, São Paulo, 24, (2), 167-179.
- Bezerra Junior, B. (2013). *Projeto para uma psicologia científica: Freud e as neurociências*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bezerra Júnior, B. (2006). O normal e o patológico: Uma discussão atual. In A. N. Souza, & J. Pitanguy (Orgs.), *Saúde, corpo e sociedade* (pp. 57-79). Rio de Janeiro: Ed. UFRJ
- Borges, C. F. (2003). Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. *Psicol. Estud.*, 8 (especial), 21-29.
- Breuer, J., & Freud, S. (1900 -1895). Estudos sobre a histeria. In: Freud, S. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago, pp. 15-297.
- Calado, E. F. (2007). *Psicopatologia Fundamental e a morte na doença Esclerose Lateral Amiotrófica* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.
- Calado, E. F. (2010). *O corpo silenciado e a expressão da vida psíquica no sujeito acometido pela Esclerose Lateral Amiotrófica* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-

Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

- Camargo, L. (2008). *A psicanálise do olhar: do ver ao perder de vista nos sonhos, na pulsão escópica e na técnica psicanalítica* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Carneiro, H. F. (2004). Sujeito, Sofrimento Psíquico e Contemporaneidade: uma posição. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4 (2), 277-295. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482004000200005&lng=pt&tlng=pt
- Casemiro, C. R. (2004). Comunicação visual por computador na esclerose lateral amiotrófica. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 67 (2), 295-300.
- Coelho, N. E. Jr. (2004). Ferenczi e a experiência da Einfühlung. *Ágora*, 7(1), 73-85.
- Coimbra, T. M., Ezequiel, C. T., Moreira, D.S., Morita, M. da P. A., Castiglione, L., e Bianchin, M. A. (2018). Comunicação Alternativa Ampliada na Esclerose Lateral Amiotrófica. *Arch. Health. Sci.*, 25 (3), 22-26.
- Couto, C. B. (2004). *O paciente oculto: revelando as consequências que o cuidar de um paciente de esclerose lateral amiotrófica promove na vida do cuidador familiar* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Cukiert, M., & Prizskulnik, L. (2002). Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 143-149.
- Depinay, M. L. (1988). *Groddeck: a doença como linguagem*. São Paulo: Papyrus.
- Díaz, F. G. (2006). Comunicando malas noticias em Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med. Intensiva*, 30 (9), 452-459.
- Dietrich-Neto, F., Callegaro, D., Dias-tosta, E., Silva, H. A., Ferraz, M. E., Braz de Lima, J. M., & Oliveira, A. S. B. (2000). Esclerose lateral amiotrófica no Brasil: registro nacional. *Arq. Neuro-psiquiatr.*, 58 (3), 607-615.
- Dunker, C. I. L. (2006). *Elementos para uma Metapsicologia da Corporeidade em Psicanálise*. Trabalho apresentado no II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, Belém, na Mesa Redonda Por uma Metapsicologia do Corpo (4.66.1), coordenação de Edilene Queiroz.
- Etchegoven, R. H. (2002). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferenczi, S. (2011-1909). *Transferência e introjeção*. São Paulo: Martins Fontes, pp. 88-123. (Obra original publicada em 1909).
- Ferenczi, S. (1990 -1932) *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (2011). *A técnica psicanalítica*. In Dupond, J. (Ed.). *Obras completas de Sándor Ferenczi: Psicanálise IV*. São Paulo: M. Fontes, pp. 407-419.

- Ferenczi, S. (2011-1931). Análise de crianças com adultos. In. S. Ferenczi, *Obras completas* (Álvaro Cabral, Trad., Vol. 4, 79-96). São Paulo, SP: Nartins Fontes. (Obra original publicada em 1931).
- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 7 (1), 75-86.
- Figueiredo, L. C. (2007). Metapsicologia do cuidado. *Psychê*, São Paulo, 11 (21), 13-30.
- Fortes, I., Winograd, M., & Perelson, S. (2018). Algumas reflexões sobre o corpo no cenário psicanalítico atual. *Psicologia USP*, 29 (2), 277-284.
- Foucault, M. (1978-1972). *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Freud, S. (1996a/1893-1895). *Estudos sobre a histeria*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996b/1893-1895). *Psicoterapia da histeria*. Estudos sobre a histeria. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996c/1893-1895). *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996-1895). *Projeto de uma psicologia para neurólogos*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1987-1900). *A interpretação dos sonhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (2a ed., Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1972-1905). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2010/1911-1913). *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("o caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos*. In Freud, S. Obras Completas (Vol.10), (P.C. de Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1996-1912). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996/1914-1916). *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996-1915). *O inconsciente*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1996-1930). *O mal-estar na civilização*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996-1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2013). *Sobre a concepção das afasias: Um estudo crítico* (E. de B. Rossi, Trad.). São Paulo: Autêntica.
- García Díaz, F. (2006). Comunicando malas noticias em Medicina. *Med Intensiva*, 30 (9), 452-459.
- Gewehr, R.A. (2015). Existe uma Weltanschauung da Psicanálise. *Cad. Psicanál.-CPRJ*, Rio de Janeiro, 37 (32), 63-84.
- Gomes, N.S. (2012). Esclerose lateral amiotrófica: uma visão psicossomática e psicanalítica – estudo de caso. In *Jornada Internacional de Enfermagem Unifra*, 2, São José dos Campos, SP: UNIFRA, 1-9.
- Jaspers, K. (2000) *Psicopatologia geral*. São Paulo: Atheneu.
- Kezem, J. (2010). Ferenczi e a psicanálise contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 44 (2), 23-28.
- Klautau, P., & Winograd, M. (2012). Abordagem psicanalítica da experiência de adoecimento neurológico: o trabalho de construção na transferência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 18 (1), 57-72.
- Klautau, P., Winograd, M., & Bezerra Jr., B. (2009). Normatividade e plasticidade: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica com pacientes neurológicos. *Rev. Mal-Estar e Subjetividade*, 9 (2), 551-574.
- Kupperman, D. (2003). Por uma outra sensibilidade clínica: Fale com ela, Doutor. Estados Gerais da Psicanálise, II *Encontro Mundial*, Rio de Janeiro, Brasil.
- Lacan, J. (1998-1949). *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In J. Lacan, *Escritos* (pp.96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1985/1955-1956). *O Seminário 3: As Psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1955-1956).
- Lacan, J. (1998/1957-1958). *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp.537-590. (Obra original publicada em 1957-1958).
- Lacan, J. (1985/1972-1973). *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1972-1973).

- Lacan, J. (1998). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In Lacan, J. Escritos. pp. 238-324. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (2009). *Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Leite Neto, L., & Constantini, A. C. (2017, setembro-outubro). Disartria e qualidade de vida em pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. *Rev. CEFAC*, 19 (5), 664-673.
- Linden Junior, E., Linden, D., B. de Mathia, G., Brol, A. M., Heller, P., D. Traverso, M. E., Schestatsky, P., Becker, J., & Gomes da Silva Filho, I. (2016). Esclerose Lateral Amiotrófica: Artigo de Atualização. In Linden Junior, E. et al. *Fisioterapia em Ação*, 21, Semana Acadêmica de Fisioterapia. Santa Catarina: UNOESC.
- Longo, L. (2006). *Linguagem e Psicanálise* (Coleção Passo-a-passo, 64). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Machado, B. F. V. (2011). Saussure, o discurso e o real da língua: entre linguística e psicanálise. *Rev. Alfa*, São Paulo, 55 (1), 271-286.
- Maniakas, G. F. (2016). O isso e a determinação inconsciente das doenças orgânicas: a contribuição de George W. Groddeck à psicanálise. *doispontos*., 13 (3), 107-116.
- Mello, M. P. de., Orsini, M., Nascimento, O. J. M., Pernes, M., Lima, J. M. B. de., Heitor, C., & Leite, M. A. A. (2009). O paciente oculto: qualidade de vida entre cuidadores e pacientes com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica. *Rev. Bras. Neurol*, 45 (4), 5-16.
- Melo, C. V. de., Magalhães, A. S., Carneiro, T. F., & Machado, R. N. (2017). As dimensões da comunicação na obra freudiana. *Contextos Clínicos*, 19 (2), 235-246.
- Meyer, A. V. (2009). O Discurso de Roma: ponto de inflexão da psicanálise. *Ide*, 32 (49), 170-176. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010131062009000200018&lng=pt&tlng=pt.
- Nasio, J. D. (Org.). (2010). *O silêncio na Psicanálise* (M. P. e Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Oppenheim – Gluckman, H. (2006). Dano ao pensamento e identidade subjetiva. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, 18 (1), 49-62.
- Ortega, F., & Bezerra Jr., B. (2006). O sujeito cerebral. *Mente e Cérebro*, 162, 16 -17.
- Osmo, A., & Kuperman, D. (2012). Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17 (2), 329-339.
- Palmeira, A. B., & Gewehr, R. B. (2015). Existe uma Weltanschauung da Psicanálise? *Cad. Psicanál.* – CPRJ, Rio de Janeiro, 37 (32), 63-84.

- Pereira, M. E. C. (2004, setembro). Pínel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, 7 (3), p. 113-116, Set. 2004. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142004000300113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004003011>.
- Petrucelli, L., & Gitler, A. D. (2017). Destravando o mistério da ELA. *Scientific American Brasil*, 15 (175), 22-27.
- Pontes, R. T. (2010). Alterações da fonação e deglutição na esclerose lateral amiotrófica: revisão de literatura. *Revista de Neurociências*, São Paulo, 18, (1), p. 69-73.
- Pontes, R. T., Orsini, M., Freitas, M. R. de., Antonioli, R. de S., & Nascimento, O. J. M. (2010). Alterações da fonação e deglutição na Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão de Literatura. *Rev. Neurocienc.*, 18 (1), 69-73.
- Portaria n. 496 (2009). *Dispõe sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas na Esclerose Lateral amiotrófica*. Secretaria de Atenção à Saúde - MS.
- Prado, L. de G. R., Bicalho, I. C. S., Vidigal-Lopes, M., Prado, V. de G. R., Gomes, R. S., Souza, L. C. de., & Teixeira, A. L. (2017). Depressão e ansiedade em uma série de casos de esclerose lateral amiotrófica: frequência e associação com aspectos clínicos. *Einstein*, 15 (1), 56-60.
- Py, L., Rodrigues, A. Simões, A. L., Santos, C., Teixeira, M., Altoé, S., & Lima, J. M. B. de (1996). Abordagem psicológica na esclerose lateral amiotrófica. *Rev. Bras. Neurol.*, 32, 7-10.
- Ravanello, T., Dunker, C. I. L., & Beividas, W. (2017). Uma via indireta para a abordagem do afeto: libido, gozo, pulsão escópica. *Tempo psicanalítico*, 49(1), 9-36. Recuperado em 18 de agosto de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Ribeiro, M. S.C., Ribeiro, I.M., Abreu Filho, A. G. de, Steiner, A.L. (2006). *Estudo de caso de um paciente com esclerose lateral amiotrófica (ELA): considerações a partir de seções de tutoria*. São Paulo: APOIAR / USP, 1-18.
- Ribeiro, T.C. (2016). A mania como destino do luto. *Cad. Psicanál. (CPRJ)*, Rio de Janeiro, 38 (35), 179-189.
- Riolfi, C. R. (2011). Corpo e responsabilidade: efeitos da psicanálise sobre portadores de doenças neurodegenerativa. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 6 (1), 241-265.
- Rocha, A., Junior, E. S., Germano, O. F. M., & Chiavassa, R. (2008). *Efeito Fátima: lições das soluções espontâneas para problemas graves*. São Paulo: IPLA – USP.
- Rodrigues, A., & Carvalho, T. (2005). Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (4), 754-768. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142005004012>.

- Roudinesco, E. (2005). *O Paciente, o Terapeuta e o Estado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Editor.
- Sales, L. S. (2004). Linguagem no Discurso de Roma: programa de leitura da psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 49-58. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000100007>.
- Sanchez, G. P. (1993). Para ler Ferenczi. *Percurso*, 10 (1), 64-71.
- Santos, R. G. (2013). *Acompanhamento terapêutico de pacientes neurológicos: uma experiência de ensino em Psicanálise* (Tese doutorado). Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Schindwein-Zanini, R., Queiroz, L. P., Claudino, L. S., & Claudino, R. (2015). Aspectos neuropsicológicos da Esclerose Lateral Amiotrófica: Relato de caso. *Arq. Catarin Med.*, 44 (1), 62-70.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17 (1), 29-41.
- Simon, C. R., & Guimarães, R. B. (2016). Geografia, trabalho e saúde: o sentido da vida na fala de sujeitos com Esclerose Lateral Amiotrófica. *Revista Pegada*, 17 (2), 74-89.
- Singer, F. (2002). *A Teoria e seu objeto. Psicanálise e Psicopatologia Fundamental*. In E. F. Queiroz & Silva, A.R.R. Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta.
- Soussumi, Y. (2004). O que é neuro-psicanálise. *Ciência e Cultura*, 56 (4), 45-47. Recuperado de http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252004000400019&lng=en&tlng=pt.
- Universidade de São Paulo. (2017). *Instituto de Psicologia da USP: projeto APOIAR*. Recuperado de <https://www.ip.usp.br>
- Winograd, M., Campos, F. S. de., & Drummond, C. (2008). O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. *Rev. Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, 8 (1), 139-170.
- Xerez, D. R. (2008). Reabilitação na Esclerose Lateral Amiotrófica: revisão da literatura. *Acta Fisiatr.*, 15 (3), 182-188.
- Zambelli, C. K., Tafuri, M. I., Viana, T. de C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, 25 (1), 179-195.
- Zanini RS, Queiroz LP, Claudino LS, Claudino R. Aspectos Neuropsicológicos da Esclerose Lateral Amiotrófica: Relato de Caso. *Arq. Catarin Med.* 2015;44(1): 62-70.
- Zimmerman, D. (2004). *Manual de Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.