

Psicoterapia e Neurociências  
50 minutes conversation  
Óscar Gonçalves  
Lisboa, Fevereiro 2011

A.Henriques: Óscar, obrigado por aceites este convite da Sociedade e este formato de entrevista. Nos últimos anos o teu percurso sugere uma crescente aproximação à biologia, às neurociências e à experimentação. Como é que te situas hoje em termos teóricos e meta-teóricos? Continuas um cognitivista, um comportamentalista, um construtivista? Sentes-te tanto investigador, como neurocientista, como psicólogo clínico, sem que daí resulte necessariamente qualquer incompatibilidade ou contradição?

Óscar Gonçalves: São uma série de questões e não são fáceis. Antes de mais, obrigado Aníbal por este convite, por esta oportunidade para esta conversa. Se calhar uma das coisas que me aproximou mais das neurociências foi o desalento com essa excessiva carga ideológica que as psicoterapias têm e vêm tendo nos últimos anos - se se é cognitivista, se é comportamentalista, se é humanista, experiencial... - Eu julgo que isso testemunha algum atraso do desenvolvimento da psicologia em geral e da psicoterapia em particular, que é um pouco o produto da nossa ignorância acerca do que é a patologia em termos psicopatológicos e quais são os principais ingredientes da mudança terapêutica. E foi isso. Foi um processo de afastamento progressivo - com esta balcanização da psicologia - e a aproximação às neurociências foi também um regresso. Eu comecei (não sei se sabias isso) eu comecei na área da experimentação e comecei na área da psicofisiologia. O meu primeiro trabalho foi como monitor de psicofisiologia (...).

A.H.: Embora a estudar os processos subliminares, não é?

O.G.: Mesmo antes disso, comecei a investigar sono (já há muitos anos, em 1979, foi o primeiro trabalho que eu tive) e pronto, depois fui fazendo o meu percurso. Portanto, eu continuo-me a considerar um psicólogo, continuo a ser um clínico, sou um psicoterapeuta e eu acho que a psicoterapia ganha imenso com a aproximação às neurociências. Uma metáfora que eu utilizo hoje em dia com os meus alunos - nem todos gostam - é a metáfora da fisioterapia. Eu acho que a psicoterapia deve tomar como modelo a fisioterapia. Ou seja, essa capacidade de nós percebermos o que é que está mal e recuperarmos funcionalmente o nosso paciente de uma forma o mais específica possível. Para isso precisamos de compreender muito melhor a patofisiologia e as implicações que a recuperação funcional - neste caso funcional psicológica - trazem nesta patologia. Eu penso que hoje em dia a psicoterapia ainda está muito como 'sauna e massagens' - uma pessoa tem uma lesão no joelho e vai fazer uma massagem, tem umas saunas, mas não tem um trabalho de recuperação funcional. Eu acredito que a psicologia irá evoluir para uma maior especificidade, para guiarmos estereotaxicamente a nossa intervenção, portanto sendo muito mais específica, muito mais focal, muito mais centrada na funcionalidade e para isso, obviamente, as neurociências penso eu que estão a ajudar.

A.H.: São o caminho.

O.G.: Ajudam bastante neste processo.

A.H.: Muito bem. Esta assumida aproximação às ciências biológicas e bio-comportamentais, às neurociências, significa apenas uma maior valorização das variáveis biológicas ou também uma desvalorização das variáveis psicossociais.

O.G.: Significa, provocatoriamente, uma maior valorização das variáveis sociais.

A.H.: Explica lá isso.

O.G.: Por que... uma forma, às vezes errada, das pessoas perceberem algum do desenvolvimento das neurociências é pensar que a contribuição das neurociências para a psicologia passa por um determinismo neurobiológico, um determinismo biológico. Ora o avanço das neurociências vai precisamente no sentido contrário - no sentido de mostrar como é que a funcionalidade psicológica altera a matéria biológica, produz plasticidade biológica. E, portanto, a mim exactamente o que me interessa é como é que nós podemos utilizar a funcionalidade - o psicológico, o comportamento, a cognição nas suas várias dimensões, a linguagem, a percepção, a memória, a emoção - para produzir plasticidade em termos dos sistemas neurobiológicos. E essa tem sido a grande contribuição das neurociências. Eu costumo dizer aos meus alunos que quando eu estudava, nos anos 70 e era aluno de psicofisiologia, se nós disséssemos que os neurónios continuavam a multiplicar-se na vida adulta reprovávamos. Hoje, se dissermos que não há neurogénese na vida adulta reprovamos.

A.H.: Grande diferença, não é?

O.G.: Portanto, quer em termos de neurogénese, quer em termos de sinaptogénese - portanto do aumento da plasticidade sináptica e do aumento da plasticidade neuronal, portanto do aumento do número de neurónios - é uma das evidências maiores que nós temos, quer no ser humano, quer nos vários modelos animais. Portanto, há de facto uma aproximação, eu diria, aos modelos psicológicos e aos modelos sociais, no sentido de demonstrar a eficácia que eles têm na alteração dos processos neurobiológicos. Ou seja, a mim não me interessa como é que nós podemos utilizar processos biológicos (interessa-me, mas não enquanto operante do próprio sistema) como é que podemos utilizar neurocirurgia ou como é que utilizamos psicofarmacologia para produzir plasticidade nos vários sistemas neuronais, para alterar as várias redes de comunicação neuronal. A mim o que me interessa é como é que nós podemos trabalhar psicologicamente para alterar isso. Mais uma vez, voltamos ao modelo da fisioterapia - o fisiatra receita um anti-inflamatório, o fisioterapeuta produz uma funcionalidade no músculo ou na articulação para recuperar a estrutura neurobiológica e, obviamente, a recuperação da estrutura neurobiológica cria espaço para a expansão dos sistemas cognitivos e dos sistemas comportamentais. Portanto, estou mais próximo da psicologia por causa da neurobiologia.

A.H.: Perfeito, fantástico. A teu ver, que contributos estão já as neurociências a dar para um abrir de horizontes da psicoterapia? Por exemplo, os trabalhos do Dan Siegel, do Louis Cozolino, que tentam precisamente fazer a ponte entre psicoterapia e neurociências. Ou

seja, o conhecimento do cérebro pode mesmo informar e influenciar a psicoterapia de forma determinante ou devemos prepararmo-nos para o desaparecimento da psicoterapia ultrapassada por uma nova ciência?

O.G.: Hum-hum. Boas questões. Para já começando pelo Cozolino ou pelo Siegel, eles não dão nenhum contributo em si. Quer dizer, são duas obras introdutórias importantes que chamam a atenção para avanços na neurobiologia e como é que esses avanços da neurobiologia podem contribuir para pensar a psicoterapia de uma forma diferente. Há sempre que ter algum, eu tenho sempre algum receio na adesão pronta e rápida que psicólogos – neste caso até são psiquiatras – têm aos novos modelos. Há muitos anos, nos anos 50 foram os modelos de sistema de processamento de informação, que vieram influenciar as ciências cognitivas. Os psicólogos embarcaram rapidamente na metáfora, esqueceram-se foi de estudar matemática e engenharia de sistemas. E nas neurociências a mesma coisa, de repente o cérebro ganha novo espaço de metáfora e, portanto, acaba por ser um instrumento...

A.H.: Demasiado pregnante.

O.G.: Exactamente. Mas se ficarmos pela metáfora perdemos o essencial disso. Nós, de facto, ainda sabemos pouco como é que as neurociências podem contribuir para os avanços em termos da psicoterapia. Evidentemente que nós podemos reformular tudo aquilo que fazemos de psicoterapia em termos de mecanismos cerebrais. Dizia-me aqui há uns tempos um colega em Itália - “Ah, o trabalho que eu faço lida com a amígdala, o que faz o outro colega lida com o hipocampo...”. É uma boa maneira de falar, de encontrar novas metáforas para as mesmas coisas. Mas nós temos que saber exactamente o que estamos a afectar com que tipo de intervenção. Eu vou-te dar, se quiseres, um exemplo de investigação que nós estamos neste momento a fazer. Por exemplo, uma das perturbações – entre várias perturbações que nós estamos a trabalhar no laboratório, neste momento – uma das perturbações é com os pacientes obsessivo-compulsivos. Sob o ponto de vista psicológico, todos nós sabemos o que é que se passa com os nossos pacientes obsessivo-compulsivos - a sua dificuldade de inibir um determinado comportamento ou de inibir um determinado pensamento ou de inibir um comportamento e um pensamento. Sob o ponto de vista neurobiológico é, talvez, das patologias em que temos alguma evidência muito clara. Nós sabemos que há uma hiper-activação de uns circuitos que são os circuitos fronto-subcorticais e que, portanto, há ali uma hiper-activação desses circuitos e que muito possivelmente estão ligados a esta dificuldade que o paciente tem nesses processos de inibição.

A.H.: De parar, de interromper, não é?

O.G.: Ora, nós na psicoterapia, uma das questões que se nos levanta é: qual é forma mais eficaz de fazermos isto? Devemos fazer paragem de pensamento? Quando os pacientes se confrontam com o estímulo indutor da sua obsessão ou da sua compulsão devemos fazer distração? Muitas vezes confrontamo-nos com isso, com os nossos pacientes na psicoterapia - *porque é que não olha para o lado? Porque é que não pensa noutra coisa?* Uma coisa curiosa é que nós verificamos há uns tempos, revendo a literatura antes de iniciarmos este projecto, é que os pacientes que melhoravam – em estudos

neurobiológicos, portanto, de neuroimagem – os pacientes que melhoravam no tratamento ou psicoterapêutico ou psicofarmacológico na obsessão-compulsão tinham uma normalização desta hiper-activação dos circuitos fronto-subcorticais. Portanto, havia ali uma normalização. Parecia que quer a psicofarmacologia quer a psicoterapia – neste caso comportamental e cognitiva – era eficaz na normalização desses circuitos. Analisando com mais detalhe a investigação, nós verificamos que, de uma forma curiosa, isto era feito à custa de um aumento de activação de áreas mais ligadas ao processamento sensorial visual – neste caso a áreas mais occipitais – e portanto dava ideia que, olhando para este tipo de pacientes, eles conseguiam inibir estes processos fronto-subcorticais, esta hiper-activação - e portanto inibir os seus próprios comportamentos e as suas próprias cognições obsessivas - activando melhor processamento sensorial. Isto, por exemplo, faz sentido para todos nós que fazemos psicoterapia com pacientes obsessivo-compulsivos – o perceber que eles quando são confrontados com um estímulo que é ansiógeno – desencadeador da sua obsessão ou pensamento ou algo, um estímulo externo – desencadeia um *shut off* do processo sensorial rapidamente e entra numa ruminação em relação ao estímulo. Nós o que estamos, por exemplo, a estudar neste momento em estudos de neuroimagem funcional, é se isso de facto é evidente, com estímulos de forte intensidade emocional versus estímulos de menor intensidade emocional que sejam indutores destas obsessões e compulsões (são pacientes obsessivos de alguma gravidade). Se nós temos uma maior hiper-ativação fronto-subcortical e uma menor activação das áreas occipitais e visuais. Assim sendo, isto tem... vamos imaginar que esta hipótese que nós estamos a trabalhar – publicámos, aliás, no ano passado na *Medical Hypotheses*, este artigo -, vamos imaginar que nós confirmamos que isto é verdade. Ora, isto tem uma implicação importantíssima para a psicoterapia. Por exemplo, mostra que é inadequado desencadarmos processos de distração. Que uma forma importante é, por exemplo, desencadear um forte processamento sensorial do estímulo em termos visuais - levá-los a confrontarem-se com o estímulo e a trabalharem, por exemplo, aquilo que eu no trabalho da narrativa chamava objectivação do próprio estímulo. Isto só para te dar uma ideia de como as neurociências nos podem ajudar a ter uma acção terapêutica muito mais focal. E nós muitas vezes o que fazemos - sabemos que há um conjunto de coisas relativamente inespecíficas que nós fazemos na psicoterapia e que é melhor que façamos do que não o façamos, mas não temos a certeza se aquilo está a ser específico do processo. Todos nós somos empáticos, todos nós temos uma aceitação positiva incondicional, todos nós somos genuínos, todos nós desencadeamos aliança terapêutica com o paciente. Mas para além de isso, qual é o grau de operacionalidade e eficácia que nós podemos ter? E aí as neurociências podem nos ajudar imenso.

A.H.: Para além dos factores comuns, não é?

O.G.: Exactamente.

A.H.: Os teus temas de pesquisa actual, ao que julgo saber, assentam na interacção entre marcadores neurocognitivos e a sua estrutura cerebral e seu funcionamento em perturbações desenvolvimentais, doenças neurodegenerativas e processos psicopatológicos. Poderíamos dizer que nos últimos anos te interessam mais perturbações

ou doenças com maior probabilidade de uma alteração cerebral estrutural e tanto a investigação fundamental como a clinicamente orientada e aplicável?

O.G.: Mais uma vez... digamos que no início essa questão poderia ter uma resposta afirmativa. Eu acreditava, quando comecei a investigar nas neurociências, que havia de facto uma descontinuidade entre o que são alterações estruturais e alterações funcionais. Que aquilo que nós chamamos alterações neurológicas, ou por exemplo alterações do neurodesenvolvimento, como o Síndrome de Williams (que é um síndrome que nós estudamos muito) ou a esclerose múltipla (uma doença desmielinizante), ou uma demência de Alzheimer ou estudos que nós fazemos, por exemplo, com pacientes com traumatismo crânio-encefálico, estávamos perante alterações de natureza estrutural. E depois tínhamos um conjunto de outras patologias (que são aquelas que nós habitualmente enquanto psicoterapeutas trabalhamos), em que temos alterações de natureza funcional - em que a estrutura está mais ou menos intacta mas a função está alterada. E portanto, basicamente, o mundo das artes das neurociências clínicas dividia-se entre estes dois grupos: aqueles que tratavam a estrutura – habitualmente um tratamento habitualmente frustrante – e aqueles que tratavam a função. A investigação ajudou-me a perceber que não é bem assim. Isto é um processo de continuidade e que toda a alteração da função é uma alteração da estrutura. E, mais uma vez, isto é obra de modelos psicológicos. Eu vi que publicaste um pequeno vídeo da história do Eric Kandel – prémio Nobel da Medicina, um dos poucos prémios Nobel da Medicina psiquiatra, das áreas mais ou menos mais próximas em que nós trabalhamos – e o Eric Kandel mostrou que ao nível de um ser tão simples como a Aplísia – foi aquilo que lhe deu o prémio Nobel – os processos de memória, quando nós passamos de processos de memória mais a curto prazo para memórias mais a longo prazo (portanto com processos de estimulação), a partir do momento em que nós damos grandes processos de estimulação todo o processo de alteração proteica que aí se desencadeia aumenta de facto a probabilidade de transcrição genética, e portanto de plasticidade sináptica nestes animais e os animais mudam estruturalmente. E, portanto... aliás uma coisa curiosa, se nós num processo de aprendizagem – vamos imaginar nalgum efeito neste encontro que nós que estamos aqui, se está a transformar num processo de aprendizagem para as pessoas que estão a assistir e para nós próprios – e se nós conseguíssemos medir com algum pormenor aquilo que se está a passar, se fôssemos ao nosso hipocampo e dentro do nosso hipocampo fôssemos a um tipo específico de neurónios, que são os neurónios piramidais do hipocampo nos circuitos de formação de memória que tem umas espinhas que são chamadas as espinhas dendríticas - muito possivelmente os nossos processos de aprendizagem aqui poderiam corresponder a uma maior arborização dendrítica. Ao corresponder a uma maior arborização dendrítica, alteraram a estrutura do nosso hipocampo e, portanto, o nosso hipocampo mudou em termos da sua forma, mudou em termos da sua estrutura e mudou - ainda por cima uma coisa curiosíssima - mudou a volumetria, aumentou a volumetria. Isto é uma coisa interessantíssima porque à medida que nós trabalhamos com meios neuroimagingológicos de maior potência - e estamos já a trabalhar ao nível do 7 Tesla (não aqui em Portugal mas lá fora; nós aqui trabalhamos 3 Tesla e já não é mau) - mas já se conseguem ver alterações ao nível da estrutura. Ainda recentemente, foi publicado um estudo acerca dos efeitos da meditação (o que quer que seja que isso significa e está

subjacente à meditação) em termos de alteração de várias estruturas cerebrais. Portanto, um programa sistemático de meditação, num grupo ligado ao Richard Davidson em Madison, das alterações que isso desencadeia em termos da própria estrutura. E portanto, mesmo quando estamos a trabalhar fora da patologia, no domínio da aprendizagem e da plasticidade normal, nós estamos a desencadear alterações estruturais. E portanto, eu diria que em tudo me interessa esta continuidade, de tal maneira que também me permite perceber que, se calhar, nas alterações ditas mais estruturais, em que há por exemplo uma alteração genética do neurodesenvolvimento (no Síndrome de Williams temos uma deleção de um conjunto de cerca de 20 genes que têm uma grande alteração no neurodesenvolvimento daquelas pessoas) e, portanto, há limites para a capacidade de recuperação cognitiva e funcional destes pacientes. Mas há espaço, há espaço de plasticidade e, portanto, mesmo aí interessa-me perceber como é que nós estamos capazes de chegar e, nestas alterações estruturais, desencadear um efeito. Por isso é que trabalhamos com patologias que vão desde síndromes do neurodesenvolvimento, como o Síndrome de Williams, a uma patologia possivelmente do foro neuro-imunológico – não temos a certeza absoluta – que é a Esclerose Múltipla.

A.H.: Muito bem, interessantíssimo. Vamos talvez mudar de tema - ou não – vamos falar de modelos, escolas e práticas em psicoterapia.