

# PSICOTERAPIA NA SIDA

NUNO FÉLIX DA COSTA, SÍLVIA OUAKININ, LUÍSA FIGUEIRA

Cadeira de Psicologia Médica. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

## RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VHI) cria a expectativa de uma doença próxima e terrível pelo declínio físico que a acompanha. As pessoas atingidas pertencem maioritariamente a um grupo etário jovem, que tem em comum a sobrevalorização do prazer, e cuja vida será, doravante, marcada pela eventualidade de uma morte extemporânea. Trata-se duma situação existencial particular, de evolução imprevisível, que obriga a reformular a abordagem psicoterapêutica tanto no que se refere ao estabelecimento de objectivos, como ao modo de lidar com problemas práticos. Neste trabalho descrevemos a nossa experiência de ano e meio de trabalho com os doentes seropositivos e com SIDA do Serviço de Doenças Infectocontagiosas do H.S.M.

## SUMMARY

### Psychotherapy in AIDS

Infection with human immunodeficiency virus creates the expectation of terrible disease marked by an inexorable physical decline. The majority of the affected patients are relatively young and pleasure plays an important role in their lives which will be marked by the possibility of an early death. This is a peculiar situation with an unpredictable evolution that mandates a reformulation of the psychotherapeutic approach mainly in the achievable goals and the practical way to manage them. We describe our two years psychiatric and psychotherapeutic experience with AIDS patients followed by the H.S.M. Infectious Diseases Department.

## INTRODUÇÃO

A SIDA começou por ser descrita como uma doença de homossexuais por Gottlieb<sup>1</sup>; depois é identificada em toxicodependentes de drogas por via endovenosa, nos hemofílicos e nos haitianos que constituíam, na época, os grupos de risco para a doença. Através dos bissexuais e dos toxicodependentes a infecção propagou-se de modo a esvaziar o conceito de grupos de risco e hoje que a frequência nos heterossexuais é cada vez maior, o risco generalizou-se e estende-se a toda a população.

Embora o vírus tenha sido isolado noutros líquidos orgânicos (saliva, suor, lágrimas, etc) além do sangue e do esperma, a evidência acumulada sugere que as vias de contágio se restringem aos contactos sexuais, predominantemente anais ou genitais, às transfusões de sangue ou dos seus componentes ou fracções contaminados e, ainda, através da partilha de seringas e agulhas entre os heroínómanos ou nos serviços de saúde menos apetrechados, como acontece nos países subdesenvolvidos.

A infecção pelo retrovírus da imunodeficiência adquirida (VIH) inicia um processo com manifestações possíveis a três níveis:

— A nível sistémico há uma degradação progressiva da imunidade celular que predispõe a infecções oportunistas, antes raras, e a tumores diversos (sarcoma de Kaposi, linfoma, não-Hodgkin). O VIH caracteriza-se por um tropismo especial pelos linfócitos T cuja destruição progressiva explica as linfadenopatias generalizadas e persistentes que surgem no estado designado por ARC (AIDS related complex) o qual evolue, em muitos casos evoluem para a fase terminal da infecção pelo HIV, a SIDA.

— Em virtude do neurotropismo do VIH, o compromisso do sistema nervoso central ou periférico pode ocorrer em qualquer estadio, e em cerca de 10% dos casos, as perturbações neurológicas constituem a manifestação inicial da doença<sup>2</sup> embora na SIDA a sua incidência atinja os 40 a 50%<sup>3</sup>.

— As manifestações psicológicas reflectem a dorência, o modo como a doença é vivenciada por cada pessoa e os mecanismos que usa para lidar com uma situação sentida muitas vezes como catastrófica.

Este trabalho traduz a experiência de ano e meio de colaboração com a Unidade de SIDA do Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas do HSM, e as modulações introduzidas na prática psicoterapêutica com estes doentes.

O número de doentes seguidos até Novembro de 1988 foi de 95, correspondendo à quase totalidade dos doentes internados e aos doentes ambulatoriais requerendo apoio psiquiátrico. Destes foram sistematicamente avaliados 72, sendo a distribuição pelos vários grupos a seguinte: 49% homossexuais, 25% heroínómanos, 21% heterossexuais e 6% hemofílicos. 85% eram do sexo masculino e 15% do feminino. A distribuição foi a seguinte: 4% com menos de 20 anos, 35% entre os 21 e os 30, 42% entre os 31 e os 40 e 19% com mais de 41 anos.

Do ponto de vista psicopatológico mais do que quadros nosológicos estruturados ansiosos, depressivos ou outros, predominam as reacções vivenciais catastróficas ou com humor de pânico, muitas vezes sobrepostas a personalidades com acentuações caracterais predispondo a formas maladaptativas de reacção às roturas a que a doença obriga. Na nossa experiência a estruturação dos sintomas é tanto mais frequente quanto existam antecedentes psiquiátricos relevantes pré-morbidos.

## O Contexto Existencial

O contexto que rodeia a infecção é marcado, de um lado pela sua evolução e prognóstico, e, do outro, pela intensidade com que estigmatiza as pessoas atingidas.

Saber-se seropositivo significa ter-se 75% de probabilidades de vir a ter SIDA num prazo de sete anos, uma probabilidade que cresce quando se dilata o período considerado. Ter-se SIDA implica mais que uma morte próxima, um morrer em regra lento e caracterizado pelo declínio inexorável da saúde até à caquexia, com modificações da imagem corporal, num processo que obrigará a uma dependência crescente das instituições de saúde.

A possibilidade actual de prever os casos que sofrerão esta evolução cria sempre uma expectativa ansiosa vaga que ensombra e contamina o quotidiano desde o momento do diagnóstico.

Significa ainda um rosário de limitações causadoras de sofrimento pelo que restringem e impedem, mas também pelo esforço adicional que representam em relação a actos e projectos que são comuns e simples.

O relacionamento afectivo complica-se, pelo medo permanente de contagiar o parceiro, medo que adquire características quase fóbicas, mesmo quando todos os cuidados são tomados, perturbando muitas vezes as relações sexuais. Nos heterossexuais, especialmente nas mulheres, a impossibilidade de ter filhos, dado o risco calculado em cerca de 50% de transmissão materno-fetal, afecta e marca definitivamente, os projectos de futuro do casal.

As relações interpessoais, por vezes já antes difíceis, são afectadas pelo carácter estigmatizante da doença, no conceito comum ainda ligada a práticas marginais inaceitáveis, muitas vezes mantidas em segredo, e que agora arriscam a tornarem-se conhecidas. A pessoa teme revelar um passado toxicodependente que abandonou, ou práticas homossexuais ocasionais que antecederam uma relação actual satisfatória e estável. Teme as reacções dos outros, que o discriminem, que o marginalizem, que o abandonem a um futuro que antevê com dificuldades e dependências crescentes.

Este medo do estigma social prende-se não só à marca do que efectivamente se foi ou é, com a qual as pessoas, às vezes, lidam bem, mas mais ao receio de vir a ser identificado como homossexual, heroinómano, prostituta ou promiscuo não o sendo. Neste sentido é muito preocupante para todos a perda da confidencialidade relativa à sua situação clínica o que é, aliás, uma constatação frequente, e que nós, médicos, não podemos, na realidade, controlar.

Por outro lado, a vivência do corpo, antes instrumento de prazer, perturba-se imenso segundo linhas sintomáticas diversas. Há uma atenção constante e minuciosa aos mais ínfimos acidentes do funcionamento do corpo que tendem a ser ponto de partida para elaborações hipocondríacas ameaçadoras, sempre na expectativa da doença se tornar, enfim, manifesta. São em especial os homossexuais, cujo corpo é fortemente investido na auto-imagem e na imagem do Eu, usada na relação, que tendem a utilizar este mecanismo, com o ganho primário de evitar pensar na doença e com o ganho secundário dum securizante acréscimo de atenção por parte do seu médico.

O paradigma da reacção dos homossexuais à doença é, inicialmente marcado pelo desenvolvimento duma enorme angústia, resultante duma avaliação catastrófica da situação, que por vezes toma um colorido histrionico ou antes de desespero, mas, por regra, apelativo duma forma enfaticamente demonstrativa. Numa fase posterior a estruturação depressiva acontece ocasionalmente.

Mais do que o medo da morte, o que é experimentado como assustador é o morrer, o declínio físico progressivo e o sofrimento crescente do processo que conduz à morte. Apesar disso, na nossa experiência nunca tivemos conhecimento de suicídios nos doentes por nós observados. Uma vez iniciado o processo de ser-se doente, as pessoas pensam-se e agem de dentro desse novo papel, tentando adaptar-se às limitações da doença, minorar-lhes os efeitos, conservar o control possível da situação, sempre na esperança de algum milagre, médico ou divino, que mude radicalmente o trágico prognóstico da doença.

Um temor constante é o da degradação da imagem do corpo, que representa deixar de se sentir atraente para os outros, ou vir a sofrer deformações físicas sejam repulsivas. Estes temores, duplamente epidérmicos, surgem com maior frequência do que o receio explícito da perda de saúde e do vigor do corpo em geral.

Em relação à vivência do tempo, assistimos a duas atitudes opostas: Aqueles que se apressam tentando concentrar numa existência que avaliam como eventualmente breve, projectos planeados para toda uma vida; outros tendem a desistir dos objectivos e a abandonar-se, numa atitude mais passiva, a uma estratégia conservadora de tentar perder o menos possível.

Os heroinómanos tendem a adoptar a primeira atitude, talvez predispostos pela tendência à acção que caracteriza a sua personalidade. Paradoxalmente saber-se seropositivo tem funcionado para muitos toxicodependentes como um factor evolutivo positivo. Tal como se a heroína significasse um intervalo em que se podiam permitir ter prazer, gastando um tempo adolescente, lúdico e socialmente irresponsável, talvez não fazendo mais que reflectir, de um modo homólogo, a ambivalência da sociedade, que, com uma intensidade às vezes violenta, ao mesmo tempo solicita os adolescentes com exigências e responsabilidades cada vez mais complexas e, por outro lado, os seduz para um hedonismo contido, inofensivo e portanto insatisfatório no período de excessos e transgressões que é a natureza da adolescência.

Embora em geral a notícia da seropositividade desencadeie angústia de morrer, vítima da amante que os dominava, a perplexidade rapidamente se resolve com heroína mais uma vez. Depois, insidiosamente, saber-se seropositivo pode ajudar a fazer parar o modo de vida de toxicodependente que sente não permitir a liberdade para a realização dos projectos que estavam mais adiados que esquecidos.

Para outros toxicodependentes, contudo, a paragem da heroína é insuportável, para mais nestas circunstâncias. O confronto com um meio que se destruiu desencadeia uma enorme angústia que leva de novo à heroína. As relações familiares, as amizades, a profissão, não escaparam a um quotidiano de mentiras, roubos, abusos de confiança, golpes, ou criminalidade franca, motivados pela urgência da obtenção de meios para adquirir uma droga muito cara. Todos os princípios em que se acreditou foram entretanto transgredidos, todos os objectivos, por que se lutou, foram abandonados e fora do referencial subcultural da heroína a culpa é inevitável, tal como a desvalorização depressiva de si próprio e do seu passado. Estes sentimentos negativos são mal suportados por quem se habituou a controlar a frustração e o sofrimento com drogas desde fases precoces de organização da personalidade.

Nos heterossexuais parece não existir nenhum padrão típico de resposta à doença, para além da preocupação comum com a conotação com os grupos de risco. A reacção é marcada por conteúdos circunstanciais muito variados retirados do quotidiano das pessoas. A ideiação de culpa não é frequente mas, pelo contrário, assiste-se a uma intensa agressividade, dirigida á presumível fonte de contágio, por regra

uma relação extra-conjugal, a quem se atribui uma intencionalidade de prejuízo.

Nos casados o medo de uma eventual rotura matrimonial pode levar à ocultação, ao cônjuge, da seropositividade e a atitudes sexuais, no limite da irresponsabilidade. As esposas contagiadas reagem, muitas vezes, numa atitude de resignação, o que não confirma a expectativa de abandono que os maridos alimentavam.

Os bissexuais vivem mais frequentemente situações de conflito ocasionalmente dramáticas. A orientação sexual, pouco definida, mascara, muitas vezes, uma incapacidade de manter relações satisfatórias, pelo menos no plano afectivo, tendo como resultado uma instabilidade, bruscamente interrompida pela doença. É com dificuldade marcada por vergonha e culpa que as pessoas enfrentam a necessidade de falar ao cônjuge deste componente homossexual da sua vida sexual.

Os hemofílicos, desde sempre habituados a lidar com uma doença crónica, suportam mais facilmente as limitações inerentes à nova doença sendo, contudo, frequentes pequenas manifestações surdas de agressividade e revolta contra o azar duma situação que sentem como iatrogénica.

### Objectivos Psicoterapêuticos

Muitas vezes restringe-se à relação terapêutica o espaço onde é possível ao doente falar da angústia que a doença lhe causa. Outras vezes, empenhado em mecanismos de lidar com essa angústia que lhe afastam o pensamento para outros conteúdos ou lhe dirigem a acção para objectivos diversos, é no quadro psicoterapêutico que, duma forma adaptada aos recursos da sua personalidade, ele pode reflectir realisticamente a sua situação.

As pessoas não têm, por regra, passado psiquiátrico, sendo a crise que o diagnóstico causou que as leva a procurar ajuda. A escolha dos objectivos psicoterapêuticos é muitas vezes ditada pelas circunstâncias. Trata-se de, nas fases agudas, conter situações de rotura motivadas pelo diagnóstico, como fugas para a frente no sentido do abandono do emprego, do desinvestimento generalizado do ambiente, do sentimento de ruína completa e irremediável, e, pelo contrário, contrapor a isso as zonas da vida da pessoa em que a doença, ainda não tocou, seja qual for a fase da evolução.

Esta fase provoca uma grande angústia a qual pode dinamizar os recursos de adaptação às mudanças que o diagnóstico impõe, não carecendo a pessoa mais que pequenos esclarecimentos sobre os cuidados a ter para evitar contágios ou que desfaçam as ideias erradas que os meios de comunicação sensacionalistas divulgam. Em muitas pessoas, contudo, a ansiedade atinge níveis de rotura que bloqueiam uma acção adaptativa concertada, conduzindo-as antes a condutas precipitadas elas próprias, por sua vez, responsáveis pelo sofrimento.

Fora das fases agudas, os objectivos psicoterapêuticos dependem das características de cada doente, do seu estado actual, da força da sua personalidade, do grau de discernimento em relação à situação e, ainda da diferenciação intelectual. A nossa estratégia não visa impôr nenhum modo particular de confronto com a realidade, nem de adaptação à doença, mas tentamos reforçar de entre os mecanismos que cada pessoa ensaia, aqueles que se revelam mais eficazes em cada momento, mais protectores em relação à angústia e adequados à realidade da situação.

Se os objectivos terapêuticos são, por regra, restritos em termos de modificação da personalidade, centralizando-se, antes, numa atitude de suporte, isso não implica, de modo nenhum, um menor esforço de compreensão do doente. Por formação e sensibilidade colocamo-nos numa perspectiva existencial a qual se tem revelado útil na abordagem desta problemática. Esta é uma boa posição para compreender o

carácter e o percurso de cada pessoa, dar unidade aos factos do seu passado sem concluir por determinismos que obriquem a intervenções sobre a personalidade. Assim, é a partir da nossa disponibilidade e da dimensão humana do encontro entre o psiquiatra e o seu doente que surge, ou não, a possibilidade da reflexão sobre o sentido e as condições da sua existência.

Os conteúdos do passado marcam, e demarcam, um modo de existir sem que haja de se lhe aplicar uma formulação, em termos de raízes dinâmicas e conflitos profundos. A problemática da expectativa angustiante duma morte extemporânea encontra ressonância afectiva e pode ganhar sentido em função de conceitos como liberdade, responsabilidade, projecto, que são dimensões especificamente humanas de existir, mas condicionadas pela matéria do corpo que as suporta e que, ao adoecer, as submete ao seu destino.

A problemática da toxicod dependência, em seronegativos abordamo-la desta mesma perspectiva, embora considerando mais de perto os factores ambientais e sociais.

A nossa abordagem psicoterapêutica poderia ser enquadrada num modelo de intervenção em crise. Na verdade, em muitos casos, os objectivos terapêuticos focam-se em aspectos limitados ao existir doente, ou de outros factores de perturbação circunstanciais, sem que haja possibilidade ou interesse em lhes dar uma formulação geral. Contudo, não perdemos de vista que os equilíbrios conseguidos são frágeis nem sempre atingindo o nível de funcionamento anterior, que a situação de base tem uma evolução crónica e que, portanto, não é possível limitar no tempo a nossa intervenção psicoterapêutica.

Em qualquer caso, porém, a nossa perspectiva privilegiada é a existencial e é a partir deste ângulo que nos faz sentido colocar o foco da intervenção no entretanto, isto é na vida, seja qual for a sua duração, em vez de acentuarmos aspectos relacionados com a preparação para a morte.

Com relativa frequência verifica-se que as pessoas tentam aliviar o desespero causado pela eventualidade duma morte prematura ampliando sentimentos religiosos há muito adormecidos ou radicalizando-os através de práticas mais exigentes como as Testemunhas de Jeová. A Fé permite-lhes alimentar a esperança numa alteração drástica que os faça escapar no último minuto do destino que a ordem natural lhes impõe. A fé pode criar um sentido para o actual sofrimento. A dor pode ser aceite como expiação de culpas, como purificação para uma nova vida espiritual e eterna.

Mantemos em relação à religiosidade uma atitude neutra e respeitadora já que por um lado conforta e alivia o sofrimento e, por outro, leva a condutas socialmente bem integradas em pessoas que nem sempre apresentam essas tendências espontaneamente.

### Aspectos Práticos Psicoterapêuticos

Actualmente as modalidades de apoio psiquiátrico que utilizamos em relação aos doentes que temos seguido são:

**Psicoterapia individual** centrada sobre a situação de crise que o doente vive, com uma frequência determinada pelo seu grau de perturbação e, por regra, definida por ele. Este é o tipo de intervenção nas reacções catastróficas que sucedem ao diagnóstico e praticado na consulta.

**Psicoterapia individual** de âmbito mais largo, com as características descritas acima em alguns doentes da consulta e aos internados.

**Psicoterapia de grupo semanal.** Esta destina-se a um grupo aberto a todos os doentes do serviço, internados ou em ambulatórios, e ocasionalmente a respectivos familiares, centrado sobre a temática psicológica, relacional, social e mesmo política relacionada com a doença. Os aspectos médi-

cos e terapêuticos privados são excluídos mas mensalmente fazemos uma reunião de esclarecimento com um especialista do serviço destinada a tirar dúvidas em relação à doença. Este grupo reúne-se há 18 meses com uma frequência variável entre 5 e 12 doentes e é especialmente constituído pela população toxicodependente.

Em qualquer das modalidades psicoterapêuticas damos relevo à vertente pedagógica da relação. Esta preenche duas funções: por um lado veicula as medidas de higiene básicas destinadas a impedir o contágio, as quais repetimos insistentemente, sempre que se proporciona, e que também desmistificam muitas ideias erradas sobre epidemiologia da doença; por outro lado, este mesmo esclarecimento é sempre securizante.

Constitui regra a falta de confiança dos doentes no sigilo do diagnóstico em relação à instituição que os trata. Embora a nível médico sejam tomados cuidados, que formalmente parecem visar o segredo profissional, na prática isso não acontece e pensamos que as medidas existentes se destinam apenas a sossegar a boa consciência dos profissionais. O trabalho numa instituição sobredimensionada permite o acesso das várias categorias profissionais aos circuitos por onde passa o diagnóstico. Contudo, penso que, pela parte do terapeuta é importante que o máximo sigilo seja guardado e que, por uma questão de rigor, todas as precauções sejam tomadas de modo que o doente tenha confiança, se não na instituição, pelo menos no médico.

A utilização de psicofármacos é com frequência necessária, e ao conseguir uma remissão sintomática, propicia uma melhor utilização dos recursos do doente. As benzodiazepinas são os medicamentos mais utilizados em função do domínio da sintomatologia ansiosa. Nas fases mais evoluídas da doença, quando o componente demencial se torna evidente é preferível o recurso aos neurolépticos, em doses baixas. A tristeza e o desespero não evoluem habitualmente no sentido da organização depressiva mas antes a mesma problemática tende a diluir-se num processo de negociação das incapacidades, que vão surgindo progressivamente. Assim não é frequente a utilização de antidepressivos. Nos casos mais favoráveis, isto é, nas personalidades mais equilibradas, com um bom suporte social, familiar e profissional é habitual a manutenção do mesmo nível de funcionamento.

Os toxicodependentes são o grupo cuja adaptação ao internamento é mais problemática, pela dificuldade em se enquadrarem na estrutura do Serviço; estes doentes carecem dum apoio terapêutico próximo, e, muitas vezes diário, como forma de conter uma tendência marcada para condutas manipulatórias e disruptivas. A sua forma de reagir à doença parece modulada por traços psicopáticos da personalidade prévia, aparentemente protectores em relação ao desenvolvimento de sintomas da linha ango-depressiva. Pelo contrário assiste-se, por regra, a um aumento das condutas impulsivas com passagens ao acto. Muitas vezes acontece, ainda ser o conhecimento da seropositividade um factor de contenção no consumo de drogas, provavelmente relacionado com uma modificação na hierarquia dos seus valores.

## Conclusões

A avaliação retrospectiva da nossa abordagem psiquiátrica dos doentes HIV positivos e com SIDA integrados numa equipa multidisciplinar garantindo a par dos cuidados médicos, um apoio psicoterapêutico quase sempre necessário<sup>2</sup>, parece-nos positivo e recomendável o saldo.

A nossa intervenção torna não só mais coesa e eficaz a actividade global da equipa, como melhora, em muitos casos a adaptação à doença, minimizando o sofrimento psicológico dos doentes o qual ao melhorar os parâmetros imunológicos, está, dum modo geral, correlacionada com uma evolução clínica mais favorável.

Uma perspectiva psicoterapêutica de inspiração existencial, embora suficientemente eclética, para englobar aspectos biológicos e sociais sempre relevantes, tem-se revelado útil na abordagem desta problemática. No que se refere aos toxicodependentes, a intervenção psiquiátrica é importante ao facilitar uma estruturação adequada dos modos de reagir à doença, não só com menores custos, mas conduzindo, também, a uma maior consciência social que é relevante, como factor de contenção da disseminação da doença.

Por último, parece-nos de realçar que o confronto com a ameaça de morte não parece agravar, a prazo, os hábitos toxicodependentes na maior parte dos casos.

## BIBLIOGRAFIA

1. GOTTLIEB, M.S., SCHROFF, R., SCHANKER, H.M. et al.: Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy men; Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *New Engl. J. Med.* 1981; 305: 1425-1431.
2. BREDESEN, D.E., LEVY, R.M., ROSENBLUM, M.L.: The neurology of human immunodeficiency virus infection. *Quarterly J. Med.* 1988; 68, 257; 665-677.
3. SNIDER, W.D., et al: Neurologic complications of acquired immunodeficiency syndrome: analysis of 50 patients. *Ann Neurol.* 1983; 14: 403.
4. COHEN, M.A., WEISMAN, H.W.: A Biopsychosocial approach to AIDS, *Psychosomatics*, 1986; 27, 4.
5. FRAULSTICH, M.E.: Psychiatric aspects of AIDS, *Am. J. Psychiatry*, 1987; 144, 5: 551-556.

Pedido de Separatas:  
Nuno Félix da Costa  
Av. António Augusto de Aguiar, 80, 5.ª Esq.  
1000 Lisboa