

# Intervenção psicoterapêutica nos doentes coronários

GRAÇA CARDOSO \*

Nos últimos anos temos vindo a assistir a um interesse cada vez maior pelos aspectos psicológicos dos doentes com situações somáticas. Múltiplos trabalhos de investigação têm mostrado que a doença física é muitas vezes acompanhada de sintomas de descompensação psicológica que se revelam suficientemente importantes para justificar uma abordagem terapêutica particular desta problemática. As doenças físicas confrontam o ser humano com múltiplas ameaças e perdas. Ameaças à integridade física com todos os receios daí decorrentes, desde a invalidez até à morte; ameaças de uma perda de autonomia existente nas relações sociais, que para muitos indivíduos é extremamente angustiante; e finalmente as inúmeras perdas de auto-estima, de capacidades, de estatuto, etc. Deste modo, a doença somática vem exigir ao indivíduo a utilização de novos mecanismos de defesa e técnicas de adaptação que lhe permitam enfrentar, de um modo eficaz, o conjunto de ameaças e perdas nela envolvidas.

Uma doença física grave constitui portanto uma verdadeira crise na vida de um indivíduo, e a forma como vai ser vivenciada, assim como as soluções adoptadas para uma adaptação tão adequada quanto possível, depende de vários factores: da doença em si, da personalidade anterior, dos suportes disponíveis a nível familiar e social e dos recursos da matriz terapêutica onde o indivíduo está inserido.

Partilhamos com outros autores (Caplan, 1964) a opinião de que as situações de crise contêm simultaneamente um efeito desorganizador e enormes potencialidades de resolução e até de enriquecimento pessoal. Partilhamos igualmente a ideia (Lindemann, 1944) de que uma relação terapêutica adequadamente manejada e, nalguns casos, uma intervenção psicoterapêutica correcta, podem ter um papel preponderante na evolução e resolução da crise representada pela doença física. Afigura-se-nos assim de toda a pertinência encarar o problema da intervenção psicoterapêutica nas situações de doença física, embora possamos acrescentar que esta intervenção terá de ter características diferentes das utilizadas nas situações de doença psicológica primária.

Em primeiro lugar, a intervenção psicoterapêutica nestas situações deverá ter objectivos precisos e bem delimitados: pretende-se fundamentalmente restaurar ou reforçar os mecanismos de defesa e as capacidades adaptativas do doente, de molde a facilitar a sua cooperação com a nova realidade da sua existência. Naturalmente que conflitos mais profundos não devem ser abordados, e mesmo a promoção de um *insight* deve ficar limitada aos aspectos que melhoram a adaptação à doença.

Em segundo lugar, esta intervenção tem que ser limitada no tempo e, nos casos em que é levada a cabo por um psiquiatra, não deve substituir-se à relação terapêutica com o médico assistente. Pelo contrário esta relação deve ser sempre reforçada e facilitada dadas as virtualidades terapêuticas nela contidas (Balint, 1957).

\* Psiquiatra. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Outro aspecto importante a considerar é a precocidade dessa intervenção psicoterapêutica, dada a necessidade de evitar a fixação de sintomas e de atitudes maladaptativas.

A intervenção psicoterapêutica nestas situações não deve ter um enquadramento rígido, antes se exigindo uma adaptação caso a caso, no que diz respeito ao número total de sessões, à sua duração e periodicidade. Todavia existem alguns princípios que devem ser tomados em conta. Assim, importa acima de tudo que o terapeuta permita a criação de uma relação em que o doente sinta que o seu sofrimento primário é reconhecido e compreendido, em que tenha possibilidade de exprimir as suas queixas e inquietações, e em que eventualmente possa reflectir sobre as formas possíveis de com elas lidar. A atitude de empatia, com a compreensão dentro-para-fora que esta pressupõe (Cortês, 1974, 1980), é neste sentido uma condição essencial na abordagem psicoterapêutica destes doentes. De referir, aliás, que atitudes de simpatia e mesmo de aconselhamento, baseadas numa compreensão dentro-para-fora e numa distanciação do genuíno sofrimento do doente se mostram de escassa eficácia terapêutica, quando não nocivas.

O conceito de Winnicott de «ambiente sustinente» (1958) descreve bem o ambiente terapêutico que deve ser propiciado na intervenção psicoterapêutica destes casos. Trata-se, como na relação precoce mãe-filho, da criação de uma relação em que a mãe consegue sustentar as ansiedades desorganizadoras para o Eu imaturo do bebé, pelo suporte do seu Eu materno, capaz de lidar com essas ansiedades. Deste modo, na fase de emergência do *self* do bebé, é esta relação sustinente que vai permitir integrar positivamente as crises e ansiedades.

Por outro lado, como referiu Balint (1968), a escuta das queixas possui um valor incomensurável na relação terapêutica. Quer as queixas sejam verbais ou não-verbais, o simples facto de serem reconhecidas pelo terapeuta permite ao doente reencontrar uma certa harmonia e transformar a queixa em qualquer coisa mais diferenciada e mais criativa. É possível encontrar adaptações mais criativas à doença somática.

Dentro das doenças somáticas graves surgem nas últimas décadas, como extremamente frequentes, as doenças das artérias coronárias. A Cardiopatia Isquémica é uma doença fortemente ligada ao progresso e desenvolvimento industrial da cultura ocidental.

Tem vindo a atingir indivíduos cada vez mais jovens e levado à proliferação de Unidades de Cuidados Intensivos para Coronários (UCIC).

Doença de início tantas vezes súbito e inesperado, atingindo um órgão vital e com forte valor simbólico, pondo em risco a vida do indivíduo, introduzindo-o sem qualquer preparação num ambiente hospitalar asséptico, tecnocrático e ameaçador, ameaçando-o de perdas importantes, a Cardiopatia Isquémica é acompanhada com alguma frequência de descompensação psicológica importante.

No seu trabalho como psiquiatra de ligação na UTIC — Arsénio Cordeiro, Hospital de Santa Maria, a autora verificou ter atendido no primeiro ano de actividade 12,75 % dos doentes entrados (Cardoso, 1987). Cassem e Hackett (1971) referiam uma frequência muito superior — 32,7 %.

Estas percentagens ilustram bem a frequência de quadros de sofrimento psicológico com gravidade que surgem em doentes entrados numa UCIC, e a necessidade de um psiquiatra de ligação que possua uma formação psicoterapêutica para lidar com estas situações, e simultaneamente poder ajudar a equipa médica a melhor as compreender e manejar.

De um modo não exaustivo, os temas principais a abordar no decurso de uma psicoterapia de doentes com doença coronária são: 1) as fantasias acerca da doença; 2) a denegação da doença; 3) a ansiedade decorrente das ameaças introduzidas pela doença; 4) e os aspectos narcísicos envolvidos nesta situação assim como a depressão tão frequente.

1) *As fantasias* que o doente tem acerca da doença somática que o atingiu são frequentemente muito diferentes do conceito que os técnicos de saúde têm dessa mesma doença. Este facto leva não raro a mal entendidos e dificuldades de comunicação entre doente e técnicos. Estas fantasias estão ligadas, não só a aspectos culturais, como a vivências anteriores de doença do próprio e/ou de familiares, algumas delas vivenciadas em épocas bastante recuadas da sua vida.

No que respeita aos factores culturais sabemos que cada cultura facilita certo tipo de fantasias, e nos EUA estão individualizados vários tipos de fantasia relacionados com a doença coronária (Hackett e Cassem, 1982).

Por outro lado, a vivência de anteriores doenças, acompanhadas de intenso envolvimento emocional e de identificação com pessoas afectivamente significativas em situação de doença, fomentam a criação de fantasias muitas vezes desajustadas. Com os doentes coronários, não é raro no momento do seu internamento numa UCIC ouvir referir: «*Eu vou morrer desta vez como o meu pai que faleceu há dois anos também neste hospital*», ou «*eu vou ficar inválido como a minha mãe porque tenho a mesma idade que ela tinha*».

O sr. F., com insuficiência cardíaca pós-enfarte extenso, recusava-se a tomar a medicação. A intervenção do psicoterapeuta permitiu perceber e desbloquear a situação, que se radicava na fantasia de que a sua doença era semelhante à de um grande amigo que estivera muito doente por intoxicação digitalica e melhorara por interrupção de medicação.

Temos assistido, nas psicoterapias de doentes coronários e de outras doenças somáticas graves, ao facto de que facilitando a verbalização destas fantasias o terapeuta tem acesso a ansiedades muito profundas que geralmente lhe estão ligadas. Através da relação terapêutica criada, do espaço que lhe é oferecido, do ambiente propiciado, o doente, sentindo-se sustido, amparado e compreendido poderá nomear essas ansiedades.

2) A *denegação* é um mecanismo de defesa do Eu que consiste na recusa de aceitação da realidade ou de uma parte da realidade face a uma situação de angústia ou de perda, de forma a proteger o indivíduo dessas experiências dolorosas. Surge frequentemente em primeira linha após um acontecimento traumático, sendo portanto um mecanismo de defesa normal numa situação de perigo. Mas, por vezes, a sua utilização torna-se tão intensa ou tão prolongada que pode comprometer uma correcta avaliação da realidade de um modo que resulta prejudicial para o doente.

Assistimos com frequência ao facto de doentes com doenças somáticas graves, que põem em perigo as suas vidas, ou que podem representar alterações importantes, tomarem uma atitude calma e serena, como se nada se passasse. Este fenómeno está descrito por Kubler-Ross (1969) e por Hackett e Cassem (1971, 1982) nas doenças oncológicas e no enfarte agudo do miocárdio.

Na nossa experiência temos verificado ser um mecanismo de defesa muito frequente nos doentes com enfarte do miocárdio, geralmente acompanhado de hiperactividade e atitude pragmática. Estes doentes comportam-se um pouco como a criança quando começa a explorar o mundo: nega a existência do perigo e tenta dominar as situações pela actividade. O papel dos pais é chamar a atenção para os riscos que ela corre, embora com o cuidado de os apresentar de forma a que a criança compreenda e se sinta menos ameaçada.

Em paralelo, a intervenção do psicoterapeuta face à denegação da doença ou de aspectos desta, é introduzir a realidade, mas de forma aceitável para o doente e sempre numa perspectiva positiva, mantendo-se disponível para discutir com ele a melhor maneira de vencer as dificuldades. Esta introdução progressiva da realidade é feita ao longo do tempo, permitindo ao Eu fragilizado do doente lidar gradualmente com pequenas porções de ansiedade, sustentado por uma relação securizante.

O Sr. B., de 37 anos, entrara na Unidade com o diagnóstico de enfarte. No primeiro dia não dormiu, mostrava-se inquieto e espantado com o seu internamento. Foi-lhe explicado o que acontecera e o tempo de internamento previsto. Dois dias mais tarde, dormindo melhor, mantinha a mesma estranheza e com um ar satisfeito referia que devia estar próxima a sua alta, uma vez que já não tinha dores e lá fora o esperava os seus negócios. De novo lhe foi confirmado o seu diagnóstico, algumas noções do que é o enfarte, e o plano de recuperação. Quatro dias mais tarde, já na enfermaria exige alta numa atitude de um certo desafio. Entretanto tivera três entrevistas com o psicoterapeuta que sugeriu uma conversa mais aprofundada com o médico assistente, no sentido de negociar mais alguns dias de internamento. Esta conversa revelou-se totalmente eficaz e B. aceitou ficar mais uma semana.

3) A *ansiedade* é particularmente intensa em fases iniciais da doença ou em doenças de início agudo. Aparece sob a forma de receios ou preocupações com a medicação, os exames complementares, o futuro e também sob a forma de insónia inicial. Quando é muito intensa e acompanhada de importantes sintomas somáticos pode interferir na evolução da doença.

Nos doentes cardíacos e particularmente nos que têm patologia coronária aguda, a ansiedade somatizada pode pôr em risco as suas vidas.

Nestas situações há que contê-la oferecendo-se o psicoterapeuta como objecto relacional sustinente por um lado e podendo mesmo por outro ter intervenções destinadas a comunicar ao doente «eu estou consigo, não está só, em conjunto esperamos que tudo corra pelo melhor».

O Sr. M. de 43 anos, quadro superior de uma empresa, com 4 filhos, 2 dos quais ainda crianças, apresentava nos primeiros dias de internamento numa UCIC por enfarte extenso, ansiedade intensa que cederá um pouco à medicação ansiolítica e a duas intervenções do psicoterapeuta. Mantinha no entanto uma preocupante taquiarritmia. O psicoterapeuta transmitiu à equipa o parecer que o doente continuava ansioso, centrando os seus receios no facto de poder não ter tempo para criar os filhos. O director da UCIC deslocou-se então ao quarto do doente e disse-lhe: «quando aqui entrou ficámos preocupados consigo, mas com a evolução actual e os tratamentos feitos estamos mais tranquilos. Tudo indica que vai recuperar e poder continuar a dar apoio à família». A arritmia desapareceu pouco depois.

Com o sr. J., de 60 anos, internado por enfarte, agitado e ansioso, aconteceu durante a primeira entrevista com o psicoterapeuta que o seu ECG visualizado no monitor se tornou menos arritmico, quase desaparecendo as extrassístoles. Nessa entrevista o doente verbalizara, emocionando-se, os seus receios quanto ao facto de se tratar de um 2.º enfarte num curto espaço de tempo.

4) A *ferida narcísica* é decorrente das perdas ou ameaças de perda introduzidas pela doença somática. Perda de uma harmonia corporal, de uma imagem corporal íntegra, de autoestima, de um estatuto e de autonomia a vários níveis.

Estas perdas conduzem à depressão numa fase posterior àquela em que predominou a denegação e/ou ansiedade. A depressão surge no momento em que aquietadas as ansiedades iniciais, o indivíduo reconhece as perdas sofridas ou a sofrer. Quando a depressão se instala e prolonga no tempo, torna-se difícil a mobilização para perspectivas mais positivas. Os doentes encaram a doença como incurável, ou como mais grave do que é, sem solução, sem possibilidade de ajuda e entregam-se a uma atitude passiva de desistência da qual decorre a maioria dos casos, uma invalidez de causa psicológica.

O Sr. A., de 45 anos, tivera um quadro de angina instável que se encontrava em remissão. No entanto continuava a recear a todo o momento que a dor se repetisse, evitando movimentar-se e até mesmo colaborar na sua higiene pessoal. Mostrava-se pessimista, convencido que não voltaria a trabalhar, que seria um peso para a mulher. Acordava cedo e já não conseguia dormir mais. Antes do internamento andava muito preocupado com uma possível promoção, uma vez que sendo muito consciencioso, receava não estar à altura. E agora acontecia-lhe isto. Ao longo de quatro entrevistas falou demoradamente das suas inquietações. O psicoterapeuta chamou-lhe algumas vezes a atenção para o seu pessimismo e para a enorme exigência a que o seu Eu era submetido devido ao perfeccionismo. Passou a dormir melhor e a estar mais bem disposto. Após angioplastia coronária retomou o trabalho.

Nestes casos, a abordagem psicoterapêutica tem de basear-se numa relação de empatia genuína, de verdadeira compreensão de-dentro-para-fo-ra do sofrimento decorrente dessas perdas e do que elas representam para aquela pessoa. Frases tais como «isso passa», «precisa de distrair-se» devem ser evitadas pelo que traduzem de não compreensão do sofrimento depressivo.

Mas alguns destes doentes em vez de se apresentarem deprimidos estão, pelo contrário, revoltados e indignados com o que lhes aconteceu. Esta indignação é muitas vezes deslocada para os familiares e para os membros da equipa, que vêm assim a tarefa de ajudar o doente complicada por uma atitude hostil. A abordagem psicoterapêutica implica, nestes casos, a confrontação com o deslocamento da sua agressividade.

Existe geralmente, por parte dos médicos e dos outros técnicos, uma certa dificuldade em aceitar que esta hostilidade nada tem de pessoal, e que na abordagem terapêutica é importante ter este facto presente não ripostando com hostilidade, o que levaria a uma sucessão de mal-entendidos. Uma atitude serena, procurando perceber qual a razão da zanga do doente naquele momento, é a melhor forma de abordar estas situações.

## CONCLUSÕES

As doenças somáticas graves dentro das quais nos nossos dias toma especial relevo a Cardiopatia

Isquémica, são acompanhadas de perturbações psicológicas, algumas vezes importantes. O manejo psicoterapêutico destas situações torna-se frequentemente necessário, exigindo no entanto uma técnica específica, na qual tem especial ênfase a criação duma relação de empatia e de um ambiente securizante que permitam a verbalização e a escuta das queixas.

Esta abordagem psicoterapêutica requer, dada a sua especificidade e dado o facto de lidar com situações de intenso sofrimento psíquico, uma formação pessoal e um treino com supervisão, em psicoterapias de doentes somáticos.

#### BIBLIOGRAFIA

BALINT, M. (1968) — *The basic fault*. Tavistock, London.

- CAPLAN, G. (1964) — *Principles of preventive Psychiatry*, Basic Books, NY.
- CARDOSO, G. e CRUZ, I. (1987) — «Psiquiatria de Ligação: uma experiência de apoio psiquiátrico a uma unidade de cuidados intensivos coronários», *Rev. Port. de Cardiologia*, 6: 541-544.
- CASSEM, N. H. e HACKETT, T. P. (1971) — «Psychiatric consultation in a coronary care unit», *An. Intern. Med.*, 75: 9-14.
- CORTESÃO, E. L. (1980) — «A componente psíquica nas afecções cardiovasculares», *Medicina*, 3: 39-43.
- HACKETT, T. P. e CASSEM, N. H. (1982) — «Coping with cardiac disease», *Adv. Cardiol.*, 31: 212-217.
- KUBBER-ROSS, E. (1969) — *On death and dying*, MacMillan, Chicago.
- LINDEMANN, E. (1944) — «Symptomatology and management of acute grief», *Am. J. Psychiatry*, 101:141-148
- WINNICOTT, D. (1958) — *Collected papers: through paediatrics to psycho-analysis*, Tavistock, London.
- CORTESÃO, E. L. (1974) — «Compreensão psicológica e psicoterapia», *Saúde Mental*.
- BALINT, M. (1957) — «The doctor, his patient and the illness», Pitman, Londres.