

A PROBLEMÁTICA DO DOENTE TERMINAL E A ATITUDE PSICOTERAPÊUTICA*

ANTÓNIO ALVES GOMES, JOÃO CARLOS MELO

Departamento de Saúde Mental da D.G.S.P. Ministério da Justiça. Lisboa.

RESUMO

A propósito da complexa situação dos doentes em fase terminal, nomeadamente dos referenciados com SIDA e outras doenças malignas, os autores analisam a sua problemática psicológica e psiquiátrica, referenciam os parâmetros de uma abordagem clínica multidisciplinar, indicando elementos para uma atitude e acção psicoterapêutica, tanto para a compreensão dos doentes nessa situação, como para uma práxis clínica a seu respeito.

SUMMARY

The dying process: psychotherapeutic approach

The end stage situation, namely AIDS and malignant diseases, patients are analysed by the authors from the psychiatric and psychologic standpoint. A multidisciplinary clinical approach is pointed out and psychotherapeutic attitude and action parameters are referred to achieve both the understanding of persons in those situations, and the correct clinical praxis towards them.

A relação médico-doente em situação terminal é particularmente complexa. Tanto mais que se desenvolve num contexto em que a morte está próxima¹.

O TRABALHO DE LUTO

A morte implica a perda do mundo exterior e a perda do próprio corpo, perdas que são difíceis de avaliar e de conhecer com antecedência pelo próprio e que constituem um trauma narcísico para quem vai morrer, que não as pode compreender como uma realidade. Na verdade, como sublinhou Freud (1915): *O nosso inconsciente não acredita na sua própria morte, e comporta-se como se fosse imortal.*

Estas perdas implicam, em graus diversos, e variando de indivíduo para indivíduo, uma lesão na sua auto-estima, desencadeando um processo depressivo, que, em condições normais, constituiria um mecanismo de elaboração do evento em ordem a reorganizar o futuro investimento da energia vital (que de momento perdera os objectos em que estava investida) e a reparar as feridas na auto-estima².

Este mecanismo de elaboração constitui o que se designa por **trabalho de luto**. Os seus aspectos clínicos mais evidentes e característicos são uma tristeza profunda, perda de interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar e inibição de toda a actividade³. Mas, naturalmente, as manifestações são muito variáveis de pessoa para pessoa. E antes que a perda ocorra realmente, é frequente o desencadear de ansiedade nas pessoas que experimentam a própria morte. É a tristeza ou luto antecipado³.

O PROCESSO DE MORTE

O processo de morte envolve a perda progressiva do controle sobre a própria vida. Mas mais assustador do que a perda do controle dos acontecimentos externos e das actividades dos outros, é a perda do controle das funções corporais e mentais. Quando isso acontece, a pessoa talvez sinta

que se está realmente a desintegrar. Quando se dá conta da fragilidade do seu corpo e sente os tormentos da dor física, então o medo da morte oprime-a na forma de uma ansiedade de separação ou medo de aniquilação.

Nesta situação pode operar-se em termos psicológicos, uma profunda regressão, em que os temores actuais se plasmam com os fantasmas sentidos numa fase muito precoce da infância. Ao seu estudo se têm dedicado muito médicos, psicólogos e psicanalistas, que lidam no seu dia a dia com estes doentes.

De acordo com a concepção de D. Winnicott, pediatra e psicanalista, o medo da morte é o medo, tal como na infância, do total aniquilamento que ameaça surgir, sendo o seguinte o conteúdo da ansiedade inconcebível que se verificaria³: 1. Estar sendo despedaçado; 2. Caindo para sempre; 3. Isolamento completo, por não existirem meios de comunicação; 4. Perda da união psicossomática

As fantasias são a última ligação à vida, e a perda de fantasias organizadas significa um estado desintegrado, total aniquilamento, o máximo terror e a infinita solidão. Os sonhos e as fantasias duma pessoa que está prestes a morrer são, de facto, muitas vezes, desejos claros de união com os pais na infância ou um regresso simbólico ao colo ou o seio da mãe.

ELEMENTOS DA ATITUDE PSICOTERAPÊUTICA

Tradicionalmente, tem-se entendido a psicoterapia como um meio de tratamento de várias perturbações por métodos psicológicos. Com Rycroft⁷ e Cortesão^{2,8,9} podemos aproximarmo-nos de uma definição mais extensa, como qualquer forma de *cura pela fala* (em todas as formas de psicoterapia uma ou outra das partes envolvidas fala e na maioria das formas ambas). A psicoterapia pode ser individual ou de grupo, superficial ou profunda, interpretativa, de suporte, ou de sugestão, diferindo as três últimas na intenção latente das intervenções do terapeuta. Intensiva tem que ver quer com a frequência das sessões, quer com o nível abordado e elaborado pelo terapeuta e pelo sujeito. O termo implica uma diferenciação dos tratamentos biológicos e físicos, mas, conforme o contexto, pode pretender excluir a psi-

* Comunicação nas II Jornadas Médicas do Hospital S. João Deus (Maio de 1990)

canálise, apesar do facto de que a psicanálise pode ser descrita correctamente como psicoterapia de longa duração, intensiva e interpretativa.

O conceito de psicoterapia é indubitavelmente usado em muitos sentidos. Usualmente, numa relação bipessoal, um dos componentes desse binómio apela, exorta, aconselha, explica ou dá garantias ao outro componente em relação com o que ele lhe comunica das suas vivências, sentimentos, emoções ou juízo crítico. Este é, aliás, um processo que sempre foi usado por pais, educadores, sacerdotes e médicos. *Em cada caso, a qualidade profissional do psicoterapeuta — por assim dizer — condiciona o conteúdo da psicoterapia. Os médicos conhecedores por vezes do limite do mal físico e familiarizados com as reacções emocionais vão longe e aliam, ao seu saber técnico e à acção das drogas que ministram, a psicoterapia — isto é, por meios psicológicos e comunicações essencialmente verbais transmitem ao doente aquilo que ele por si próprio é incapaz de sentir, pensar ou criticar*². Sabendo, porém, que muitas vezes as motivações existentes no indivíduo obedecem a razões inconscientes.

As considerações anteriores, permitem-nos agora, mais facilmente, compreender tanto a problemática complexa, física e psicológica, do doente terminal, como elucidar os elementos indispensáveis à atitude psicoterapêutica, que será fundamentalmente de suporte e, ainda, sublinhar o contexto específico da relação médico-doente nesta situação, como também as projecções que o próprio doente focará no seu médico ou na equipa terapêutica.

Assim, o trabalho de luto se psicoterapeuticamente realizado com sucesso, pode dar à pessoa que vai morrer a experiência final de desistir do corpo, que se tornou inútil, e mover-se para o mundo da fantasia, que é altamente investido.

Um trabalho de luto bem sucedido pode resultar numa saída criativa, o que é igualmente verdade para o processo da morte. Esta interacção criativa manifesta-se em várias fases do processo de morte, como o desejo da pessoa em descrever o processo da sua vida e as suas experiências a outra pessoa.

O desejo de uma pessoa moribunda de manter contacto com outras pessoas até ao fim, pode determinar nestas a vivência duma experiência muito dolorosa. A pessoa moribunda deposita, muitas vezes, uma variedade de **Eus auxiliares** nos seus familiares e nos terapeutas, os quais podem sentir, por consequência, que ela está invadindo os seus espíritos.

Assim, a pessoa moribunda, pela intensidade dos seus sentimentos, desperta nos familiares e nos terapeutas o medo de serem absorvidos numa comunicação regressiva, num afecto simbiótico ou no próprio processo da morte. Deste modo, então, indu-los a evitar o contacto mais próximo e a deixar de a visitar.

Por outro lado, determinados **mecanismos de defesa** utilizados pelos doentes, podem provocar tensão na equipa terapêutica, sobretudo, enquanto não forem identificados e compreendidos. Os dois mais importantes são o deslocamento e a projecção.

Muitos doentes terminais, depois das reacções iniciais de choque e incredulidade, reagem com raiva à compreensão de que, em breve, podem morrer.

O **deslocamento** é incómodo quando a raiva do doente devido à morte iminente ou ao diagnóstico tardio é dirigida à equipa terapêutica, que é acusada de negligência ou incompetência. E então, é importante ajudar o doente a expressar essa raiva e a dirigir-la adequadamente.

Ou, quando não consegue tolerar a ideia de que está a morrer, projecta nos outros, afirmando, por exemplo que o estão a prejudicar ou que os medicamentos o estão a matar.

RECUPERAR UM PEDAÇO DE TERRA AO MAR...

Na terapia destes doentes, Rosenthal (1957) salientou que *o objectivo é resolver os sentimentos negativos em relação a si próprio e ao seu passado*. Assim, é dada maior significação ao passado que ao futuro.

Neste sentido, os sentimentos relativos à sexualidade — e todos sabemos a importância que a sexualidade assume, por exemplo e actualmente, no caso da SIDA — constituem um ponto importante neste processo em que o indivíduo afectado está implicado. A propósito, refira-se o testemunho de João dos Santos⁴: *Há muitos anos, recordo-me bem, uma mulher alcoolizada, que na sua época provocou grandes escandalos foi levada para o Hospital onde eu trabalhava. Morreu com um sorriso nos lábios, a fazer trejeitos com o corpo, como no acto sexual. É bonito poder morrer-se assim!*

Em jeito de integração vejamos as considerações de E.L. Cortesão⁵: *As evoluções patológicas de desgosto por perda de pessoas devem ser investigadas clinicamente em função de: 1. Estrutura da Personalidade e do Carácter da Pessoa abandonada ou em luto e também da pessoa que morreu, está gravemente doente ou se separou. 2. Compreensão situacional da relação e interacção nas matrizes familiar, laboral e sócio-cultural. 3. Possibilidade de elaboração do negativo ou diagnóstico dos factores que a impedem.*

Ainda segundo Cortesão: *O processo de luto por morte, doença grave ou separação está na origem e estruturação da situação e relações patológicas não só do indivíduo como das matrizes relacionais em que está inserido. O diagnóstico e a Acção Terapêutica Diferenciada (ATD) são possíveis com formação adequada e actualização do médico e outros agentes de saúde e têm repercussão nos três níveis de Prevenção. A investigação clínica e epidemiologia podem abordar estas dimensões*⁵.

O modelo de Acção Terapêutica Diferenciada, que pressupõe o trabalho de Equipa multidisciplinar^{2,9} é aplicável em várias situações e, pelas suas virtualidades, guarda em si a capacidade de melhorar o prognóstico de casos que, abordados apenas por um modelo parcelar, possam ser considerados muito graves e de prognóstico reservado. A ATD, aplicada correctamente, conseguirá melhorar o prognóstico de muitas situações, ajudará a dar à Pessoa-Doente um novo sentido e significação à sua vida e, mesmo nos casos incuráveis, permitirá à Pessoa, já em fase terminal, *recuperar um pedaço de terra ao mar*.

É pertinente a observação de Bruno Bettelheim⁶, segundo a qual Freud resumiu a essência da psicanálise numa metáfora baseada na história de Fausto de Goethe, a da *recuperação da terra ao mar*, aqui usada noutro contexto: *a história de Fausto é a de uma batalha pela sua alma entre as forças da luz e das trevas... é uma luta pela compreensão mais profunda do mundo e de si mesmo... No final da sua vida, Fausto considera a recuperação da terra ao mar a realização culminante das suas lutas.*

Terminamos, novamente com Bruno Bettelheim⁶: *No final, Tanatos vence, mas enquanto há vida em nós, podemos manter Eros vitorioso sobre Tanatos. Isso é algo que temos a obrigação de fazer, se desejarmos viver bem. O requisito primordial para tanto é que amemos bem e vivamos de modo a sermos bem amados por aqueles que são os mais importantes para nós. Se assim fizermos, Eros prevalece e Psique rejubila.*

BIBLIOGRAFIA

- HARRISON: Medicina Interna. Braunwald E.; Isselbacher K.; Petersdorf, R. Wilson J.; Martin J.; Fauci A. 11.^a Ed., Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 1988: 1288-1291.

2. GOMES A.A., CORTESÃO E.L., SILVA E.L.: Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Praxis do Clínico Geral. 1.ª Ed. UCB, Lisboa 1986.
3. HAGGLUND T.-B.: The final stage of the dying process. Int J Psych-Anal 1981, 62.
4. Santos J.: Estetoscópio, 12-2-1982.
5. CORTESÃO E.L.: Perspectivas de investigação em Psiquiatria e Saúde Mental. Conferência no Ciclo de Conferências de Psiquiatria — 140.º Aniversário do Hospital Miguel Bombarda. Nov. 1988. Lisboa.
6. BETTELHEIM B.: Freud e a alma humana. Ed. Cultrix. São Paulo, 1982.
7. RYCROFT C.: A Critical Dictionary of Psychoanalysis. Penguin Books, Londres.
8. CORTESÃO E.L.: O Médico e o Outro. A Relação Médico-Doente nos Anos 80. Acta Med Portug, 1980; 2: 85.
9. CORTESÃO E.L.: Grupanálise. Teoria e Técnica. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Pedido de Separatas:
 António Alves Gomes
 Departamento de Saúde Mental
 Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental
 Hospital S. João de Deus — Caxias
 2780 Oeiras