

A PERSONA DO ANALISTA FRENTE A NECESSIDADE DE DEFINIÇÃO DE UMA CONDUTA MÉDICA

THE PERSONA OF THE ANALYST WHEN FACING THE NEED TO DEFINE A MEDICAL CONDUCT

Mônica Giacomini Guedes da Silva

RESUMO

A clínica a qual pretendo me ater neste artigo é a de Afecções Paralíticas, do Instituto de Ortopedia do HCFMUSP com pacientes vítimas de Paralisia Cerebral. A avaliação psicológica com esses pacientes ajuda a definir a conduta que o médico irá adotar em relação a um procedimento cirúrgico. A avaliação psicológica tem por principal foco neste grupo, observar o desenvolvimento e a estrutura emocional do paciente, juntamente à sua dinâmica familiar, com o objetivo de pensar na possibilidade de adesão e colaboração no pós-operatório.

Fazendo uma correlação deste trabalho desenvolvido no hospital, com o papel do psicólogo junto ao paciente e aos familiares desta clínica, proponho uma reflexão ao *conceito Junguiano de Persona*, enfocando a *Persona do Analista* em relação a esta responsabilidade de definição da elegibilidade cirúrgica de um paciente, considerando sua estrutura emocional.

ABSTRACT

I intend to focus this article on the Paralysis Affect clinics, of the Orthopedic Institute of the HCFMUSP with patients who are victims of mental paralysis. The psychological evaluation with those patients helps to define the conduct that the doctor will adopt with respect to a surgical procedure. In this group, the major goal of the psychological evaluation is to observe the development and the emotional structure of the patient, together with the family's dynamics, with the objective of considering the possibility of approval and collaboration after the surgical procedure.

Making a correlation of the work conducted at the hospital with the role of the psychologist together with the patient and family users of this clinic, I propose a reflection to the *Junguiano* concept of persona, focusing on the persona of the analyst in relation to the responsibility of defining the surgical eligibility of a patient considering his/her emotional structure.

O Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, além de prestar assistência a pacientes vítimas de trauma físico, atende diversas clínicas de patologias ortopédicas, muitos dos quais necessitam de intervenções cirúrgicas. A clínica a qual pretendo me ater neste artigo é a de Afecções Paralíticas, onde atuo há 14 anos com pacientes vítimas de Paralisia Cerebral.

Nesta clínica, devido à própria especificidade da doença, a maioria dos pacientes atendidos são crianças, sendo um dos focos prioritários do grupo, uma avaliação dirigida ao paciente e sua família, vista como extensão do paciente em todas as etapas do tratamento.

A Paralisia Cerebral foi descrita pela primeira vez em 1843 pelo médico William John Little, ao estudar crianças portadoras de rigidez espástica, sendo denominada como Síndrome de Little. Em 1862, considerou que dificuldades no trabalho de parto, prematuridade, demora para chorar e para respirar ao nascer, coma e convulsões nas primeiras horas de vida, eram alguns dos responsáveis pelo quadro então definido como “rigidez espástica dos membros do recém-nato”. (Ferraretto & Souza, 1998).

Little instituiu como possíveis causas da Paralisia Cerebral, intercorrências durante o período peri e pós-parto, tendo suas considerações prevalecido por quase um século. Freud acrescentou as causas pré-natais. (Guazzelli, Stewien, Pereira & Lefèvre, 2003).

O termo Paralisia Cerebral foi proposto em 1897 por Sigmund Freud, em colaboração com o estudo realizado com cinquenta e três crianças, organizado pelo Dr. M. Kassowitz, no primeiro Instituto Público de Doenças Infantis de Viena. Freud propôs este termo devido à dificuldade de se distinguir os diversos tipos de diplegias cerebrais em quadros separados e destacou que esta denominação deveria ser utilizada “no momento, como um conceito clínico coletivo para todo um conjunto de afecções similares com etiologia exógena”. (Freud, 1897).

Segundo Souza (1997) Paralisia Cerebral é o termo usado para designar um grupo de desordens motoras não progressivas, porém sujeitas a mudanças, resultante de uma lesão no cérebro nos primeiros estágios do seu desenvolvimento. Esta definição foi proposta por Hagberg em 1989 e aceita na Sociedade Internacional de Paralisia Cerebral. Essa lesão pode ser decorrente de uma anóxia, infecção, traumatismo, malformações e outros, com uma variabilidade de tipos clínicos e diferentes prognósticos funcionais.

Dependendo da localização do corpo que foi afetada, os tipos clínicos apresentam subdivisões anatômicas: Tetraplegia (quando os quatro membros estão comprometidos de igual forma e intensidade); Diparesias (quando os membros superiores apresentam melhor função do que os membros inferiores); Hemiparesia (quando apenas um dos lados do corpo - sendo um membro inferior e um superior – é acometido, podendo ser o lado direito ou esquerdo).

A Paralisia Cerebral, além de trazer comprometimento de ordem motora, pode trazer prejuízos na capacidade cognitiva, na linguagem, visão e audição. Deste modo, o tratamento da PC, segundo Ferraretto (1997) não deve ser de responsabilidade de um único especialista. O trabalho multidisciplinar necessita de médico ortopedista, neurologista, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiologista e assistente social. São pacientes que necessitam de várias intervenções cirúrgicas, com o objetivo de atenuar as seqüelas motoras decorrentes da lesão, entretanto sem chances de cura da patologia.

Tratar uma criança com PC envolve necessariamente, a cooperação dos pais para conjuntamente aos profissionais, ajudá-la a desenvolver suas capacidades. No entanto, deve-se levar em conta as habilidades dos pais para seguirem as orientações, pois muitas vezes questões emocionais familiares, decorrentes da própria aquisição da deficiência podem comprometer a adesão dos mesmos ao tratamento proposto.

A finalidade do tratamento é obter uma melhora nas atividades funcionais do paciente, portanto não deve ser considerado no tempo despendido nas terapias (psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional), mas deve estar relacionado às atividades diárias.

Atualmente o termo Paralisia Cerebral refere-se a um grupo de desordens sensoriais e motoras não progressivas (tônus e postura), porém sujeitas a mudanças, resultantes de

uma lesão cerebral que pode ocorrer no período pré, peri ou pós-parto, ou seja, enquanto o cérebro ainda é imaturo, interferindo no desenvolvimento cerebral. (Guazzelli e col. 2003).

O grupo de Afecções Paralíticas do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP é uma equipe cirúrgica, onde todos os profissionais irão avaliar os pacientes com o foco na adesão e colaboração dele e da família, frente a uma intervenção cirúrgica. São estas cirurgias ortopédicas de membros inferiores ou superiores, com o objetivo de melhorar a função motora do membro “atrofiado” ou paralisado, devido à seqüela da PC.

Estas cirurgias são eletivas, não havendo necessidade na maioria dos casos, de uma intervenção rápida, emergencial. Para uma melhora efetiva destes pacientes mediante o procedimento cirúrgico, é de suma importância a colaboração pós-operatória no trabalho de reabilitação, que tem por finalidade fortalecer a musculatura que foi submetida a esta intervenção. Se o paciente não colaborar ou não tiver apoio e continência familiar (fundamental neste processo), corre sérios risco de recidiva do procedimento operatório, invalidando todo o trabalho feito até então. Caso o paciente não colabore ou não participe ativamente dos exercícios propostos, os quais exigem muito sacrifício e capacidade de tolerância à dor, o resultado da cirurgia é perdido, o que pode acarretar em uma recidiva à condição anterior, inviabilizando o ganho estimado.

Dentro da rotina do grupo, após ser avaliado por todos os profissionais, este paciente participa de uma consulta interdisciplinar, onde será definida a conduta da equipe.

Avaliação Psicológica

Em relação à Psicologia, desde meados da década de 50, o hospital vem oferecendo suporte para questões abrangidas em um novo cenário, que transcende os consultórios, com o início do trabalho do psicólogo hospitalar. Diferentemente da atuação clínica, num contexto hospitalar, o psicólogo constrói um foco mais abrangente de trabalho, ao direcionar sua assistência além das questões emocionais do paciente inserido na Instituição.

Na prática clínica, o suporte terapêutico direcionado à família do paciente atendido, se concentra em dados de anamnese e orientações, se necessárias. No ambiente hospitalar, devido à repercussão da enfermidade e à necessidade de adesão aos tratamentos propostos,

a família é vista por este profissional como uma extensão do paciente, necessitando, em muitos momentos, além do trabalho de orientação, uma assistência terapêutica focada na problemática do paciente enfermo.

A avaliação psicológica com esses pacientes ajuda a definir a conduta que o médico irá adotar em relação a um procedimento cirúrgico. Isto ocorre porque mediante uma cirurgia, no período pós-operatório, o paciente é submetido a sessões de fisioterapia com a finalidade de trabalhar a mobilidade do membro operado. Nisto irá consistir o resultado do procedimento cirúrgico.

A avaliação psicológica tem por principal foco neste grupo, observar o desenvolvimento e a estrutura emocional do paciente, juntamente à sua dinâmica familiar, com o objetivo de pensar na possibilidade de adesão e colaboração no pós-operatório.

Devido a questões da deficiência física decorrente das seqüelas motoras e suas implicações no próprio paciente e em sua dinâmica familiar, o que se observa em muitos casos, são dificuldades emocionais desses pacientes em relação à deficiência em si.

Percebe-se um comprometimento em sua auto-estima e em sua auto-imagem corporal. O paciente estrutura defesas prejudicando desta maneira, sua interação psicossocial e a manutenção de vínculos afetivos saudáveis. Os pais também apresentam dificuldades e resistências na relação estabelecida com a deficiência do filho. Essas dificuldades, em muitos casos direcionam esses pais a um movimento superprotetor em relação a essa criança, que pode comprometer seu desenvolvimento emocional e impossibilitar a ela administrar os limites impostos dentro e fora de seu ambiente familiar. Essas dificuldades emocionais podem comprometer a colaboração do paciente no tratamento fisioterápico pós-operatório.

Quando a avaliação psicológica percebe sérios entraves emocionais que suscitem importantes questionamentos em relação à adesão do paciente após a cirurgia, a posição do médico é de adiar a intervenção para que o paciente possa primeiramente se submeter a um acompanhamento psicológico. Ele orienta a família em relação à importância do tratamento das questões emocionais que poderiam interferir em uma evolução satisfatória na reabilitação.

O psicólogo fica encarregado de orientar a família e encaminhar o paciente para um acompanhamento psicológico, estabelecendo um contrato de reavaliações periódicas até o

momento em que ele apresente condições emocionais para dar segmento ao tratamento cirúrgico proposto.

O Arquétipo de terapeuta-paciente e a Persona do analista

Fazendo uma correlação deste trabalho desenvolvido no hospital, com o papel do psicólogo junto ao paciente e aos familiares desta clínica, proponho uma reflexão ao conceito *Junguiano de Persona*, enfocando a *Persona do Analista* em relação a esta responsabilidade de definição da elegibilidade cirúrgica de um paciente, considerando sua estrutura emocional.

Inicialmente os pais, quando procuram o tratamento no hospital, chegam com muita expectativa. Depositam na cirurgia idealizações de cura da deficiência, sendo que a maioria não tem noção da irreversibilidade das seqüelas motoras.

Para eles, de início é muito difícil pensar que qualquer outro tratamento possa ser prioritário à cirurgia. Quando percebem que este procedimento, tão esperado, fica na dependência de uma avaliação psicológica, diferentes relações transferenciais são estabelecidas com o psicólogo, que passa a ter, no imaginário deles, o “poder” de definição do momento em que esta intervenção se realizará. O psicólogo passa a ser a grande fonte de ajuda e esperança, um deslocamento da figura do médico.

E para o psicólogo como se dá este processo de definição de uma indicação cirúrgica? Da expectativa da família e da responsabilidade que a equipe lhe confere? Mediante este contexto, como este profissional poderá vivenciar uma relação saudável com sua persona de analista?

Para Jung, a persona é uma estrutura de personalidade responsável pelo relacionamento do indivíduo no meio social. A persona designa originalmente a “máscara” usada pelo ator, significando o papel a ser representado. Aparenta uma individualidade, quando na realidade não passa de um papel, no qual fala a psique coletiva. Nossa persona é a forma pela qual nos apresentamos ao mundo. É o caráter que assumimos; através dela nós nos relacionamos com os outros. A Persona tem aspectos tanto positivos quanto negativos e é também um instrumento precioso para a comunicação. À medida que começamos a agir

de determinada maneira, a desempenhar um papel, nosso Ego se altera gradualmente nessa direção.

Sendo a persona um compromisso do indivíduo com a sociedade, o psicólogo que se vê com a responsabilidade de definir uma conduta médica, corre o risco de sucumbir a este olhar de autoridade e poder que é conferido. “Vestir” esta persona pode fazê-lo assumir uma postura onipotente.

Um paciente muitas vezes deposita na figura do analista uma imagem de “saber absoluto”. Espera que o psicólogo indique o caminho e lhe dê as respostas. Acredito ser este um dos grandes desafios da construção da persona deste profissional, pois a persona é importante e funcional, mas se o analista ficar “grudado” nela pode ficar identificado, escravizado por ela e perder sua própria identidade.

O relacionamento do psicólogo com o paciente é uma *relação arquetípica*. “Arque” significa início, origem, e “Tipo” significa figura, imagem, retrato, modelo, o que sugere “estrutura primária” ou “imagem primordial”.

O arquétipo foi definido por Jung como uma potencialidade inata de comportamento. Os arquétipos se constituem como uma matriz psíquica comum a toda humanidade e por seu intermédio somos impulsionados a repetir algumas situações típicas e viver experiências, funcionando como um pano de fundo destas mesmas. Somos de certa forma guiados pelo arquétipo, herdamos não a experiência e sim o potencial para viver a experiência daquela forma ou repetir papéis.

Sua situação básica contém uma polaridade. O indivíduo reage arquetipicamente a alguém ou a algo quando se defronta com uma situação típica e recorrente. Quando um indivíduo necessita de acompanhamento psicológico, apresentando dificuldades emocionais que geram sofrimento psíquico, constela-se o *arquétipo do terapeuta-paciente*. Esse arquétipo pode ser destrutivo se ativar no analista um complexo de Deus, configurando assim, uma relação de poder entre ele e o paciente.

Em uma relação onde o poder seja dominante, o analista inconscientemente tenta transformar o paciente em objeto. O paciente passa então, a ser manipulado pelo analista segundo os próprios interesses desse profissional. Essa situação acentua a noção de que o sujeito (psicólogo) tem sua própria importância e isenta o objeto (paciente) de qualquer responsabilidade.

Uma rigidez da persona do analista enquanto um “detentor do saber da mente humana” pode limitar a possibilidade do psicólogo acessar suas próprias inseguranças e dúvidas em relação a definição de uma avaliação diagnóstica. Analisar a própria persona profissional pode permitir ao analista uma conexão mais profunda com seus conteúdos inconscientes, pois ela é um composto de características individuais. Ao mesmo tempo em que protege o indivíduo, também o revela quem realmente é.

No *arquétipo do “terapeuta ferido”* o analista tem um paciente interior. No entanto, se ocorre a repressão deste pólo, o psicólogo sente que as deficiências estão somente no paciente e ele próprio está protegido. Não será mais o terapeuta ferido que confronta os pacientes e neles constela o fator curativo interior. Deste modo, o analista reprime um pólo do arquétipo e projeta a deficiência completamente no paciente, identificando-se exclusivamente com o pólo da saúde.

Entretanto, um arquétipo cindido procura sempre recuperar sua polaridade original. A reunificação com o aspecto ausente da polaridade pode ocorrer através do poder. O analista transforma seu paciente em um objeto de seu impulso de poder. A relação terapeuta-paciente fica então caracterizada por um distanciamento afetivo e a persona do analista pode ficar vinculada a este “saber absoluto”.

Fazendo uma correlação deste Arquétipo com a Mitologia Grega podemos pensar na figura de *Quíron*, “um centauro, metade homem-metade cavalo, filho da união ilícita entre o deus grego imortal Cronos (Saturno), que tomou a forma de um cavalo, e uma mortal, a ninfa do mar Filira. Era neto de Urano (Céu) e Gaia (Terra), meio-irmão de Zeus (Júpiter). Era também um imortal, portanto em parte divino em parte animal. Rejeitado pela mãe, horrorizada com sua aparência, abandonado pelo pai, a rejeição parental foi sua primeira ferida.

Foi acolhido e educado por Apolo (Sol) e Ártemis (Lua) e recebeu deles os ensinamentos que o tornaram um grande sábio; estudou uma ampla variedade de assuntos desde artes, música, poesia, filosofia, lógica, ciência, ética, artes marciais, artes divinatórias e profecias, incluindo Astrologia. Seu lado animal deu-lhe sabedoria terrena e proximidade com a natureza, conhecendo as propriedades medicinais das ervas, ele praticava a cura e a naturopatia.

Sua fama como sábio espalhou-se e tornou-se um mestre e educador para muitos filhos de deuses e mortais, iniciou terapeutas, músicos, magos e guerreiros, incluindo Orfeu, Asclépio, Hércules, Jasão, Aquiles.

Acidentalmente foi ferido na coxa por Hércules, um de seus alunos, com uma seta envenenada com o sangue da tenebrosa Hidra de Lerna. O veneno era tão potente que fez uma ferida incurável, até mesmo para a medicina de Quíron. Não morreu por ser um imortal, mas sofreu terrivelmente. Fez então, um pacto com o titã Prometeu (que havia sido castigado por Zeus por ter roubado o fogo dos deuses e entregue aos homens e estava acorrentado a uma montanha, bicado eternamente no fígado por abutres) e renunciou à sua imortalidade, tomando o lugar e descendo ao Hades. Assim ambos libertaram-se de seus sofrimentos”. (<http://www.holoalternativo.com/Pesquisaquiron.html>)

Quíron está relacionado ao tema da dor e da cura. Representa o Arquétipo do “Curador Ferido”. A nível pessoal representa a natureza das feridas psicológicas mais profundas, que recebemos nas primeiras fases da vida, conflitos e problemas que exigem solução, com origem na infância ou que são inconscientes, mostrando áreas em que somos vulneráveis. A configuração de Quíron quase sempre descreve o tipo de conexão existente entre o indivíduo e seu sofrimento interno, bem como um caminho passível de levá-lo à cura.

Em relação à construção da persona profissional, existe certa escolha do analista. É esta persona que lhe permite a expressão, o se relacionar. É importante que o Ego do analista possa se livrar de uma autonomia da persona, ajudando-o a desenvolver nela um potencial criativo, que é a fase externa da psique.

No caso da persona profissional do analista, este potencial pode aproximá-lo do *arquétipo do mestre aprendiz*, mediante a possibilidade de não só cuidar e orientar, mas também aprender com seu paciente, permitindo uma maior aproximação com a realidade que lhe é explicitada em uma determinada dinâmica familiar. Essa aproximação pode trazer uma maior segurança na condução de suas orientações e no discernimento da melhor alternativa a ser escolhida.

Lidar com a persona é um processo de crescimento pessoal, pois o espelho que está por traz da máscara revela a verdadeira face do indivíduo. É o momento ao qual o psicólogo poderá ter a chance de lapidar sua persona. Isso pode gerar questionamentos

profundos e acesso a conteúdos sombrios, que no tema do trabalho descrito na clínica de Afecções paralíticas, remete à questão da relação que este profissional estabelece com suas próprias deficiências e incapacidades.

O contato com a *sombra* pode possibilitar ao psicólogo elucidar dificuldades e entraves pessoais que o angustiem em momentos de definição de um posicionamento profissional. É um confronto de sua conduta com os prováveis efeitos e implicações do que se vai fazer. Penso que esse questionamento ajuda o analista a ter uma maior conscientização destas implicações.

Quando uma persona é flexível, não encobre a individualidade do profissional, que então perpassa esta persona. O analista pode deste modo, se aproximar do paciente e de sua família, desmistificando um lugar idealizado e inacessível. Esta aproximação ajuda o psicólogo a administrar uma necessidade de definição de uma conduta e permite que ele possa dividir com os pais do paciente a responsabilidade pela condução de um parecer que leve em consideração a subjetividade do lugar ocupado pelo tratamento, as expectativas de melhora do próprio paciente e a relação até então estabelecida com a deficiência.

Se o analista for capaz de experimentar a deficiência como uma possibilidade existencial em si próprio e com isso integrá-la, poderá se transformar em um verdadeiro “*terapeuta ferido*”.

Referências Bibliográficas:

- Craig, A. G. (1978). O abuso do poder na psicoterapia e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério. Rio de Janeiro: Edições Achiamé Ltda.
- Ferraretto, I., Souza, A. (1997). organizadores.- Como tratamos a Paralisia Cerebral: Reabilitação. São Paulo: Escritório editorial.
- Hopcke, R. H. (1995). Persona - where sacred meets profane. Boston / London: Shambhala.
- Jung, C.G. (2002). O desenvolvimento da personalidade. (8ª ed.) Petrópolis: Editora Vozes Ltda.
- Villares, L. F. (1990). O arquétipo do mestre aprendiz: Considerações sobre a vivência. São Paulo: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (nº 8), página 72 – 99 página.
- Whitmont, E.C. (1991). O retorno da Deusa. São Paulo: Summus.