

Clínica da psicossomática: Estudo de um caso

RAQUEL VIEIRA DA SILVA ()*

*EDUARDO SÁ (***)*

O Miguel tem dezoito anos.

Nasceu com uma cardiopatia, que o obrigou, ainda bebé, a trocar o colo da mãe e o toque do pai, pela sala de operações.

Aos quatro anos de idade já sabia ler e escrever, facto que leva os pais a olharem-no como um sobredotado. Seria, talvez, já, só a necessidade marcadamente obsessiva de controlo a desenhá-lo.

Aos treze anos começa a desenvolver convulsões. Na sequência de uma convulsão mais violenta, entra, subitamente, em estado de coma, no qual permanece cerca de um mês. Define-se a encefalite viral como causa provável. A encefalite viral é uma inflamação, relativamente rara, que afecta os tecidos cerebrais com um precipitante virosal.

Quando acorda do coma, a vida do Miguel altera-se substancialmente. Tem, agora, convulsões que o fazem, frequentemente, perder a consciência. Apresenta, também, alterações graves do comportamento, com episódios de uma violência descontrolada. Apenas o pai parecia escapar a estes acessos de fúria destruidora. Nestas situações de total descontrolo, só as algemas da polícia – como, de facto, chegou a

acontecer – ou grandes doses de sedativos pareciam ser capazes de conter estas hemorragias de agressividade.

Manifesta, ainda, sequelas, também, ao nível da memória, que, a par do seu comportamento disruptivo e, de dificuldades de atenção e concentração fazem ruir o seu percurso escolar, brilhante até então.

A sintomatologia que apresentava à altura e, que se tem vindo, progressivamente a esbater, coincide, de facto, com a que os textos da medicina e neurologia enunciam relativamente às encefalites virais, isto é: alteração da personalidade, convulsões, confusão, sonolência, coma, alterações de estados de consciência, desorientação, distúrbios do comportamento e do discurso; perdas ao nível da memória, percepção e capacidades de planificação e organização da acção (Deka, Bhuyan, & Chaundhury, 2006; Kneen & Solomon, 2007; Merck Sharp & Dohme, 2003; Whitley & Guann, 2002).

Um diagnóstico médico exacto, nestes casos, só se define através de uma análise dos tecidos afectados pela inflamação, o que implicaria uma biopsia aos tecidos cerebrais (Kneen & Solomon, 2007; Smith, 1981). Porém, dado o carácter perigoso e impraticável de tais procedimentos, a maior parte das vezes, o diagnóstico é estabelecido através de uma análise do líquido cefalorraquídeo, de análises imunológicas e de técnicas

(*) Psicóloga clínica.

(**) Universidade de Coimbra e Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

de imagiologia cerebral (Kneen & Solomon, 2007; Merck Sharp & Dohme, 2003). No entanto, só em 30% dos casos é identificado o agente patogénico, pelo que, frequentemente, o diagnóstico assenta apenas nos sintomas (Kneen & Solomon, 2007). O que viria a acontecer no caso do Miguel, em que nunca terão sido confirmados quaisquer vestígios do vírus.

Temos, assim, um adolescente, que ainda bebé experimenta experiências de quase-morte na sequência de uma cardiopatia. Cresce entre os receios e angústia de quem o tenta proteger na ânsia de pôr o *medo da morte* a correr. Podemos, imaginá-lo, criança numa infância prolífera em tabuletas de: não pisar; não correr; não ultrapassar; muitos não – demasiado ansiosos – a preencherem os seus dias.

O domínio das competências escolares e o desenvolvimento das capacidades cognitivas surge, naturalmente, como refúgio a um corpo que, por imprevisível, pode ser assustador. Sentimento que se acentua com as manifestações exuberantes da puberdade e, para o qual, o Miguel deixa de ter estratégias eficazes de controlo.

Se, desde muito cedo, percebe não poder controlar o seu corpo e é – paradoxalmente – ensinado a conter-se, a impor-se-lhe um ritmo que não é o seu, rapidamente tenta controlar o que verdadeiramente nunca poderá fazer: o seu pensamento.

Temos assim, um adolescente, com um contacto demasiado próximo da morte, que de um dia para o outro, vê a sua vida devastada. Perante isto, vai agindo todo o ódio incontido. E – facto a reter – é o de que os seus *acting out* agressivos serem tão mais frequentes, quanto menor é a frequência das suas convulsões.

O seu quadro parece, assim, coincidir com as controversas considerações de muitos autores, como Landolt ou Tellanbach (cit. in Seethalakshmi & Krishnamoorthy, 2007), segundo os quais, quando há uma tendente normalização do electroencefalograma (e, conseqüentemente, uma menor propensão para as convulsões) verifica-se uma maior emergência da sintomatologia psicopatológica (nomeadamente de carácter psicótico).

Aquando das primeiras crises convulsivas, o Miguel, imediatamente, inicia uma terapêutica

medicamentosa de anti-convulsivantes e neurolépticos que, usados simultaneamente, podem resultar numa maior recorrência de sintomas psicóticos previamente controlados, como alerta Kanner (2000). Poderemos aqui lançar uma primeira reflexão sobre as manifestações do Miguel: serão mais uma consequência da terapêutica medicamentosa ou reflexos psicopatológicos da doença?

É na sequência de todo este contexto, que o Miguel inicia um processo psicoterapêutico.

Verifica-se, no ano seguinte, que os episódios agressivos e, as convulsões diminuem, um pouco, de intensidade e frequência. Elas são quase na sua totalidade, dirigidas a mulheres, e, numa fase posterior, direccionadas, particularmente, à sua mãe. Também as suas capacidades de aprendizagem parecem iniciar um ciclo de recuperação. Só as suas marcadas dificuldades relacionais, responsáveis por um profundo isolamento social, se mantêm inalteradas.

Contrariando este traçado ascendente, o quadro clínico do Miguel agrava-se, de uma forma súbita, um ano e meio depois de iniciado o processo psicoterapêutico. As crises de descontrolo agressivo adquirem uma exuberância extrema. E é neste contexto de grande desorganização, que por decisão parental, é internado numa Unidade de Pedopsiquiatria, por algumas semanas. Não será de todo indiferente, este agravamento do seu quadro clínico, coincidir com o período em que, por impedimento da psicoterapeuta que o acompanhava, se estar a preparar a transição de psicólogo. Podemos presumir que a iminência da separação psicoterapêutica reavivou angústias que, por tão primárias e intensas, desencadearam as crises convulsivantes. Tudo o não mentalizável, todo o sofrimento cumulativo emergiu como uma descarga eléctrica neuronal que curto-circuita todo o aparelho do pensamento. Para não enlouquecer ou, mesmo, para não morrer, os sistemas de consciência são desligados abruptamente.

Pouco tempo depois de deixar este internamento, o Miguel retoma a psicoterapia, de regularidade semanal, com um novo psicoterapeuta.

Com o consolidar da relação terapêutica, o seu estado clínico volta a apresentar melhoras progressivas: as convulsões, ou os *trecos*, como o Miguel lhes chama, voltam a ser menos frequentes e os episódios agressivos começam a ser, cada vez mais, episódicos.

Por definição, as convulsões resultam, geralmente, de momentos de maior estimulação, que provocam descargas eléctricas no cérebro (Merck Sharp & Dohme, 2003). Neste contexto, seria de esperar que os momentos de maior estimulação vividos no espaço terapêutico, como as interpretações e a vivência intensa de emoções, pudessem desencadear convulsões. Ora tal nunca aconteceu! Paradoxalmente, o Miguel viria a ter a primeira e única convulsão (com perda de consciência) no espaço terapêutico, numa fase em que a psicoterapia parecia entrar numa situação de impasse, marcada por um desencontro relacional/ausência de *rêverie*, em que as interpretações do psicoterapeuta eram meramente orbitais: em tese, menos geradoras de estimulação e, na prática, menos contentoras e transformadoras.

É também nesta altura, que o quadro clínico do Miguel exhibe um retrocesso significativo, com um aumento exponencial da frequência das convulsões, principalmente em contexto escolar. As convulsões e, uma crise de descontrolo agressivo para com uma colega, precipitam o abandono da escolaridade, quando frequentava o 10.º ano. Começa, então, a ter convulsões menos fortes (a que denomina de *ausências*), nas quais após intensos movimentos oculares, fecha os olhos e não consegue falar, mas ouve e mantém-se consciente. Os médicos não encontram uma causa orgânica. Estas *ausências* coexistem com os *trecos*, em que perde, efectivamente, a consciência.

O abandono escolar remete-o para as quatro paredes da sua casa, o que agrava ainda mais o seu isolamento social.

As crises convulsivas do Miguel parecem estar associadas a um controlo rígido do pensamento, como demonstra uma passagem de uma sessão, alguns meses depois de ter tido a convulsão no espaço psicoterapêutico: “*Eu gosto de perguntas porque sei lá... quando começo a*

pensar assim, sem perguntas... está a ver ali o chão; dá-me uma coisinha e eu fico lá deitado a babar-me... Quando penso muito, começo a pensar porque é que eu pensei aquilo, depois não sei, depois fico muito nervoso e tenho uma convulsão”. Esta incapacidade de tolerar o desconhecido, o incognoscível, encapsula o seu aparelho de pensar e bloqueia qualquer movimento da fantasia. É incapaz de integrar imagens mentais. Pelo contrário, elas desintegram-no.

Neste sentido, o trabalho da relação terapêutica é, acima de tudo, um trabalho integrador. Interpretações que permitam o trajecto da imagem para a fantasia, da fantasia para a função simbólica e daí para a linguagem da comunhão: a função do terapeuta é, assim, pôr os diferentes níveis de consciência em comunhão uns com os outros (Sá, 2000). O que só é possível quando a relação terapêutica é capaz de criar, ela própria, experiências de comunhão.

É este o caminho, entretanto traçado pelo Miguel e o seu psicólogo. As interpretações procuram promover a mentalização da angústia através, por exemplo, da construção de enredos em torno do mal, em torno da deficiência/ doença, abrindo espaço para a representação mental, para a imagem, para o simbólico e, inevitavelmente, expandindo o imaginário.

Começaram a orientar-se, de uma forma mais incisiva, para a raiva imensa – ódio – que o Miguel sente; para as fantasias destrutivas; para a angústia de morte e fragmentação (que alimentam o imenso desamparo, solidão e abandono que sente). Quando se integram os aspectos mais atemorizantes do Miguel, menos o Miguel convulsiona. Quando se integram imagens mentais, elas são coladas de novo, mas agora à margem das experiências de terror que vivenciou.

O Miguel começa a poder zangar-se, abertamente, nas sessões. Zanga que verbaliza, primeiro, em relação aos pais, particularmente ao pai, para, depois, estimulado pelas interpretações na transferência, a poder dirigir, directamente, ao terapeuta, qual tubo de ensaio para poder afrontar directamente o pai, sem o cariz de descontrolo associado, em si, habitualmente, à violência.

Os *acting out* agressivos para além de serem cada vez menos intensos e frequentes, são, agora, preferencialmente dirigidos ao pai, o único que, a princípio, parecia escapar aos seus episódios de violência agida. Podemos questionar esta não aleatoriedade das crises. Se a causa fosse meramente neurológica, a morfologia das crises não teria um carácter mais incerto? A verdade é que, gradualmente, foram cessando até serem, progressivamente, substituídas por discussões abertas e, por fantasias violentas, acompanhadas de fobia de impulsão, como ilustram as seguintes passagens:

- 1) *“Se fosse há dois anos atrás eu tinha partido tudo... Ai, mas eu fiquei com tanta vontade de dar uns murros, ai, mas tanta vontade! Eu qualquer dia...”*;
- 2) *“(...) ou isto muda e eu passo-me e não respondo por mim! Olhe que se fosse dantes eu já me tinha passado! Eu só tenho medo de me passar e matar alguém!”*.

O Miguel parece cada vez mais capaz de mentalizar as suas angústias. Mas, o esbatimento da onnipotência e do controlo deixam o seu núcleo melancólico mais exposto. Traz, então, para a sessão, conteúdos suicidários, acompanhados pela fantasia de que só morrendo pode marcar a sua presença nos outros: *“(...) eu moro num terceiro andar e se eu me mando de lá abaixo. Ultimamente tenho pensado muito nisso. Ainda no outro dia estava no meu quarto; só estava o meu irmão em casa e, eu pensei em ir chamá-lo para vir ver uma coisa e, quando ele entrasse no quarto eu subia para a varanda, para ver se ele me segurava e atirava-me. Mas, depois, deitei-me na cama e fiquei a olhar para o tecto e a pensar: a minha vida é uma merda, vou-me atirar! Oh pá, não, eu não me quero atirar! E fiquei nisto. Mas depois também penso, se eu algum dia fizer isto não pode ser sozinho. Tem de estar gente em casa. É para ver se me agarram, não sei”*.

Pela mesma altura traz para a relação terapêutica, as suas fantasias violentas, que intui já poder imaginar sem as agir. Uma, porém, angustia-o, particularmente: fantasias de violência sexual sobre mulheres. Verbaliza que quanto mais tenta não pensar nisso, mais o faz de

um modo compulsivo. O Miguel já tolera a imagem, já imagina com contrapartida objectal. Isto é, já não capitula perante o quase-nada objectal, já não coloca o corpo e a mente a protegerem-se um do outro perante a iminência do vazio. Agora existe um outro, que lhe permite sentir que a fantasia não fica à solta, indomada, ou o coloca na emergência destrutiva. Agora, podemos arriscar que o seu trajecto digestivo mental está a ser repostado. Já tem uma função simbólica. O Miguel, no âmago de toda a sua fealdade e sentimento de incapacidade, sente que não pode ambicionar amar uma mulher ou ser amado por ela. Como se o máximo que pudesse esperar fosse agarrá-la num beco e atacá-la. Mas, vai ser capaz de escrever uma carta de amor. Vai ser capaz de a entregar. E perante a rejeição, não soçobrar.

Algumas semanas depois, traz, pela primeira vez um sonho para a sessão: *“A mãe dela não queria que nós falássemos. Não sei porquê. Entrei no prédio dela e, aquilo ficou enorme, enorme, aquilo já é grande, mas ficou enorme, cheio de portas, portas, parecia um labirinto, parecia mesmo um labirinto. Eu tocava nas portas e não era o sétimo direito. Quanto mais andava, mais portas apareciam. Até que encontrei um senhor que me disse onde era. Lá fui e consegui sair do labirinto e tocar à porta dela. Ela estava à minha espera. Entrei e ficámos a conversar na sala, todos contentes. Conversávamos sobre as coisas passadas e sobre a vida de agora”*. Um sonho que dá conta do carácter integrador da relação terapêutica, enquanto catalisador da construção da saída do labirinto da sua vida em que, tantas e tantas vezes, se foi sentindo completamente isolado, desamparado e entregue a um destino trágico, do pensar e integrar das *“coisas passadas e sobre a vida de agora”*.

A sua capacidade crescente de metabolização permite-lhe, poder pensar-se, além da doença, além do vírus: *“Mas oh doutor, então responda-me a uma pergunta: então isto de ser chato e aquilo de partir tudo que eu fazia não é da epilepsia; é do meu feitio? Mas eu antes tinha uma vida normal; tinha amigos, divertia-me. Era normal”*. Permite-lhe pensar as relações interpessoais; as razões do seu profundo isolamento, da

sua profunda solidão e, esboçar movimentos de alguma aproximação aos outros.

Não podemos esquecer que todo e qualquer processo de integração mental poderá implicar, no limite, desintegração.

É a propósito destes conteúdos que um de nós (Sá, 2009), se refere a um quadro que se chamou de *psicose psicossomática*, referindo-se à presença de reacções violentas (compagináveis com a psicose) a um sofrimento depressivo grave dos objectos internos, sentido como persecutório no próprio. Este sofrimento depressivo, mortificante da vida emocional, não podendo traduzir-se em episódios de violência reactiva, em relação a ele (em consequência de regras de contenção educativa major), pode provocar, a nível do sistema nervoso, uma reacção paradoxal, fazendo com que os indicadores emocionais de saúde sejam sentidos muito mais como desorganizadores do que como integrativos. Nestas circunstâncias, um sofrimento violento acompanhado por uma contenção emocional violenta poderá levar ou contribuir para somatizações graves (tais como acidentes vasculares cerebrais, doenças oncológicas ou doenças degenerativas), nos adolescentes, o que poderá ter sucedido com o Miguel.

O Miguel, entretanto voltou à escola. Mas a uma escola para crianças com deficiências adquiridas e atrasos de desenvolvimento graves, onde foi capaz, pela primeira vez, desde que acordou de coma, de manter uma relação de algum companheirismo com dois colegas da Escola. Não sem inseguranças ou angústias persecutórias! Mas com o valor potencial da passagem para novos investimentos relacionais.

Depois de um largo período em que as crises convulsivas foram quase extintas, o Miguel desenvolve algumas crises convulsivas no caminho para a Escola. Este incremento da frequência das convulsões coincide com o seu desejo em abandonar a instituição de ensino que frequenta, por há muito ter aprendido toda a matéria e estar, há algum tempo, sem nada para fazer nas aulas e, por, no dizer dele, “*só ver desgraças*” (adolescentes com deficiências graves). Quer voltar ao Ensino Regular: “*Eu não sei se consigo ou não fazer o 12.º ano, mas eu*

quero tentar! Eu sei que são muitas cadeiras e muita matéria. Mas se eu fizer só três ou quatro cadeiras por ano, pode demorar muito, mas eu acho que consigo”.

Entre uma encefalopatia que o dilacerou sem que se questionasse a sua etiologia, e as reacções psicopatológicas que trouxe, o Miguel está a reencontrar-se. Pensa de uma forma organizada, e a incidência dos sintomas esbateu-se significativamente. Foi por tudo isto que o entendemos como uma situação didáctica, a partir da qual mobilizámos uma compreensão clínica da psicossomática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deka, K., Bhuyan, D., & Chaundhury, P. H. (2006). Conduct disorder: A sequelae of viral encephalitis. *Indian Journal of Psychiatry*, 48, 258-259.
- Kanner, A. (2000). Review – Psychosis of Epilepsy: a Neurologist’s Perspective. *Epilepsy & Behavior*, 1, 219-227.
- Kneen, R., & Solomon, T. (2007). Management and outcome of viral encephalitis in children. *Paediatrics and Child Health*, 18(1), 7-16.
- Merck Sharp & Dohme (2003). *Manual Merck: Saúde para a família*. Porto: Editorial Oceano.
- Seethalakshmi, R., & Krishnamoorthy, E. (2007). The complex relationship between seizures and behavior: An illustrative case report. *Epilepsy & Behavior*, 10, 203-205.
- Sá, E. (2009). *Esboço para uma nova psicanálise*. Coimbra: Almedina
- Smith, H. (1981). Acute viral encephalitis. *British Medical Journal*, 283, 935-936.
- Whitley, R., & Gnann, J. (2002). Viral encephalitis: familiar infections and emerging pathogens. *Lancet*, 359, 507-514.

RESUMO

Partindo de um caso clínico, procuram explorar-se as inter-relações entre alguns aspectos do funcionamento mental e psicopatológico e, as crises convulsivas, numa perspectiva clínica da Psicossomática. Indagam-se as possíveis conexões entre *acting out*, convulsões, mentalização e integração mental, no decurso do processo psicoterapêutico.

Palavras-chave: Crises convulsivas, Integração mental, Psicose psicossomática, Psicoterapia.

ABSTRACT

Taking basis from a clinical case, one tries to explore interactions between some aspects of mental life, psychopathology, and convulsive crisis, on a psychosomatic clinical approach. One inquires of

possible connections between acting out, convulsions, mental conception, and mental integration in the course of the psychotherapeutic process.

Key words: Convulsive crisis, Mental integration, Psychosomatic psychosis, Psychotherapy.