

A Crise Convulsiva Generalizada: Da Representação Original ao Medo da Morte

Pedro Macedo*

Resumo

A crise convulsiva generalizada é um fenómeno paradigmático da psicossomática situado entre a representação arcaica e a histeria, cuja expressão tem um significado na intra e intersubjectividade.

Numa tarde de Primavera, cruzei-me na rua com a Conceição, uma doente que tinha seguido durante anos. Ela ajudava a mãe, uma senhora trôpega, a caminhar. Os nossos olhares cruzaram-se e ela desviou o seu, ocupando-se com diligência excessiva em amparar a mãe, enquanto eu a evocava na minha memória. Era uma mulher muito sofrida, consequência de uma epilepsia e de uma doença afectiva grave, que tinham frustrado as suas ambições profissionais e amorosas. Tinha mais de cinquenta anos de idade e um olhar doce e expectante de quem quer ser amado. Não tinha crises há bastante tempo, e já há mais de um ano que não sabia nada dela, pelo que me pergun-

tei o que lhe teria sucedido entretanto. Decorrida quase uma hora, fiz o percurso de volta e, quando me aproximava do local onde a tinha encontrado, vi uma ambulância e um amontoado de pessoas. No passeio jazia a Conceição, que pelos relatos dos curiosos tinha tido uma crise convulsiva generalizada. Estava ali no chão, sem que aparentemente ninguém a conhecesse, a não ser eu. Foi levada para a ambulância e eu senti-me incapaz de intervir, tanto pelo estado da doente como pela inutilidade do meu acto, mas não fiquei indiferente.

Estes episódios imprevisíveis em que nos vemos subitamente envolvidos obrigam a repensar a clínica de uma forma menos tradicional e confortável da que experimentamos no gabinete médico. Faz-se excepção das vivências na relação transferencial no decurso de uma psicoterapia. Não me posso impedir de pensar que a crise da Conceição ocorreu na sequência do nosso encontro, momentos antes, e relacionada com o mesmo.

A epilepsia foi, pelas suas características, mais que uma simples patologia tendo direito a ser representada na mitologia, transformando-se ela própria num mito. Pela sua carga sim-

*Médico Psiquiatra

bólica, figurou nas crenças populares e religiosas, preocupou todas as ciências humanas e foi assinalada nas letras e nas artes. É uma doença crónica com crises com características semelhantes, que se repetem sempre iguais às anteriores, que são previsíveis se existirem pródromos e com início geralmente antes da idade adulta. Tem vários factores desencadeantes, podendo as crises manifestar-se de forma mais ou menos exuberante, sendo difícil que passem despercebidas. As crises convulsivas repercutem-se no indivíduo, na família e na sociedade, levando a que no contexto cultural, religioso e social, se tenha criado um imaginário complexo à volta da doença. Os gregos chamavam-lhe a *doença sagrada* porque só um Deus teria poderes para deitar um homem saudável por terra, provocar-lhe convulsões, retirar-lhe a consciência e fazê-lo regressar à normalidade. Denominavam, por isso, de *lunáticos* os que padeciam de tal doença, conotando-os com a lua, lugar de mistério ocupado pelos deuses e simultaneamente próximo da terra. As várias sociedades e culturas compreenderam a epilepsia de forma diferente, mas nunca de um modo indiferente, e se por uns foi aceite ou até enaltecida, foi estigmatizada por outros, originando no próprio doente vivências da doença diferentes conforme as suas culturas.

Electivamente a epilepsia é uma das doenças onde o psíquico e o somático se encontram, não só na sua expressão sintomática, como na causalidade e repercussões das crises. Na

Medicina, foram os alienistas os primeiros a ocuparem-se dos doentes epiléticos, e só mais tarde os neurologistas iniciaram o estudo da doença. Gerou-se a partir daí uma reivindicação reducionista entre a psiquiatria e a neurologia na conquista para o seu domínio desta patologia.

No caso da doente acima descrita, se fizermos uso de uma lógica reducionista, poderíamos supor que ela deixou de aderir à terapêutica, e por isso teve a crise, o que deixa várias questões sem respostas satisfatórias. A crise da Conceição parece ter resultado do encontro com o seu médico, com quem manteve uma longa relação terapêutica. Porque abandonou ela essa relação? Que sentimentos acompanharam o abandono da relação? Porque se desencadeou uma crise convulsiva após ter deixado a mãe e no mesmo local do encontro com o médico?

Conceição referia-se à mãe como uma mulher que manteve uma relação possessiva e despótica de exigência para com ela, filha única de um casal, onde o pai, homem demitido da vida familiar, tinha falecido há anos de doença cardíaca. A doente tentou a sua autonomia, que lhe foi dificultada pela epilepsia e pela doença depressiva. Esta última obrigou a internamentos psiquiátricos, provocando não só profundas feridas narcísicas como reforçando a sua dependência de outros. Tinha tido dois casamentos, ambos de curta duração, mantendo com o segundo marido, após o divórcio, relações ocasionais. Sabia-se a causadora de vários conflitos conju-

gais, nos momentos de baixa auto-estima e de revolta perante as suas doenças, não se conseguindo impedir de os desencadear. Culpabilizava-se de seguida pela sua agressividade e instalava-se o medo de ser abandonada, levando-a a recorrer à relação com a mãe. As crises convulsivas, apesar de raras, eram a sua maior vergonha e o seu maior medo, sobretudo por perder a consciência durante a crise e a memória das mesmas, que lhe eram descritas por terceiros.

O doente epiléptico sabe das suas crises através das narrativas das testemunhas, como um ouvinte atento duma história que é a sua e de que ele só conhece o prefácio e o final representados pelas manifestações prodrómicas e do estado pós-crítico. O espectador humilhado confronta-se com o actor, *estranho* para si próprio pelo enigma assustador que são as crises. A sua repetição sempre idêntica torna-as familiares para o observador, como um processo automático e mecânico, cuja origem desperta fantasias, por estar associado ao funcionamento mental. Descobre-se o lobo feroz escondido no homem domesticado, fenómeno sobrenatural que só pode acontecer por obra dos deuses ou dos demónios. Mas o protagonista tem uma vivência centrada na insegurança do perigo do desconhecido e no medo da morte. "Só sei pelo que me contam!" é a exclamação amarga de quem depende dos outros na crise e na revelação do *duplo* de si, que o amedronta. O *duplo* que é um *alter-ego* resultante do narcisismo primário que quer preservar da destrui-

ção e da morte, mas também é o próprio anunciador da morte, numa regressão a um estado anterior e primitivo com um efeito de dissolução do *ego*, vivenciado no coma pós-crítico e na saída do mesmo. O epiléptico vive o prenúncio do nefasto ao confrontar-se com o seu *duplo*, como se acreditava, em várias culturas, que representava o encontro de um homem com o seu *duplo*.

Agostinho é um homem moçambicano, de raça negra, com 28 anos de idade, natural de Maputo, onde residia. Frequentava há quase um ano, em Lisboa, um curso de pós-graduação universitária, o que lhe permitiu ter acesso a médicos especialistas para se tratar de uma epilepsia com crises convulsivas generalizadas. Recorria às consultas com grande expectativa sobre a sua cura e aderira aos tratamentos com convicção mágica e obsessiva, transformando-os quase em rituais. Tinha um contacto tímido e escondia uma grande ansiedade, falando de si e da sua doença com a linguagem e os vícios de quem já foi a consultas médicas e iatrogenizou o discurso. A sua sede de respostas era maior que a necessidade de falar dele mas, ao fim das primeiras entrevistas, já conseguia expressar os seus afectos e fantasias ligados às narrativas da sua vida, que se centravam à volta da doença. Escondia com zelo o mal que o perseguia desde os treze anos, que lhe condicionava a vida e a personalidade, e relativamente ao qual tinha várias crenças mágicas ligadas a ciências ocultas e a predições dos outros.

De seis irmãos e de nove meios-

-irmãos, filhos da segunda mulher do pai, Agostinho é o penúltimo. Viveu sempre e ainda vive em casa do pai. Até aos cinco anos de idade viveu com a mãe biológica, e dos cinco aos sete anos com a outra mãe, a segunda mulher do pai. A partir daí ambas revezavam a sua presença por períodos alternados de seis meses. Todos os filhos paternos viviam nesta casa, onde era mantido o segredo sobre quem era a mãe de quem, sob instruções severas do pai para que ambas se comportassem de forma idêntica para com os filhos de uma ou da outra, de forma a que todos se sentissem irmãos sem diferenças, sob a égide do pai. Nas ausências da mãe, que passaram a ser definitivas a partir dos sete anos do Agostinho, ela habitava com a sua família de origem numa aldeia no interior, separada dos filhos, que só visitava uma vez por ano. Dos sete aos dezoito anos viveu com a madrasta, os irmãos e o pai, homem violento, que criava um clima familiar de terror com o seu autoritarismo e rigidez.

O segredo sobre a maternidade do Agostinho foi mantido até aos seus dezassete anos, e quando lhe foi revelado pelos irmãos ficou chocado, se bem que compreendesse a intenção do pai de não perturbar as relações entre irmãos. Ele tinha uma relação mais próxima com a mãe biológica e suspeitas sobre a sua verdadeira origem, embora nunca ousasse desvendar o segredo, evitando pensar no assunto pois era um tabu familiar imposto pelo pai. Agostinho sempre acatou as ordens do pai, por medo,

mas, também, porque o idealizava. O pai impunha regras e comportamentos aos filhos que todos contrariaram, com excepção de Agostinho e do seu irmão mais novo, que são os únicos que ainda vivem com o pai. Entre outras, o pai proibia o consumo de álcool e exigia que os filhos fossem trabalhadores e dedicados à família, sendo todos os irmãos mais velhos alcoólicos, com profissões precárias e situações familiares difíceis. Só o Agostinho correspondeu aos desejos do pai, organizando-se de modo a impôr a si próprio regras rígidas. Sente que foi ele o filho predilecto, o que causou sentimentos de inveja por parte dos irmãos.

A primeira crise convulsiva do Agostinho ocorreu aos treze anos de idade, durante a noite enquanto dormia, repetindo-se de forma idêntica e com mais frequência à noite, provocando queda da cama, pelo que passou a dormir no chão, numa esteira que fazia barulho durante as convulsões, o que permitia ao pai que dormia no quarto ao lado, separado por um tabique, acordar e socorrer o filho. As crises desencadearam-se sempre em casa do pai ou do avô paterno. Com quinze anos compreendeu que as crises não eram episódicas e se voltariam a repetir, sentindo-se muito desvalorizado e com medo permanente da próxima convulsão. Estes sentimentos passaram a invadir-lhe a vida. Sentia-se inferior aos outros, com medo de sair sozinho ou de adormecer sem medicação e de sobreviver uma crise sem poder ser auxiliado. Começou a formular hipóteses

sobre a doença, algumas a partir de crenças populares ou de tradição cultural moçambicana, como as relacionadas com a inveja dos irmãos ou com pessoas que lhe queriam mal, até construir a que tem hoje, em que a doença é provocada por uma lombriça que existe dentro dele e que só morrerá em circunstâncias precisas, pelo que tem de tomar diariamente um medicamento preparado por um curandeiro que a irá matar, pois está convicto que os comprimidos de fenitoína que toma evitam as crises mas não curam a doença.

Com o irmão mais novo, de vinte e um anos de idade, tem uma relação próxima e paternal. Dormem ambos no mesmo quarto e partilham a aflição da noite, pois o irmão tem terrores nocturnos, com a recordação sistemática do sonho das mesmas imagens de monstros e cobras que se enrolam no seu corpo e o matam, acorda sobressaltado com um grito, desorientado, confuso, ansioso e geralmente agarrando e mordendo os lençóis.

A doença do Agostinho marcou a sua personalidade com a dependência dos outros, o evitamento de conflitos por receio de criar inimigos em pessoas de quem pode vir a necessitar de auxílio, a passividade, a expectativa ansiosa, as ideias intrusivas acompanhadas de dúvida, com uma submissão a regras e a um *Eu-ideal*, a entrega a pequenos rituais, a imagem desvalorizada de si e do seu corpo, a sugestibilidade com pensamentos mágicos e o voltar-se sobre si próprio, escondendo segredos e sentindo-se vítima incompreendida. Evita as mu-

lheres com medo de ter uma convulsão na presença delas, que viria a desvendar o segredo sobre a doença e, sabendo-se do seu mal nenhuma mulher o aceitaria como homem. Nunca teve relações sexuais e nem se masturba por disfunção erétil.

Este caso clínico faz-nos retomar a questão do *duplo*, que aqui se apresenta com uma multiplicidade de duplos, como dois espelhos colocados frente a frente transmitem as vertiginosas imagens infinitas de um objecto. Agostinho tem o seu duplo monstruoso, nele mesmo em convulsões e sem consciência, e os duplos no pai, no avô e no irmão, numa sequência transgeracional. Ele (des)conhece o seu duplo-epiléptico como (des)conhece os seus duplos transgeracionais. O primeiro amedronta-o e imprime-lhe uma auto-imagem desvalorizada; os segundos carregam, nas pessoas do pai e do avô, figuras castradoras, e cria a partir de todos eles uma falsa identidade feita de retalhos delirantes. O irmão mais novo encarna o duplo mimético na doença, "vitimizado" pelos terrores nocturnos, num decalque da epilepsia de Agostinho. O duplo monstruoso também se concretiza nos irmãos mais velhos, alcoólicos desregrados que o "invejam" e se revoltaram contra o pai. A identidade de Agostinho diluiu-se na intricação e no segredo familiar, sob a égide da violência transgeracional.

As crises convulsivas de Agostinho só ocorreram até agora em casa do pai e do avô paterno, sobretudo à noite. O filho predilecto dorme no quarto ao lado do quarto do pai, sob

uma esteira que, com o barulho que faz durante as convulsões, acorda o pai que o socorre. Subentende-se que esses dois filhos, os mais novos de cada uma das duas mulheres, ouviam e achavam-se inevitavelmente envolvidos numa proximidade e indiferenciação com a cena primitiva, simultaneamente intrusiva e proibida, ensombrada pelo segredo da filiação. Duas mulheres numa *mãe-comum* por imposição do pai, que estabelecia a *recusa de alteridade*, só reconhecendo o princípio da paternidade pelo que "todos são iguais porque todos são filhos do mesmo pai". A *relação possessiva* do pai face à família perverte o sentido cultural da família poligâmica, ao anular o individual a favor de uma pseudo-identidade familiar imposta por um ideal paterno. Agostinho suspeita da sua origem, mas não se pode interrogar sobre o tabu. A mãe biológica tem que anular a sua expressão afectiva diferenciada em nome da *mãe-comum*, a mãe que simultaneamente não é mãe, na recusa da origem, sob o signo exclusivo da paternidade. A relação familiar indiferenciada é em si própria incestuosa, incesto esse que não pode ser representado fantasmaticamente porque está demasiado presente. Agostinho e o irmão convivem paredes meias com a cena primitiva, numa proximidade que obriga à *recusa da realidade* incestuosa, reforçada pelo agir violento do pai, que vai resolver a proibição incestuosa através da castração e da destruição do pensamento dos filhos.

O pai impõe a violência, o segre-

do da mãe-comum, a castração e a impossibilidade de alteridade, (*des*)organizando a família de forma anti-ediípica. O desejo não existe, ou quando muito os "desejos" de Agostinho são um mimetismo dos "desejos" paternos. Estabelece-se uma relação de *engrenagem*, como Racamier descreveu, ou seja a vivência de uma pessoa estende-se à vivência e ao agir de outra pessoa muito próxima sem intermediário psíquico, neste caso entre pai-filho e irmão-irmão. Agostinho e o irmão partilham o mesmo fantasma de morte-castração lombri-ga-cobra-pénis, que lhes invade intrusivamente a vida psíquica, impedindo outras representações.

Dejours estabeleceu o papel do sonho na narcolepsia e a sua relação com a epilepsia, que podemos alargar aqui aos terrores nocturnos. Todas estas manifestações ocorrem de forma estereotipada, acompanham-se de actividade motora e produzem alterações do estado de consciência. Na narcolepsia há um uso do sono/sonho para o exercício do *recalcamento*, ou seja o indivíduo acordado face a uma *ideia* e por falha do pré-consciente vê-se obrigado a fazer uma utilização imediata do sonho, através do sono REM. Na epilepsia o estímulo seria uma *percepção* que deveria ser imediatamente apagada pela amnésia, donde a crise convulsiva estaria ao serviço da *recusa da realidade*. As crises convulsivas nocturnas seriam resultado da *recusa* de uma *percepção* que ocorreria durante a actividade onírica, até por se desencadearem geralmente após uma fase de sono

paradoxal. Os terrores nocturnos surgem por regra, ao contrário dos pesadelos, na primeira terça parte do sono, durante o período profundo de sono não-REM (fases 3 e 4 do sono), período onde os sonhos são mais concretos e até operatórios, como se os terrores nocturnos resultassem de uma mesma ideia intrusiva insuportável que saltasse vinda do inconsciente, ainda que esta se possa apresentar na sua forma como um sonho metafórico. No entanto, a questão fundamental e subjacente será em que categoria de forma defensiva do Eu se inscrevem estas patologias. Sutterman na sua tese sobre a epilepsia, em que desenvolve uma investigação sobre a doença em Dostoievski e Flaubert, aproxima-a da histeria de conversão, hipótese igualmente avançada por Freud.

Se atentarmos no caso de Agostinho perguntamo-nos como é que ele e o irmão não são psicóticos, se bem que tenham mecanismos de defesa psicóticos. Sabemos bem quantas vezes a epilepsia cursa em simultâneo com a psicose. Agostinho sujeitou-se ao segredo familiar e a uma vivência anti-edipiana mas, no entanto, conseguia suspeitar de quem era a verdadeira mãe, ou seja, apesar de tudo foi-lhe possível no seu íntimo representar a triangulação edipiana, ainda que de forma esbatida e incerta.

Parece-nos plausível que na génese da epilepsia haja uma actividade representativa arcaica, circunscrita ou sintetizada numa percepção, ligada à violência, que eclodindo do *inconsciente primário* necessitaria de ser re-

cusada através da alteração da consciência e da amnésia, fazendo-se acompanhar da expressão motora da violência.

Mas, este processo não seria impeditivo de uma formação paralela no *inconsciente secundário*, resultante de *recalcamento*, que daria o cunho histerico à epilepsia, conferindo às manifestações convulsivas da crise um carácter de representação simbólica e de manifestação relacional.

Presenciar uma crise convulsiva generalizada toca-nos profundamente, sobretudo pela sua carga dramática, tanto mais que nos sentimos incapazes de decifrar e responder a um corpo desligado da consciência mas que é usado na comunicação, transmitindo ao outro uma *linguagem significativa*, substituindo-se à palavra quando esta não o pode fazer. A crise dirige-se ao outro e ocupa um lugar na *relação intersubjectiva*, numa demonstração invocativa mas, mais do que isso, de uma forma que vai atingir o corpo da testemunha, provocando e fazendo-o *sentir no corpo*, o que Dejours chamou o *agir expressivo*. Observador-alvo do registo conflitual ou testemunha inocente no contexto dramático, até ao momento de presenciar a crise, que a partir daí vai ser figura participante, tanto como narrador, pelo simples facto de ter assistido à crise. Agostinho tinha sempre as crises em casa do pai ou do avô paterno, protagonizava-as para os seus *duplos* e receava que fossem presenciadas por estranhos à família, sobretudo mulheres, face às quais iria denunciar fantasmaticamente a sua cas-

tração. Lembro-me de um caso impressionante de um rapaz de cinco anos de idade que sofria de estados de mal generalizados convulsivos gravíssimos e incontroláveis, que foi internado para estudo e nunca teve uma crise no hospital, nem mesmo quando sujeito a vários estímulos.

Encontramos em várias expressões culturais e religiosas, nomeadamente nas de raiz africana, manifestações induzidas que se aproximam das crises epilépticas, tanto sob a forma de alteração dos estados de consciência como pela actividade motora. Esta última, por exemplo nas práticas do *candomblé*, contém uma gestualidade carregada de simbologia sexual, que culmina num apogeu convulsivo mimético do acto sexual, podendo ele mesmo ser praticado. As alterações da consciência induzidas por drogas ou só pelo ambiente colectivo, criam uma dissolução da identidade individual a favor de uma identidade colectiva povoada de duplos, acompanhadas de sensações de prazer. Um bem estar também é referido pelos epilépticos não só na aura como após a descarga motora, enquanto alívio de tensão.

Há uma questão latente relativa a esta matéria que se prende com o tipo de epilepsia a que nos referimos. Devemos cingir esta discussão à epilepsia generalizada primária ou podemos estendê-la às epilepsias secundárias? A resposta encontramos-na na clínica quando surpreendentemente constatamos o mesmo tipo de vivências em epilepsias adquiridas, como

se a doença se apoderasse do que fora até aí o funcionamento psíquico do sujeito e lhe conferisse uma outra forma moldada pelo seu significado, tanto no intrapsíquico como no relacional. Dos trabalhos de Dejours ressalta a noção de *captação da intencionalidade expressiva* pela doença que surge de forma accidental, que traduz a "humanização do acontecimento biológico" ou seja o facto biológico deixa de ser só biológico para passar a ter um sentido quer na história quer na vida intra e intersubjectiva da pessoa.

Conceição retomou as consultas e na primeira após a sua ausência relatou que tinha tido uma crise convulsiva sem fazer referência ao nosso encontro. Confrontei-a com o sucedido e mostrou-se visivelmente perturbada, entre a perplexidade e a ansiedade agitada, respondendo-me que não se lembrava de nada e irrompendo de seguida num choro convulsivo, como nunca a tinha visto, uma vez que sempre se mostrara, até aí, muito controlada na relação comigo. Quando se acalmou disse-me "agora é como se fosse da minha família" passando a estabelecer uma relação mais confiante.

Abstract

Generalized tonic-clonic seizures are psychosomatic paradigmatic phenomena placed between archaic representations and hysteria, whose expression has a significance in intra and intersubjectivity.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham N, Torok M. *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier-Montaigne, 1978.
- Caillot JP. *L'érotisation familiale*, Gruppo 1991; n° 7: 41-48.
- Dejours C. *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Paris, Payot, 1986.
- Dejours C. *Recherches psychanalytiques sur le corps (Répression et subversion en psychosomatique)*, Paris, Payot, 1989.
- Dejours C. Les maladies somatiques: sens ou non sens? *Cliniques méditerranéennes* 1993; n° 37/38: 87-101.
- Dejours C. Le corps dans l'interprétation. *Revue française de psychosomatique* 1993; n° 3: 109-119.
- Dejours C. Doctrine et théorie en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique* 1995; n° 7: 59-80.
- Dejours C. Causalité psychique et psychosomatique: de la clinique à la théorie (Conferência no 1º Congresso Português de Psicossomática-Lisboa), 1996.
- Freud S. *O Estranho*, Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1919.
- Freud S. *Dostoiévski e o Parricídio*, Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1928.
- Girard R. *La violence et le sacré*, Paris, Grasset, 1972.
- McDougall J. *Théâtres du Je*, Paris, Gallimard, 1982.
- Meltzer D. *Sincerity: a study in the atmosphere of human relations*, London, Karnac, 1971.
- Racamier PC. *Antoedipe et ses destins*, Paris, Apsygée, 1989.
- Racamier PC. *Autour de l'inceste*. Gruppo 1991; n° 7: 49-65.
- Sutterman MT. *Abord psychanalytique des processus psychiques déterminants dans l'épilepsie essentielle*, These de Doctorat d'Etat, Université Paris-Nanterre.