

**X CONGRESSO SUL MINEIRO
DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA**

CONSTRUÇÃO E PRESERVAÇÃO DA PESSOA

**A reconstrução da identidade
no trabalho terapêutico
relato de caso**

Trabalho realizado no Centro de Medicina
Psicossomática e Psicologia Médica
do Hospital Geral
da Santa Casa da Misericórdia
do Rio de Janeiro

Serviço do Professor: Abram Ekstermam
Supervisor: Dr. Decio Tenenbaum

Psicóloga: Fabianne von Adamovich

A RECONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE NO TRABALHO TERAPÊUTICO RELATO DE CASO

ADAMOVICH, Fabianne¹

Resumo:

O trabalho a ser descrito tem por objetivo relatar o caso clínico de uma paciente com epilepsia, caracterizado por frequentes crises de ausência, não condizentes com o foco epiléptico encontrado nos exames complementares. É uma mulher de trinta e seis anos, solteira, filha única e professora universitária, veio encaminhada pelo Serviço de Neurologia e está em tratamento há um ano no ambulatório do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. A doença e o seu quase inevitável estigma, a acompanham desde os nove anos de idade, e contribuíram para a construção de uma identidade precária. A reconstrução da identidade foi, então, o foco principal do trabalho.

Palavras-chave: epilepsia, identidade e psicologia médica.

¹ Psicóloga. Pós- graduada em Psicoterapia de Família- UERJ; Psicoterapia Fundamental- Centro de Medicina Psicossomática Santa Casa da Misericórdia do R.J; ABMP RJ. email- fabianneadamovich@yahoo.com.br; <tel:97153771>. End.: Rua Santa Luzia- Centro RJ

Apresentação:

O presente trabalho apresenta um caso clínico de uma paciente com Epilepsia, caracterizado por frequentes crises de ausência. Exemplifica a exacerbação de um sintoma orgânico alicerçado na história afetiva da paciente. Apontaremos aspectos que inicialmente escapam a compreensão da paciente, mas que no decorrer dos atendimentos se evidenciam para ela. A paciente foi encaminhada pelo Serviço de Neurologia do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do R.J ao ambulatório de Psicologia Médica para investigação psicológica do quadro. A paciente é uma mulher de trinta e seis anos, solteira, filha única, e professora universitária. Está em tratamento psicológico há um ano e quatro meses com sessões semanais. Quando do início do tratamento D. fazia cerca de setenta crises de ausência ao dia, que aumentavam de acordo com seu estado emocional.

Explicação sobre o quadro orgânico:

Epilepsia é uma alteração na atividade elétrica do cérebro, temporária e reversível, que produz manifestações motoras, sensitivas, sensoriais, psíquicas ou neurovegetativas (disritmia cerebral paroxística). As causas mais frequentes são: traumatismos cranianos, provocando cicatrizes cerebrais; traumatismos de parto; certas drogas ou tóxicos; interrupção do fluxo sanguíneo cerebral causado por acidente vascular cerebral ou problemas cardiovasculares; doenças infecciosas ou tumores. Pode-se iniciar em qualquer idade, mas é mais comum até aos vinte e cinco e depois dos sessenta e cinco anos de idade. As ausências são uma subdivisão das crises epiléticas generalizadas (onde há no EEG indicação de envolvimento dos dois hemisférios cerebrais). Duram cerca de cinco a dez segundos. Caracterizadas por intenso comprometimento da consciência, parada do olhar, piscamentos palpebrais, podendo ocorrer discretos automatismos perorais, faciais ou de membros. No sistema legal de um modo geral o epilético não deve ser considerado inimputável.

Os EEGs da paciente apresentavam em:

1992- ondas agudas e pontas difusas complexo ponta onda e poliponta onda.

1995- complexo ponta onda e poli ponta onda.

1996- normal

1999- ondas pontiagudas, isoladas difusas, ondas complexas pontiagudas em paroxismos difusos ora D ora E.

2005- alfa irregular, importante atividade irritativa paroxística crítica (ausência clínica), difusa bilateral e sincrônica.

2006- normal.

2010- normal.

Medicação:

Atualmente a paciente faz uso de:

- ácido valpróico 250mg 12/12 horas.

- alprazolam 0,25 SOS.

Relato do caso:

A paciente iniciou o tratamento psicológico após ter tido um grave episódio de crise convulsiva, o mais grave (SIC). Relata que os dias passados no CTI entre a vida e a morte a fizeram pensar no que estaria fazendo de sua vida. Foi então, que na última consulta com a neurologista disse que queria entender o motivo de sua doença aparentar, e muitas vezes se tornar, mais grave do que é; já que faz o acompanhamento médico corretamente.

Em nosso primeiro encontro D. chega acompanhada de um rapaz, me apresenta a ele como sendo seu noivo e diz: “ele também é assistente social”. Seu noivo não me pareceu muito contente com o atendimento, pedindo a ela que não se demorasse. D. tem boa aparência, cabelos longos e negros, bem vestida e parecia muito angustiada, falava demonstrando ansiedade. Sua queixa inicial foi de sentir-se presa à doença e conseqüentemente a remédios, aos pais e ao noivo, limitando-se a ter uma vida pacata e aparentemente frágil. Mora com os pais e por eles é “cuidada”. A vida profissional era a única coisa que a ligava a uma vida normal. Era professora de uma universidade particular, além disso, fazia um plantão em um hospital particular. Acreditava só estar conseguindo porque tinha os cuidados do noivo, que a telefonava para lembrar

o horário dos remédios e saber se estava passando bem. E de fato D. sentia-se com a fragilidade que lhe era atribuída. Precisava de um “cuidador”, sentia-se segura com seus cuidados, afinal só assim pôde sair do controle absoluto de seus pais. No início do tratamento D. apresentou vários episódios de ausência durante as sessões, sempre que falávamos dos pontos que mais a afligiam. As ausências duravam em torno de cinco segundos e ao retornar D. voltava ao mesmo assunto, mas não de forma precisa, sempre um pouco confusa. Foram poucas as vezes em que D. retornou falando naturalmente. O que foi objeto de discussão nas interconsultas com a neurologista, pois não seria o esperado. Não tínhamos dúvidas de que D. tinha um quadro de epilepsia, mas começamos a perceber que suas ausências aumentavam conforme seu estado emocional piorava. Foi então, que pensamos que D. estava fazendo um foco “não epiléptico” em cima do foco epiléptico pré-existente.

Ao longo dos atendimentos D. foi desfocando o relato de sua doença passando a falar de sua vida pessoal. Aos oito anos de idade perdeu uma irmã; um bebê recém nascido que morre após quatro dias de nascimento. Um grande choque para sua mãe que não esperava ter mais filhos e estava muito feliz com a chegada dessa criança inesperada. Fico surpresa com a maneira de D. falar da morte do bebê aos quatro dias de nascido: chora e fala como se tivessem convivido. O fato aconteceu há vinte e oito anos, mas tive a impressão que para a família não foi superado, um luto patológico.

A primeira crise convulsiva de D. apareceu um ano após a morte da irmã, o que segundo ela, desestruturou seus pais. O medo de perder outra filha fez com que os pais a aprisionassem através da doença. D. não podia fazer nada que uma criança “normal” fazia, pois tudo poderia levá-la a “passar mal”, afinal era uma criança “doentinha”. E assim também era vista por seus colegas de colégio. Afinal é assim que em geral são referenciados os portadores desta doença. A infância e a adolescência de D. foram marcadas pelo estigma da doença. D. dizia que não era realmente uma criança normal. Segundo Canguilhem (2010) a identidade do normal e do patológico é afirmada em proveito do conhecimento do normal. D. sentia-se uma doente, em seus relatos sempre falava do amor que tinha pelos pais e da culpa de fazê-los sofrer com o medo de perder a única filha que restou. Sua doença então mantinha o “equilíbrio” da família. Ser doente era estar próxima e sob o controle de seus pais, que em suas fantasias não suportariam outra morte e morreriam também. D. dizia que por vezes sentia-se culpada de estar viva e a irmã ter morrido, em outros dizia preferir ter morrido a estar tendo agora “essa vida quase morta”

Sua adolescência foi passada sem que percebesse, teve poucos amigos e namorados os quais sua mãe de nenhum gostou. Os dias e horas que antecediam a uma saída eram sempre um tormento de recomendações choro e insegurança. “la me divertir como se estivesse indo para um campo de concentração”. Apesar de tantas impossibilidades, conseguiu manter um

namoro por dois anos, tendo terminado em função das proibições de seus pais. "Quem iria querer uma doente".

E assim D. pensava, até iniciar o tratamento psicoterápico. Começou a perceber que o amor que a unia a seu noivo não era entre um homem e uma mulher, mas sim entre uma paciente e seu cuidador. D. o tinha como uma bengala, como sua última chance de ter alguém. Dizia não entender como alguém iria gostar dela, uma doente que não pode fazer nada. Considerava o noivo um homem maravilhoso, pois cuidava dela, por isso também um coitado. Essa era a base de seu relacionamento com ele e com todos que a cercavam. D. tinha uma identidade precária e precisava reconstruí-la. Angustiava-se a cada dia de atendimento em que se dava conta do quanto era infeliz por se sentir como uma doente, por ocupar esse lugar. Sua identidade profissional (Tenenbaum, 1992) era bem estabelecida, suas dificuldades eram no seu eu com ela mesma e com os outros.

Cursou a Faculdade de Serviço Social da UFRJ e, logo em seguida fez duas pós graduações, tendo conseguido com isso bons empregos. É uma profissional reconhecida em seu campo de trabalho, entretanto limitada, como decorrência de suas inseguranças e o de seu sentimento de incapacidade. Tal postura assinala o espaço ocupado por sua doença em sua vida pessoal e profissional.

Após alguns meses de tratamento D. começa a questionar a doença e o ser doente. Buscou organizar sua vida de forma que a epilepsia fosse apenas mais um componente de sua existência. Questionava o lugar de doente imposto por seus pais e aceito por ela e de certa forma pela sociedade. Goffman (1975) postula que os estigmas marcam seus portadores a ponto de, muitas vezes, impedirem que as características desses homens, consideradas socialmente positivas, sejam percebidas ou reconhecidas. Representam um perigo a sociedade.

A partir desses questionamentos começamos a vislumbrar um início de reconstrução de identidade em D.. Segundo Tenenbaum (1992) uma mudança psicológica pode ser realizada de duas maneiras não excludentes e interrelacionadas: recuperando para o eu o que dele foi afastado ou então libertando o eu daquilo que o impele à repetição, impedindo sua livre ação e criação. É, portanto, na dimensão de seu sofrimento e entendimento que a situação de D. como portadora de epilepsia passa a integrar sua existência e, não mais como sendo sua existência. Ao mesmo tempo em que com isso passa a reconstruir as suas identidades.

Dentro das limitações que a doença lhe impõe (não bebe, não fuma e não dirige) D. começa a ter uma vida normal. Recupera antigas amizades e inicia novas; sai com as amigas e programa viagens, causando assim, insegurança em seus pais e desconforto e raiva em seu noivo. A relação com eles fica

difícil, pois não aceitam sua independência. D. então, termina o noivado mas, teme estar fazendo-o sofrer. Após o término da relação D. sentia-se insegura em não conseguir outro namorado, porém, dizia que nunca havia se sentido tão tranquila como naquele momento. Suas ausências diminuem de forma considerável. Aos poucos, e com muitas conversas, a relação com os pais foi melhorando. Encaminho a mãe de D. à psicoterapia e ela aceita. Sua mãe dizia que ver um sorriso no rosto da filha a acalmava (SIC). E de fato era o que acontecia, D. passou a sorrir, durante as sessões chegava a rir de algumas situações que havia passado. Embora sempre consciente de sua doença.

Após um tempo e várias tentativas, D. inicia um namoro e vem levando este de forma saudável. Tendo ficado três meses sem ter nenhuma ausência. Entretanto, ao passar por um momento de dificuldades financeiras em função da perda de horas/aula, por contenção de despesas da universidade em que trabalha, as ausências retornam, em torno de cinco por dia. D. diz-se triste pelo retorno, mas conforta-se por serem apenas cinco ao dia. Para ela é como a reafirmação da doença mas, afirma que “nem a epilepsia, nem as pessoas, nem ela mesma, irão impedi-la de ser o que é”. “ uma mulher alegre, curiosa e com muita vontade de viver”.

Assim, D. resolve enviar currículos em busca de novos empregos, participa de vários processos seletivos e é escolhida no que mais desejava, tanto pelo aspecto de desenvolvimento profissional, quanto pelo financeiro. No momento encontra-se há um mês em outro estado participando de um treinamento profissional para dar início ao novo emprego. Sem ausências.

Como salientei o foco principal do trabalho terapêutico com D. tem sido a reconstrução da sua identidade, construída de forma conturbada e precária, levando assim a paciente a problemas relacionados a representação de si mesmo e conseqüentemente ao “eu”. Entretanto, o início do trabalho psicoterápico ficou centrado na diminuição da auto-estigmatização, comumente percebida nos pacientes portadores dessa doença.

Ressaltamos também a importância do estabelecimento do vínculo terapêutico para o desempenho da função terapêutica de ego auxiliar, bem como a reprodução dos vínculos afetivos iniciais (Bowlby, 1981). A partir daí a paciente começou a mostrar-se mais segura diminuindo o estresse e o componente funcional da sintomatologia neurológica. Assim as crises de ausência começam a diminuir de forma considerável e gradativa. Na medida em que avançávamos em algumas questões importantes na vida de D., com o vislumbre de mudanças em sua identidade notamos o aumento da ocorrência das crises de ausência. O aumento da sintomatologia neurológica foi evidenciado nos momentos em que a paciente sentia algum tipo de ameaça ao seu “eu”, o que a

levava ao aumento da ansiedade e assim ao estresse, em seguida a volta aos sintomas.

Observamos então, que essas crises estavam relacionadas intimamente às suas questões emocionais e delas estavam dependendo; pensamos na possibilidade de algumas das crises de D. terem origem funcional, relacionadas a um aumento do estresse e superpondo-se às demais. Dois outros fatores contribuem para essa hipótese: o retorno dessas crises de ausência não segue o padrão neurológico das demais e a ineficácia medicamentosa em relação a essas crises.

BIBLIOGRAFIA:

- Bowlby J. - Separação. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- Freud S. (1900) – A interpretação dos sonhos. In obras completas. Rio de Janeiro: Imago editora, 1976.
- _____ - (1915) _ Luto e Melancolia.
- _____ - (1923) _ O Ego e o Id.
- Georges Canguilhem- O normal e o patológico- 6ºed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- Goffman E.- Estigma. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- Kaplan Harold I, Sadock Benjamin J. - Compêndio de Psiquiatria- 2º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Perestrelo D. - A medicina da pessoa- 5º ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.
- Tenenbaum D. – Investigando psicanaliticamente as psicoses- 2ºed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.
- _____ - O eu, os objetos e a identidade- 1992