

Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma

Body reintegration of amputee patients and the phantom pain

Kátia Monteiro De Benedetto*
Maria Cristina Rizzi Forgiione**
Vera Lúcia Rodrigues Alves***

RESUMO

Estudos mostram que a dor-fantasma em pacientes amputados pode expressar uma tentativa de reintegração corporal, visto que a amputação pode alterar a imagem corporal, comprometendo o sentido de integridade do indivíduo. Deste modo, ressaltam-se as etapas de reintegração corporal nestes pacientes e a importância de evitar o uso maciço da negação como mecanismo de defesa no processo de elaboração da perda física. Conclui-se que, apesar de a dor-fantasma ter uma função de reintegração corporal, pode-se mostrar como uma alternativa não produtiva ao processo de reabilitação global do paciente amputado.

UNITERMOS

Amputação, Membro-fantasma, Psicologia, Reabilitação

SUMMARY

Researches show that phantom pain in amputee patients may express a body reintegration attempt since the amputation may change the body image, modifying the individual sense of integrity. On this way, this paper points out the body reintegration's stages in this patients and the importance to avoid the intense use of denial as a defense mechanism in the process of mourning due the physical lost. It's concluded that even though body reintegration appears as one of the phantom pain function, it may be a no productive alternative in the process of global rehabilitation of the amputee.

KEYWORDS

Amputation, Phantom limb, Psychology, Rehabilitation

* *Psicóloga da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, Especializada em Psicologia Clínica e Hospitalar em Reabilitação pelo Hospital das Clínicas da FMUSP*

** *Psicóloga da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, Especializada em Cinesiologia Psicológica pelo Instituto Sedes Sapientiae*

*** *Mestre em Psicologia Social, Diretora do Serviço de Psicologia da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP*

Endereço para correspondência:

Kátia Monteiro De Benedetto
Av. Conselheiro Rodrigues Alves, 999 – ap. 101
CEP 04014-012 – São Paulo – SP
Tels.: (0xx11) 5573-4376/9703-7776
E-mail: kkbenedetto@ig.com.br

Data de recebimento do artigo: 25/3/2002 – Data de aprovação: 29/7/2002

Introdução

A deficiência física, independentemente da sua forma de manifestação, pode afetar a imagem corporal do indivíduo. Segundo Schilder¹, imagem corporal é: "... a figuração de nosso corpo formada em nossa mente", ou seja, como o nosso corpo se apresenta para nós e como o percebemos.

Com a perda de parte do corpo, o sujeito pode sofrer uma alteração brusca da imagem corporal, fazendo-se então necessária a reintegração desta imagem ao novo esquema corporal. Esta reintegração irá repercutir no próprio autoconceito do sujeito, e é de fundamental importância que esta conte com uma reconstrução positiva da imagem corporal. Caso contrário, quando tal reconstrução é negativa, não condizente com a realidade, o autoconceito do indivíduo também fica negativo, ampliando valores estigmatizantes, preconceituosos, que só tendem a alimentar sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima, tristeza e, em alguns casos, depressão. Além disso, uma percepção negativa da própria imagem corporal cria dificuldades para conscientização das atividades musculares e para aquisição de posturas corretas no processo de reabilitação.

Para que esta reintegração corporal seja positiva e produtiva ao paciente amputado, este deve aceitar sua perda física, condição necessária para que possa integrar as funções de um membro mecânico, como a prótese, com seus próprios músculos, conseguindo assim um domínio de seus movimentos. Além disso, a aceitação da perda física é necessária também para que o indivíduo possa relacionar-se com os outros e consigo mesmo de forma mais produtiva e autêntica, incorporando suas limitações e pensando em estratégias eficazes para sua maior autonomia dentro dos limites de sua deficiência.

Deste modo, é importante que o indivíduo possa reformular sua imagem corporal (que sofreu uma desestruturação por causa da amputação), incorporando suas limitações físicas e adaptando-se ao seu novo estado físico.

O paciente amputado pode utilizar diversas estratégias para se adaptar à realidade e neutralizar sua ansiedade diante do novo estado de seu corpo: pode reagir agressivamente contra tudo e contra todos, pode ficar muito passivo e fugir do contato com os outros, isolando-se cada vez mais etc. Porém, a forma mais sadia de adaptação é procurar meios que satisfaçam as necessidades internas e as exigências externas do paciente amputado, reformulando formas de adaptação coerentes com a sua limitação física.

Para tanto, a etapa inicial de reintegração corporal é a aceitação do seu novo estado corporal e da necessidade de ajuda externa.

É fundamental, em um processo de reabilitação, que os limites impostos pela amputação sejam aceitos pelo indivíduo e encarados de forma realista. Nesse sentido, o indivíduo deve considerar cada uma das necessidades frustradas pela amputação, como desempenho físico, realização pessoal, segurança, respeito e posição social.

Como citei anteriormente, outro aspecto importante para aceitação da perda física é a aceitação da ajuda do outro. Muitas vezes o paciente encara o auxílio do outro como negativo e indicativo de que ele é incapaz; porém, quando o indivíduo aceita-se com a amputação, ele pode perceber a importância deste apoio e ajuda, sem repercussões emocionais negativas, como ocorre, por exemplo, nos casos em que precisamos do auxílio de uma agenda para não nos esquecermos de compromissos ou o uso dos óculos para enxergarmos melhor.

A aceitação da prótese também é uma das fases mais importantes para a reabilitação do paciente, pois com ela poderá retomar algumas das atividades que fazia antes da amputação. O paciente amputado muitas vezes aguarda a prótese como quem aguarda a sua perna perdida, com todas as facilidades que ele tinha antes, sem pensar na adaptação inicial a ela. No entanto, junto com a prótese também vêm algumas frustrações. O paciente geralmente não se sente satisfeito, a prótese pode lhe parecer uma carga, as primeiras tentativas de caminhar com ela são pouco efetivas, qualquer defeito no desenho ou na execução de suas partes, assim como sua colocação inadequada, pode causar um funcionamento defeituoso, pouco eficaz, com falhas. O simples ato de andar pode causar desequilíbrios ou quedas, o que acaba aumentando sentimentos de insegurança e fracasso no paciente em processo de reabilitação.

Por outro lado, no momento em que o paciente amputado incorpora a prótese ao seu esquema corporal, passa a usá-la de forma automática, portanto muito mais efetiva, o que auxilia o processo de reabilitação. Reabilitação que não pode ser entendida como simples treino do uso de prótese e recolocação do amputado no mercado de trabalho, mas como possibilidade de a pessoa deficiente superar dificuldades de ordem física, psicológica, social e profissional com o objetivo de participar de forma mais completa e ativa em sua vida. Neste sentido a reintegração corporal implica não apenas na incorporação da prótese à imagem corporal, mas na possibilidade de o paciente amputado aceitar-se

com a prótese e sem ela, ou seja, com a ausência do membro amputado, o que, segundo Racy², sugere que o amputado deve conviver com três imagens corporais: a do corpo intacto, amputado e com a prótese.

Para que a aceitação da perda física, do auxílio do outro e da prótese ocorra, é necessário que o paciente encare a deficiência física de forma realista, evitando o uso da negação de forma maciça.

Segundo Kübler-Ross³, para que o paciente aceite sua doença ou a perda física, é necessário que passe por vários estágios que compõem o processo de elaboração do luto. O estágio ao qual vamos nos deter é o da negação. Estar neste estágio não significa que o paciente abandonará totalmente a realidade e não enfrentará mais a perda, mas que, pelo menos naquele momento, não está preparado para enfrentar tal realidade.

Geralmente a negação é uma defesa temporária, mas necessária para que o paciente mantenha seu equilíbrio psíquico. Após algum tempo, o indivíduo pode aceitar, ao menos parcialmente, sua realidade. Quando isto não ocorre e o indivíduo fixa-se nesta fase, o processo de aceitação da perda física fica comprometido.

Para evitar que o paciente amputado fique fixado na negação, é necessário que este faça uma auto-reavaliação, desvinculando a perda física de idéias estigmatizantes e preconceituosas que ele já tinha antes da deficiência, em relação à amputação.

Jung⁴, ao definir sombra, refere-se àqueles conteúdos que, mesmo não estando à luz da consciência, fazem parte de nossa personalidade total. Nesse sentido, a deficiência física pode vir a personificar a sombra na medida em que esta pode representar condições que não aceitamos em nós mesmos, aspectos obscuros da nossa personalidade. Vemos assim que a aceitação dos aspectos da sombra é necessária para que o indivíduo possa reintegrar-se corporalmente de forma produtiva e adaptada.

Segundo a teoria Analítica Junguiana, um dos aspectos importantes que contribuem para o processo de individuação é a questão da integração dos aspectos da sombra. Processo de individuação para Jung⁴ é o momento em que o indivíduo não se encontra mais fragmentado interiormente, mas que ele se torna um ser uno e integrado, encontrando o seu *self*, que segundo Jung⁴ é: "...o centro e também a circunferência completa que compreende ao mesmo tempo o consciente e o inconsciente", ou seja, o *self* é o indivíduo em todos os seus aspectos: o consciente e o inconsciente, o bom e o mau, o perfeito e o imperfeito.

Outra etapa importante para o paciente amputado é o momento em que o profissional

pode auxiliá-lo no enfrentamento de sentimentos depressivos, de baixa auto-estima, inutilidade, insegurança e angústia decorrentes da amputação, trazendo-lhe o sentido de realidade, de conhecimentos das limitações e de confiança e estímulo às suas realizações. Quando se diz em "trazer o sentido de realidade ao paciente", quer dizer adequar as suas expectativas, trabalhando o seu potencial remanescente, evitando que uma expectativa, muito alta e irreal, possa provocar mais frustrações àqueles que estão limitados pela própria natureza da deficiência.

A dor-fantasma

Quando há a sensação de dor no membro amputado, denomina-se o fenômeno de dor-fantasma, que é a consciência de dor na extremidade amputada. Segundo Fisher⁵, a dor no membro-fantasma pode ser prevenida quando os pacientes são encorajados a expressar o sofrimento da perda, o que nos remete ao valor não só fisiopatológico, mas emocional da dor-fantasma.

Teixeira et al.⁶ relatam que a sensação-fantasma funcionaria como uma alucinação nos sujeitos com dificuldade em aceitar a mutilação, e a dor-fantasma seria como um sonho e o desejo de preservar a integridade anatômica corporal. Neste sentido, a sensação-fantasma no paciente amputado também pode ser entendida como uma tentativa de reintegração corporal. No entanto, nos casos de dor-fantasma, esta tentativa não pode ser considerada positiva ou produtiva. Segundo Zereu⁷, muitas vezes a dor-fantasma impede o processo de reabilitação, além de não ser condizente com uma visão real da deficiência, na medida em que nega esta e prejudica o estabelecimento de novas condutas adaptativas diante da deficiência, causando danos na reabilitação global do paciente amputado.

A mudança de alguns valores internos já estabelecidos, referentes tanto a situação de perda como da auto-imagem e da auto-estima, deve ser trabalhada para propiciar melhor elaboração e aceitação da perda ocorrida, bem como enfrentar a depressão decorrente da situação.

A elaboração de uma nova imagem corporal pode ocorrer de várias formas. A dor-fantasma, mesmo não sendo a forma mais produtiva, é uma dessas. Pela dor, o indivíduo nega a amputação e revive a experiência de ter o corpo intacto.

Segundo estudos de Pucher e Frischenschlager⁸, 89,3% dos pacientes com queixas de dor no membro-fantasma retrataram-se no desenho de sua auto-imagem corporal de forma íntegra,

negando a amputação, o que sugere que pacientes que negam sua amputação sofrem mais de dor no membro-fantasma do que aqueles que puderam reintegrar sua imagem corporal, aceitando a deficiência e os limites impostos por esta (destes, apenas 50% desenharam-se de forma intacta). Da mesma forma, Racy² aponta que, a partir da análise dos sonhos e dos desenhos de auto-representação corporal, pode-se perceber que os pacientes que se adaptaram bem à amputação retrataram-se no desenho da figura humana com o membro bem curto ou amputado e incorporavam as próteses ou a falta do membro nos sonhos, enquanto aqueles que estão mal adaptados desenharam-se de forma intacta, sem a amputação, e mostravam grande preocupação com o membro amputado durante o sonho. Racy² e Jiménez⁹ também referem que a sensação e/ou a dor-fantasma não são observadas naqueles pacientes que nasceram com a falta de um membro e naqueles que tiveram a perda do membro ainda muito novos. Afinal, a amputação nestes casos não representava a perda da integridade corporal, haja vista que estes pacientes ainda não haviam formado uma imagem corporal que integrasse o membro perdido.

Além disso, sabemos que nossos conflitos escolhem órgãos que estejam a eles ligados para sua expressão corporal; deste modo, a dor-fantasma pode expressar o conflito central do paciente diante da amputação, já que esta ocorre no membro amputado, e não em outro órgão qualquer.

Assim, a dor-fantasma no paciente amputado pode representar uma tentativa de o indivíduo sentir-se ainda intacto, negando a amputação, mas não se mostra uma alternativa adaptada e produtiva, posto que, além de ser uma falsa percepção de si próprio, o que causa danos na reabilitação global do paciente, a amputação mostra-se a todo momento ao indivíduo.

Como vemos, a aceitação da deficiência física e a conseqüente reintegração corporal implicam também num movimento psíquico de integração dos aspectos sombrios da personalidade. Porém, este é um processo lento e que exige a elaboração do luto pela perda do membro amputado e a possibilidade de o indivíduo voltar a amar-se e a aceitar-se com o corpo agora mutilado, convivendo assim com suas limitações e aspectos da personalidade inaceitáveis, até então, pelo ego.

Conclusão

Os seres humanos, por natureza, são diferentes uns dos outros. No entanto, há uma limitada tolerância para estas diferenças; quando exces-

sivamente diferentes, algo deve ser evitado. A deficiência física e sua marca corporal evidenciam a diferença entre o inteiro e o fragmentado, o perfeito e o imperfeito, e está carregada de estigmas e valores preconceituosos, o que coloca o deficiente físico às margens da sociedade.

Há receios velados quanto às prováveis conseqüências da vinculação ou convívio com o deficiente. Para muitos, a aproximação com o deficiente físico traz a dor de um possível futuro que ninguém quer para si, traz ameaça à tranquilidade, ao bem-estar, ao sentido de estética e à segurança pessoal e familiar.

Neste contexto pode-se pensar quão difícil pode ser viver amputado em nosso meio social. Afinal, além da desvalorização social do deficiente físico, este também traz alguns valores acerca da deficiência que acabam denegrindo sua auto-imagem e dificultando a aceitação de sua deficiência física.

Todo esse enredo cria um cenário em que a dor-fantasma pode parecer ao paciente amputado, mesmo que inconscientemente, uma saída viável para a vivência de integridade corporal. Entretanto, como já foi discutido, não parece ser uma saída produtiva ao paciente no processo de reabilitação.

O fato de a dor-fantasma ser um fenômeno não puramente físico, social ou psíquico, mas a integração destes três fatores, nos remete à importância de um tratamento multidisciplinar, em que médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física e técnico protesista devem trabalhar em equipe visando o desenvolvimento e a participação ativa do paciente em seu tratamento. Na psicologia, além da psicoterapia breve, pela qual há a expressão e a elaboração de sentimentos depressivos, em que o paciente pode vir a lidar melhor com a sua perda física de forma produtiva ao processo de reabilitação, pensa-se na utilização de técnicas de relaxamento, para uma maior consciência corporal, como técnica auxiliar dentro do processo psicoterápico.

Todo o processo de reintegração corporal no paciente amputado requer a elaboração do luto: o luto pela perda física e o luto por projetos para o futuro, pelo autoconceito, pela imagem corporal, que, portanto, ocorre paulatinamente. Sabe-se que a negação é um mecanismo de defesa usado em uma das fases de elaboração do luto, que pode ser saudável no processo de luto do paciente amputado. O que este trabalho procura mostrar é que esta negação, quando usada de forma maciça, revelando-se muitas vezes pela dor-fantasma, pode ser prejudicial ao processo de reabilitação global do paciente amputado, na medida em que não condiz com uma visão real

do corpo do paciente. Isto ocorre, pois a negação deve ser uma fase do processo de luto, e não uma solução para as frustrações do paciente.

Mesmo parecendo um longo e árduo caminho, o processo de reintegração corporal do paciente amputado que pré-possibilite aceitar sua perda traz uma riqueza inestimável ao paciente: a possibilidade de voltar a se amar e a amar o seu corpo com a amputação e apesar dela.

Referências bibliográficas

1. Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. Trad. Rosanne Wertman. São Paulo: Martins Fontes; 1980.
2. Racy JR. Psychological aspects of amputation. In: Moore W S, Malone JM. Lower extremity amputation. Philadelphia: Saunders; 1989.
3. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
4. Jung CG. Memórias, sonhos, reflexões. Trad. Dora Ferreira da Silva. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1992.
5. Fisher K. Phantom pain, anxiety, depression, and their relation in consecutive patients with amputated limbs: case reports. Br Med J 1998; 316:903-4.
6. Teixeira MJ, Imamura M, Peña RC. Dor fantasma e no coto da amputação. Rev Med 1999; 78(2pt.2):192-6.
7. Zereu AA, Furlan AD, Carneiro AP, Santos AC, Terrei ASA P, Santos CA *et al.* Avaliação fisiátrica do amputado. Acta Fisiatr 1995; 2(2):3-6.
8. Pucher WK, Frischenschlager O. Coping with amputation and phantom limb pain. J Psychosom Rev 1999; 46(4):379-83.
9. Jiménez S, Lic L R. Psicología y sensación de miembro fantasma. Rev Med Interna 1997; 8(2):84-6.