

Abordagem comportamental dum caso de luto patológico

J. SILVEIRA NUNES *

I — INTRODUÇÃO

A apresentação deste caso clínico tem um duplo objectivo: por um lado, chamar a atenção para um quadro sindrómico, frequentemente não destacado do conjunto das depressões, em que a abordagem terapêutica comportamental pode ser das mais eficazes; por outro, discutir, convosco, algumas dúvidas suscitadas por este caso particular.

II — HISTÓRIA SUMÁRIA

a) Identificação

X, do sexo feminino, de 44 anos de idade, casada, doméstica, natural e residente em Lisboa. Vista, pela primeira vez, em Maio de 1977 numa consulta dos Serviços Médico-Sociais, de onde foi enviada para a Consulta de Neuroses do Hospital de Santa Maria.

b) Doença actual

Situa o início das queixas há cerca de 6 anos, após um parto distóxico e falecimento subsequente da filha nasciturna. Um pouco mais de um ano antes desse parto, tinha provocado um

aborto, último de uma série de 16 ou 17 que praticara durante toda a sua vida conjugal. Em contraste com os anteriores, ficou, desde então, com dores hipogástricas frequentes, perturbações do ritmo menstrual, algum corrimento, etc. — «passei a sofrer da barriga» (sic) — começando a tratar-se, aliás irregularmente, em ginecologia. Mais ou menos seis meses depois desse aborto engravidou, de novo, e, ao procurar nova interrupção, foi-lhe esta recusada pela parteira que «encontrou uns tumores» (sic) à palpação. O ginecologista diagnosticou um ou mais miomas e informou-a de que tal era compatível com a continuação da gravidez. Adaptou-se rapidamente à ideia e «com enorme gosto» (sic); de facto, já havia algum tempo em que sentia a sua vida algo vazia, nomeadamente após o casamento do único filho, e a futura criança passou a ser um pólo de interesse dominante. Um pouco inesperadamente, foi nisso secundada, de forma entusiástica, pelo marido e pelo referido filho, então de 22 anos de idade, que «ficou louco de contentamento por ir ter um irmão» (sic). Contudo, a doente manteve sempre, durante a gravidez, o receio de que a criança não viesse «bem», devido ao aborto prévio. Aos sete meses de gestação, entrou em trabalho de parto prematuro, aparentemente complicado, que obrigou a uma histerectomia total; quanto à criança, do sexo feminino, faleceu após 24 horas de incubadora; «nunca a cheguei a ver viva» (sic). Teve uma reacção depressiva intensa ao saber da morte da filha, com uma certa agitação onde foram evidentes, embora episodicamente, aspectos de negação do acontecimento — dizia que

* Psiquiatra, Professor no Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Assistente na Faculdade de Medicina de Lisboa. (Comunicação apresentada à Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, em 24 de Junho de 1978, em Coimbra.)

«não podia ser, quem morreu foi outro bebé, estão a enganar-me», etc. Contudo, e aparentemente só tendo feito uma ligeira terapêutica sedativa, teve alta aos dez dias de internamento. Desde aí, instalou-se uma evolução angodepressiva arrastada, em que, por vezes, se tornavam patentes traços demonstrativos — «ataques de ansiedade em que ouvia tudo mas não podia falar nem ver» (sic). Já não muito alegre anteriormente, passou a sentir-se habitualmente deprimida e a ter frequentes episódios de choro desencadeados pela ideia da filha morta. Aparentemente não se sentia muito culpada, directamente, pelo que acontecera; porém, «sentia-me especialmente culpada por ter provocado um grande desgosto ao meu filho, que acabou por mudar, bastante, de feição» (sic). Reduziu bastante os seus interesses sociais, domésticos e mesmo de arranjo pessoal e passou a concentrar-se em visitas frequentes ao cemitério para tratar da campa da filha — «só lá é que me sentia bem, chorava e ficava mais aliviada — em casa, pensava muito na menina e começava a sentir uma força a puxar-me para o cemitério — era uma espécie de obcecação mas fazia-me bem ir lá...» (sic). Desfez-se de quase todo o enxoval que deveria ser da criança mas manteve algumas peças de roupa e alguns objectos de ouro que lhe tinham sido oferecidos para o bebé, que revia e arrumava com frequência, de forma quase ritualista: «consola-me alguma coisa mexer nessas coisas» (sic). A comunicação conjugal diminuiu, não só a verbal como a sexual; anteriormente só orgástica aproximadamente em metade das relações sexuais, o seu desinteresse nesse campo passou a ser quase total. Isto piorou uma relação marital, que já não era muito realizada, levando o marido a frequentes queixas sobre o seu desinteresse e a sua exagerada focalização à morte da criança, à qual ele se tinha adaptado facilmente. Do mesmo modo, o filho não entendia a sua «mania», fazendo comentários bruscos sobre o assunto o que «me magoava ainda mais». Passou a adormecer com dificuldade e a acordar, frequentemente, durante a noite; de manhã sentia-se cansada e «logo a primeira ideia que vinha era da menina» (sic) — «começava logo deprimida de manhã e assim estava durante todo o dia — às vezes há coisas que distraem, mas a ideia está lá sempre» (sic). Nunca teve, aparentemente, ideias de suicídio, embora, por vezes, «fosse melhor morrer para estar com ela» (sic). As queixas ansiosas eram menos frequentes, mas evidenciando-se em ansiedade subjectiva e so-

matizada, predominantemente taquicardia; quando mais ansiosa tinha os «ataques» já referidos que aparecem sem desencadeante especial. Sentia-se habitualmente irritável, cansando-se facilmente, sempre com pouco apetite, embora sem grande alteração de peso. O seu estado, que se foi estendendo no tempo sem grandes variações, levou-a a procurar primeiro clínicos gerais, depois psiquiatras que a foram medicando com tranquilizantes e antidepressivos diversos sem melhoras nítidas. Recentemente houvera uma acentuação das queixas após a transladação dos restos mortais da filha para um ossário, onde adquiriu uma posição permanente e onde passou a ir com frequência e sempre no dia do mês em que a criança morreu, para limpar a urna e o nicho, arranjar as cortinas, mudar as flores, etc. Habitualmente ia lá, vestida de luto e acompanhada por uma vizinha. É nesta altura que muda de psiquiatra e que, portanto, passa a ser seguida por mim.

Da primeira observação destacam-se, dominantemente, sinais e sintomas da série tímica. É uma pícnica, hiperplástica, de idade aparente correspondente à real; a apresentação é, no conjunto, correcta, embora seja evidente pouco interesse no arranjo pessoal, com vestuário quase exclusivamente de cor preta. O comportamento gestual é pobre, a mímica é depressiva. O humor é igualmente depressivo e lábil — chora facilmente na entrevista quando se aborda a morte da filha. Este tema surge como uma ideia sobrevalorizada no conteúdo do discurso, que é lento, demonstrando um certo grau de inibição. Há uma considerável redução dos sentimentos auto e heterovalorativos e ideias de culpabilidade em nexos com o acontecimento que não atingem um nível psicopatológico franco. Queixas subjectivas de insónia inicial e intermédia, de forte redução de libido e de angústia precordial e taquicardia, estas predominantemente vesperais.

c) Personalidade prévia

Sempre «nervosa e um pouco instável» desde criança. «Nessa altura era alegre»; depois do casamento relativamente precoce passou a um humor frequentemente mais deprimido — «tornei-me macambúzia, de empreender nas coisas que correm mal, quer comigo quer com os outros». Sem sinais anancásticos claros, tem, contudo, uma certa insegurança habitual nas relações interpessoais por receio da crítica. Tem um desejo de conformidade para com os padrões aceites e não é muito independente. Mo-

deradamente activa, gosta mais de receber ordens do que de mandar. Vida social restrita, «nunca fui de grandes amizades». Interesses e distrações bastante limitados.

d) Antecedentes pessoais

Nasceu de parto de termo da primeira e única gravidez da mãe levada a final. O parto terá sido demorado mas o estado à nascença era aparentemente normal. Amamentada durante pouco tempo «porque o leite era demasiado doce» — «a minha mãe já tinha 35 anos quando eu nasci». Desenvolvimento psicomotor infantil normal. Doenças infantis triviais. Com 4 anos de idade, os pais mudaram-se para os arredores de Lisboa; com 8 anos, regressaram e houve uma mudança de escola — nessa altura teve tics, gaguez e enurese «até me sentir adaptada ao novo ambiente». Fez o segundo grau com 10 anos de idade, sem dificuldades, não tendo continuado a estudar por problemas financeiros dos pais. Começou a trabalhar em costura aos 13 anos, mas abandonou cerca de dois anos depois para começar a namorar o futuro marido. Teve a primeira menstruação aos 10 anos, e «teve logo muito corpo»; sempre dismenorria e uma certa tensão premenstrual até ao casamento. Sem qualquer experiência sexual prévia, começou a namorar um indivíduo 10 anos e meio mais velho que ela que «não tinha paciência para esperar»; casaram ainda a doente não tinha 16 anos. Nos primeiros tempos de casamento teve uma reacção sexual normal, embora nunca tivesse tido grande apetência. Engravidou rapidamente do filho que tem agora 28 anos. Após o nascimento começou a ter a preocupação de não engravidar de novo, devida especialmente ao desejo do marido nesse sentido. «Os métodos anticoncepcionais não se davam comigo» pelo que engravidou de novo várias vezes, tendo feito 17 abortos, todos, excepto o último, aparentemente sem consequências. Atribuindo isso ao receio de engravidar, começou, gradualmente a ter menos interesse nas relações sexuais e sinais frequentes de incapacidade orgástica. Mais ou menos ao mesmo tempo, a relação conjugal, que no início era calorosa, passou a deteriorar-se um pouco, diminuindo a comunicação porque o cônjuge foi sendo, progressivamente, mais absorvido pela actividade profissional; por outro lado, este insiste sistematicamente em passar os fins-de-semana num local de que a doente não gosta. O filho, com quem «me dava muito bem», casou há cerca de sete anos

e foi viver para casa própria. A nora não tem muito interesse em manter contactos com os sogros, o que a faz sofrer bastante — «O meu filho é o meu tipo»; era saudável mas esteve a tratar-se dos «nervos», depois de regressar do serviço militar em África. Fisicamente a doente tem vida saudável: fez apendicectomia aos 10 anos e uma laparatomia aos 28 para «repór os órgãos que tinham ficado caídos após o nascimento do meu filho». Não fuma nem bebe habitualmente.

a) Antecedentes familiares

O pai faleceu há cerca de 25 anos com 58 anos de idade por cardiopatia. Era enfermeiro de profissão. «Muito calmo, uma excelente pessoa — eu puxava muito para ele, sofri muito quando morreu e ainda hoje tenho muitas saudades dele». A mãe tem 71 anos e é saudável: «Temos feitios muito diferentes; ela é muito nervosa, está sempre a meter-se nos assuntos, há muitos choques — a família do meu pai não lhe fala, só me aceita a mim.» Ainda hoje há problemas de entendimento com a mãe, com quem vive e com a qual o marido também não se dá bem.

O ambiente familiar em criança era aparentemente bom mas «havia muitos conflitos encobertos — isto fazia-me criar ainda mais amor pelo meu pai; a minha mãe dizia-me que eu gostava mais do pai do que dela». Não tem mais irmãos. De facto, por dificuldades financeiras dos pais (o pai estava então desempregado), a mãe teve que fazer um aborto (seriam duas gémeas) porque no emprego que lhe ofereciam «não podia haver crianças». Tal facto aconteceu cerca de cinco anos antes do nascimento da doente, «mas sempre me impressionou muito desde que soube». Dos outros familiares só refere que um primo direito, de 53 anos, é muito «nervoso» e anda em tratamento psiquiátrico.

III — INTERPRETAÇÃO DIAGNÓSTICA E PROPOSTA DE TRATAMENTO

O caso descrito, aliás sumariamente, foi, à partida, interpretado como uma situação de luto patológico. Na verdade, parece consistir numa reacção depressiva a uma perda afectiva importante, que incorreu numa distorção do normal processo de recuperação após desaparecimento

irremediável de um objecto dominante de investimento.

Segundo Averill, citado por Ramsey (1977), há algumas características principais do luto normal, das quais se destacam as seguintes:

1. O luto é um modelo de respostas, complexo mas estereotipado, que inclui sintomas psicológicos e fisiológicos, tais como retraimento afectivo, fadiga, perturbações do sono e perda do apetite;

2. É despertado por uma situação-estímulo bastante bem definida, nomeadamente a perda real ou imaginada de um objecto (ou papel) significativo e resolve-se quando se estabelecem novas relações de objecto;

3. É uma emoção que ocasiona um alto grau de *stress*, quer psicológica quer fisiologicamente e, contudo, o comportamento durante o luto é, muitas vezes, oposto ao estabelecimento de novas relações e, daí, ao alívio do *stress*.

Tais características aplicam-se, perfeitamente, à doente apresentada que parecia permanecer ainda em luto seis anos após a perda do seu objecto significativo; isto por motivo de um qualquer bloqueamento do processo resolutivo habitual.

Ramsey e Happel (1975) sumarizam bem os vários componentes de tal processo: *shock*, negação, depressão, culpabilidade, agressividade e reintegração. No caso presente, a doente passou rapidamente pelas fases de *shock* e negação, aliás dentro de um período de particular susceptibilidade — o pós-operatório de uma grande intervenção cirúrgica —, para se instalar, logo a seguir, num período mantido de depressão, resistente a todas as abordagens tentadas.

Entendeu-se a culpa não resolvida como o elemento importante, quiçá crucial, da manutenção do quadro. De facto, se bem que a culpabilidade já pré-existia ao evento traumático, mesmo que modificada no «receio da criança poder não vir bem», a culpa própria parece nunca ter sido vivenciada de uma forma frontal, isto é, sem qualquer modificação defensiva. Neste contexto, é pertinente lembrar que na

primeira entrevista o que a doente verbalizou foi que «se sentiu muito culpada por ter deixado de dar o gosto de um irmão ao filho» — parece haver aqui uma deslocação nítida, indício muito claro da importância do conflito subjacente.

Certamente que esta culpa será, na doente, de causalidade bastante complexa. Por um lado, terá que ver com o seu sentimento de responsabilidade directa na morte da filha — «ela é que fez o aborto, o aborto que correu mal que ocasionou a morte da criança»; por outro, poderá ter que ver, de facto, com o prazer que deixou de dar ao marido e, especialmente, ao filho, a quem está fortemente ligada — ter-se-á aqui já uma composição da culpa. Finalmente, há outra vertente, indiciada na primeira entrevista mas só expandida ulteriormente: as dificuldades de comunicação marital, o casamento e afastamento do filho, a má relação com a mãe, a solidão, pois, poderão ter parecido à doente vir a ser resolvidos com o nascimento da criança — por conseguinte, uma nova faceta da culpa, porventura a mais pungente, a de ter contribuído para o fracasso da solução vital a que aspirara.

Considerando-se, assim, que a culpa não confrontada, nem inicialmente nem no decurso do estado de depressão arrastada que se estendeu por cinco anos, estaria na base do congelamento da recuperação deste processo de luto, uma terapêutica incisiva, como a técnica descrita pelos autores já referidos e divulgada por Ramsey nalgumas *Workshops* sobre terapêutica comportamental (Nunes, 1977), pareceu-me constituir o tratamento de escolha.

IV — TRATAMENTO E RESULTADOS

A abordagem seguiu, pois, o paradigma da exposição longa ao confronto com a culpa, nas linhas gerais de tratamento de doentes fóbicos pelo *flooding*. Em sessões de uma hora a hora e meia, as circunstâncias da morte da criança eram evocadas tão vividamente quanto possível e a responsabilidade da doente na mesma era discutida quase exaustivamente. Além disso, incluiu-se no processo, primeiro o trazer para as

sessões os «objectos de ligação» (*linking objects*, de Volkan), no caso presente as peças de roupa e os objectos de ouro já mencionados. Depois da sua manipulação repetida ter deixado de despertar reacções emocionais apreciáveis, foi recomendado à doente o desfazer-se deles, o que de facto acabou por fazer. A seguir achei importante estender as sessões ao cemitério onde se encontra a ossada; na verdade, o ritual da limpeza e embelezamento do nicho onde se encontra a urna, parecia ser um dos elos importantes da manutenção do comportamento desadaptativo.

Ramsey tem razão ao acentuar que este tipo de tratamento pode ser muito penoso quer para o doente, quer para o terapeuta; não foi fácil, realmente, assistir ao desenrolar de como que um rito de sinceríssima homenagem a um ser desaparecido e ter que estar, continuamente, a chamar a atenção da doente para a falta do sentido real desse preito, procurando, antes, que ela o rotulasse de cerimónia formal e inútil de auto-expição de uma culpa aliás inexistente.

O processo terapêutico estendeu-se por onze sessões durante um período de cerca de dois meses. No seu decurso, embora a medicação fosse desencorajada, não foi possível evitar o seu uso parcial já que as dificuldades de sono persistiram. Começou a haver ganhos lentos especialmente ao nível da redução do humor depressivo, de melhoria do contacto com as outras pessoas e do arranjo pessoal, e de um certo espaçamento das idas ao cemitério que, naturalmente, eram desencorajadas. Pela sexta sessão, tornou-se notório que o hábito que se tentava extinguir, não estava a ser balanceado competitivamente, por um fortalecimento de outros comportamentos desejados e desejáveis, nomeadamente uma melhoria da relação conjugal. Proposta uma abordagem marital concomitante, a doente aceitou-a facilmente mas o cônjuge escusou-se-lhe, inabalavelmente, alegando ocupação profissional.

Chegados à 11.ª sessão, cliente e terapeuta consideraram-se satisfeitos com os resultados obtidos. A doente estava já a fazer uma vida muito mais «normal», convivendo com as pou-

cas pessoas amigas de que dispunha, mas com quem deixara de privar, mais interessada no arranjo pessoal e doméstico, bastante menos deprimida e «quase não obcecada com a ideia» — contudo ainda ia ao cemitério, embora com muito menos frequência e «já não por obrigação». Havia uma tendência depressiva residual posta em evidência por ocorrências fortuitas, como, por exemplo, o marido ter feito no jardim um canteiro com uma forma que à doente pareceu semelhante a uma campa. As entrevistas de suporte passaram a ter um ritmo sensivelmente bimensal, tendo cessado em Fevereiro a pedido da doente por as considerar desnecessárias. Há cerca de 15 dias foi solicitada a voltar ao hospital para uma entrevista de *follow-up*, neste caso de dez meses. Sente-se «muito bem» (*sic*) — «estou como dantes, como era há mais de seis anos e as pessoas até acham que estou menos macambúzia». Reganhou o nível de interesse sexual que tinha antes do seu problema. Sente-se, porém, um pouco irritável, necessita, eventualmente, de uma cápsula de Medipax 5 para «dormir melhor» e continua a ir ao cemitério, mais ou menos uma vez de 2 em 2 meses. No conjunto, «estou 90% melhor; o resto há-de vir com o tempo».

V — DISCUSSÃO

O caso descrito não oferecerá muitas dúvidas em poder ser considerado como um luto patológico. Está cheio de ricos aspectos dinâmicos que não serão aqui discutidos; refira-se contudo que, dessa perspectiva, a culpabilidade da doente deve ainda ser composta de outras facetas além das já referidas, que incluirão, provavelmente, o aborto da mãe de «dois gémeos», que sempre a chocou e que terá estado, em parte, na base da má relação com a mesma e, talvez, também com o sentimento da própria solidão.

Mas é do ponto de vista da abordagem comportamental que são pertinentes algumas reflexões críticas. É certo que os resultados terapêuticos foram, de longe, superiores aos dos tratamentos clássicos a que, anteriormente, a doente

foi sujeita. Porém permaneceu, até à data, um resíduo que mostra que a terapia não foi totalmente eficaz.

Tal facto pode ser resultante de não ter sido seguido, consistentemente, um paradigma terapêutico ou, alternativamente e em oposição, de não ter sido conseguida uma estratégia suficientemente diversificada em táticas, que tornassem mais potente a bateria terapêutica.

A ideia inicial baseou-se, como é habitual nestes casos, no princípio da extinção — a exposição repetida da doente ao sentimento evitado, neste caso a culpa, levaria ao apagamento das respostas desadaptadas e daí à fase normal da reintegração. Porém, isso foi feito e o fim não foi completamente atingido.

Por outro lado, o paradigma da extinção não parece suficiente por si só. É o próprio Ramsey que diz que é necessário que o doente «reaprenda a sentir, a codificar correctamente o sentimento e a expressá-lo de uma maneira apropriada». Está-se, assim, certamente dentro de um processo de reestruturação cognitiva — aliás cada vez mais usado no tratamento comportamental das depressões. Mas será ele comportamental, de facto? Seja ou não, o que é certo é que a doente, no decorrer das sessões, esteve intensamente sujeita a uma tentativa de *relabeling* dos seus sentimentos em que o terapeuta procurou, com insistência, substituir o código da doente por um outro, entendido como mais adaptado. Houve êxito, mas também só parcial — a doente já não respeita as datas da morte da filha, vai menos vezes ao cemitério, sente menor compulsão nessa ida, mas continua essas visitas numa frequência superior à que seria de desejar num processo de luto *réussi*.

Estamos, pois, perante um hábito que não se extinguiu completamente: porque, talvez, não se conseguiu estabelecer outro hábito competitivo mais reforçante. Como antes se referiu, procurou criar-se essa contrapartida ao tentar fomentar uma melhor comunicação marital, carência que a doente particularmente ressentiu — contudo, a cooperação necessária não foi possível. Talvez, pois, que se essa substituição de hábitos tivesse sido atingida, o resultado final

fosse otimizado. Regressar-se-ia assim a uma perspectiva «saudavelmente» comportamental a que falta, é claro, a confirmação crucial de ter sido experimentada...

Ficam-me, pois, algumas dúvidas às quais me referi no início. Que o conceito de luto patológico dentro de uma perspectiva comportamental, quer na interpretação, quer na abordagem, é de considerável importância clínica não me parece discutível. Mesmo pelos resultados obtidos estarei, agora, mais desperto para casos de depressões de longa evolução, resistentes aos tratamentos habituais, as quais têm, na base, uma perda importante, mesmo remota, a qual uma análise menos informada poderá entender como hipervalorizada, secundariamente, pela depressão, quando, de facto, está ela directamente implicada na sua génese e manutenção.

No entanto e no que toca exclusivamente ao manejo terapêutico, gostaria que a filosofia que lhe é substrato pudesse ser mais aclarada, mesmo porque o princípio ético do *primum non nocere* é, na fase inicial da terapia, fortemente posto em causa pelo desencadeamento mais no doente, mas também no terapeuta, de experiências emocionais intensas, que chegam a poder ser traumatizantes. Gostaria, pois, de repetir a experiência clínica só quando a base científica que a justifica me fosse mais evidente.

SUMMARY

A typical case of grief reaction is described. After several years of ineffective drug treatment, a behavioural approach is used according to Ramsay's technique and a big improvement is achieved. The implications are discussed.

REFERÊNCIAS

- NUNES, J. S. (1977) — «Relatório da participação na Spring Workshops Convention, 1977, promovida pelo Institute of Behaviour Therapy», *Análise Psicológica*, I, 1:71-73.
- RAMSAY, R. W. (1977) — «Behavioural approaches to bereavement», *Behav. Research and Therapy*, 15:131-135.
- RAMSAY, R. W. e HAPPEL, J. A. (1975) — «The stress of bereavement: components and treatment», *Paper presented at the conference on Dimensions of Anxiety and Stress*, June 29-July 3, Oslo.