

A Psicoterapia Breve nas Doenças Somáticas

GRAÇA CARDOSO (*)

A psicoterapia breve tem conhecido nas últimas décadas uma expansão cada vez maior e uma aplicação a áreas cada vez mais diversificadas, que anteriormente privilegiavam outras técnicas psicoterapêuticas.

Um dos campos de aplicação mais recente é o das doenças somáticas e surge da ideia actual de que a doença física pode levar a situações de descompensação psicológica e emocional suficientemente importantes para que se justifique uma intervenção psicoterapêutica realizada por técnicos especializados.

No entanto esta intervenção psicoterapêutica breve terá que ter neste caso características específicas que lhe permitam adequar-se e dar resposta aos problemas postos pela doença somática.

1. HISTÓRIA

A ideia de psicoterapia breve remonta e está intimamente ligada à história da psicanálise. Segundo Gilliéron (1987), os «Estudos sobre a Histeria» de Freud (1895) podem ser considerados como um verdadeiro manual de psicoterapia breve. Nesta fase inicial da psicanálise, que se estende até cerca de 1905, as curas realizadas por Freud oscilavam entre

algumas semanas e alguns meses. É nesta fase que Freud privilegia a teoria traumática das neuroses e dá um ênfase particular à questão dos factores externos patogénicos. É também nesta altura que a sua técnica começa por pôr de lado a hipnose e passa a ser predominantemente catártica.

Podemos pensar que a perda do pai em 1896 constituiu para Freud um acontecimento muito marcante, datando daí a sua auto-análise assim como uma modificação na técnica que leva ao alongamento da cura psicanalítica. A partir de então a sua atenção focaliza-se nos fenómenos de resistência ao processo analítico além de se manter atento à interpretação da dinâmica intrapsíquica (conteúdo latente dos sonhos e dos sintomas).

Ferenczi retomou posteriormente a ideia de uma técnica mais activa que pudesse ajudar em certos casos a ultrapassar resistências mais fortes, técnica que Freud utilizara, por exemplo, no caso do Homem dos Lobos com excelentes resultados.

A perspectiva de Ferenczi reaparece mais tarde e passa a ser utilizada por muitos outros autores que se dedicaram à investigação clínica nesta área. Entre outros destacamos Alexander e French em Chicago, Sifneos em Boston e Balint e Malan em Londres.

A Segunda Guerra Mundial e algumas catástrofes nos EUA, como o incêndio em Coconut Grove, obrigam a que se criem formas de intervenção terapêutica em situações de urgência.

(*) Assistente Hospitalar Graduada em Chefe de Serviço, Núcleo de Psiquiatria de Ligação, Hospital de Santa Maria.

As teorias da crise desenvolvidas por Lindemann (1944) e Caplan (1964) levam à reflexão e criação de formas de tratamento para situações de crise, onde as psicoterapias breves começam a ter grande relevo.

A extensão da Psiquiatria para uma intervenção extra-muros e o surgir de centros de tratamento ambulatorio na comunidade promovem cada vez mais a necessidade de uma resposta terapêutica rápida de forma a evitar listas de espera demasiado longas.

Além disso com a descoberta dos psicofármacos e com a implementação das terapias familiares a abordagem terapêutica realiza-se muitas vezes a vários níveis: biológico, psicológico/psicanalítico e sistémico.

Voltando agora à investigação clínica das psicoterapias breves vemos que os vários autores pioneiros neste campo utilizaram técnicas um pouco diferentes embora os objectivos fossem comuns. Sifneos (1969) utilizou uma técnica mais activa de interpretação e confrontação, seleccionando os pacientes candidatos e estabelecendo à partida o número de sessões a realizar. A sua técnica foi denominada «short-term anxiety provoking psychotherapy».

M. Balint (1972) e D. Malan (1963, 1976), partindo da curta duração das curas descritas por Freud, investigaram os resultados da utilização da «focal psychotherapy», baseando-se numa hipótese psicodinâmica formulada nas primeiras entrevistas com o paciente e trabalhando numa área pré-estabelecida (focalização).

O que tem caracterizado o conjunto das psicoterapias breves é a área restrita de intervenção, a situação de face a face e a curta duração estabelecida no contrato inicial. A grande expansão por elas alcançada nos nossos dias radica-se no grande número de resultados positivos qualquer que seja o método, como é referido num estudo comparativo de Gilliéron (1987), e na acessibilidade do ponto de vista dos recursos técnicos.

2. DOENÇA SOMÁTICA E PSICOTERAPIA BREVE

Múltiplos estudos têm confirmado recentemente a noção de que a doença física pode levar a situações de descompensação psicológica

grave, necessitando uma intervenção psicoterapêutica especializada. De facto é preciso ter em conta que os aspectos psicológicos e sociais da doença e da incapacidade física se estendem a todas as facetas do comportamento dos indivíduos, levando a adaptações variadas aos desafios e angústias colocadas pela doença.

A doença somática grave é considerada hoje em dia como um acontecimento suficientemente traumático para poder desencadear perturbações de adaptação, como vemos nas classificações mais recentes das doenças mentais — DSM III e IIR.

A integração da Psiquiatria nos cuidados de saúde geral tanto a nível da clínica geral como dos hospitais gerais trouxe uma progressiva sensibilização dos técnicos de saúde e dos próprios doentes a este tipo de problemas e à sua abordagem. Deu-se então um gradual aumento do número de pedidos de atendimento e foi necessário pensar em formas de intervenção psicoterapêutica de curta duração.

Por outro lado, nestes casos estão desaconselhadas técnicas destinadas a aumentar o *insight* ou a mobilizar conflitos reprimidos pelo efeito desorganizador que podem ter temporariamente. Doentes com personalidades dependentes e Eus frágeis podem igualmente ter efeitos deletérios devido a tratamentos longos (Stein, 1969). A perspectiva de intervenção assenta basicamente nas recentes teorias da crise. Podemos encarar a doença física grave como uma situação de crise, com um efeito desorganizador mas, ao mesmo tempo, possuindo em si grandes potencialidades de resolução e de enriquecimento pessoal (Caplan, 1964). Haverá então um grupo de doentes que pode beneficiar particularmente deste tipo de abordagem?

Da nossa experiência (Cardoso, 1987, 1989) e do que temos visto referido na literatura (Stein, 1969; Karasu, 1978) concluímos que os doentes com distúrbios psicológicos de instalação recente, início agudo e marcada intensidade, decorrentes de doença física, traumatismo ou cirurgia, são os que mais beneficiam de uma psicoterapia breve, que pode ser realizada ainda durante o internamento ou em ambulatorio. Em muitos destes casos não basta o apoio do médico assistente, uma vez tratarem-se de situações suficientemente complexas para requererem um psiquiatra treinado nesta área.

3. CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS PSICOTERAPIAS BREVES NAS DOENÇAS SOMÁTICAS

Os princípios gerais pelos quais se devem reger estas psicoterapias precisam de ser definidos à partida e mantidos presentes ao longo do tratamento. São eles:

- 1 — Estabelecer objectivos terapêuticos limitados, pouco ambiciosos, pondo a tónica na melhoria sintomática ou no regresso ao funcionamento que existia anteriormente.
- 2 — Abordar apenas a situação actual a partir do seu desencadeante.
- 3 — Intervir precocemente evitando a fixação dos sintomas.
- 4 — Não ter regras rígidas quanto à evolução da psicoterapia e pelo contrário uma atitude flexível e adaptativa, caso a caso.

Os temas principais a abordar ao longo da psicoterapia breve nestas situações resumem-se na generalidade a três: a denegação, a ferida narcísica e as fantasias e mitos acerca da doença, de que iremos agora falar mais detalhadamente.

1) A *denegação* é um mecanismo de defesa do Eu que consiste em recusar a aceitação da realidade ou uma parte desta, face a uma situação de angústia ou de perda, de forma a proteger o indivíduo dessas experiências dolorosas. É um dos primeiros mecanismos de defesa a serem accionados após uma doença aguda e grave, de modo a evitar a vivência dolorosa de perda de auto-estima pelo corpo doente. Sendo um mecanismo de defesa normal numa situação de perigo, pode tornar-se por vezes tão intenso e prolongado que passa a ser patológico. Lindemann (1965) comparou-a ao reflexo pupilar à luz. Assim como a íris se contrai para evitar que estímulos demasiado intensos atinjam a retina, a denegação protege o Eu de uma hiperestimulação. Mas existe o risco de que a denegação se mantenha activa, como se o perigo continuasse presente, por mais tempo do que o necessário impedindo dessa forma uma avaliação correcta da realidade de um modo que se torna lesivo para o doente.

Este é um dos problemas que pode levar a atitudes desajustadas face a uma doença somática, criando por exemplo má adesão terapêutica.

A intervenção face à denegação da doença ou de aspectos desta é introduzir a realidade, de uma forma que esta seja aceitável para o doente e numa perspectiva positiva, oferecendo-se o terapeuta como um interlocutor disponível para equacionar e discutir os problemas e dificuldades dela decorrentes. É importante que a introdução seja feita de modo progressivo, para permitir ao Eu fragilizado do doente lidar a pouco e pouco com porções dessa realidade, sem ficar submerso.

2) A *ferida narcísica* é decorrente das perdas ou ameaças de perda introduzidas pela doença somática: perda de uma harmonia corporal que existe quando tudo corre bem, perda de uma imagem corporal íntegra, ameaça de perda de um estatuto familiar, profissional, social e de grande parte da autonomia habitual, em suma, perda de auto-estima.

Estas perdas conduzem geralmente à depressão e são abordadas pelo Eu numa fase posterior àquela em que a denegação foi utilizada maciçamente, portanto numa fase já não tão inicial da doença. A depressão surge no momento em que as primeiras e mais intensas angústias foram apaziguadas, coincidindo com a avaliação da realidade, das perdas sofridas e das que poderão vir a ocorrer.

Quando a depressão se instala e se prolonga no tempo, cria-se no doente uma perspectiva pessimista, que confere um peso demasiado aos aspectos negativos e às dificuldades, dificultando a mobilização para perspectivas mais positivas. A doença é sentida como incurável ou como mais grave do que é na realidade, as incapacidades parecem inultrapassáveis, a atitude é de desistência, e o resultado não raras vezes de invalidez de causa psicológica.

Nestes casos a abordagem psicoterapêutica tem de basear-se numa relação de empatia em que o terapeuta compreende à partida todo o sofrimento pelo qual o doente está a passar devido às perdas vividas e perspectivadas. Mas por outro lado o terapeuta consegue mostrar também ao doente os lados positivos da situação, sugerindo-lhe atitudes mais adaptativas.

3) *Fantasia relacionada com a doença*. As fantasias que o doente faz acerca da sua doença são muitas vezes bem diferentes do conceito que os técnicos de saúde têm sobre a mesma. Deste facto decorrem frequentes dificuldades de comunicação entre ambos e complicados problemas de adesão terapêutica. A ideia que o doente tem sobre a sua doença está ligada não só à doença actual como também à forma como foram vividas doenças anteriores do próprio e de familiares ou amigos, algumas delas em épocas recuadas da sua vida, na infância e adolescência, e que por isso se tornaram tão marcantes. Outro tipo de factores contribuindo para a modelação dessas fantasias são os de ordem social e cultural. No que diz respeito à doença coronária, Hackett e Cassem (1982) individualizaram várias fantasias características nos EUA.

O terapeuta procurará investigar a existência deste tipo de fantasias e explorá-las de modo a ter acesso a angústias muito profundas que lhe estão ligadas. A verbalização destes receios enquadrada numa relação em que o paciente se sente compreendido e sustido permite uma ultrapassagem dos bloqueios a eles associados.

4. CONCLUSÕES

De tudo o que fica dito sobre a abordagem terapêutica das reacções emocionais à situação de doença somática grave gostaríamos de fazer ressaltar alguns aspectos sobre o tipo de relação terapêutica a estabelecer. Trata-se de uma crise importante na vida do indivíduo, acompanhada de angústia e depressão frequentemente muito intensas, em que é fundamental a criação de um espaço em que o paciente possa verbalizar esse sofrimento e sentir que ele é reconhecido pelo terapeuta, assim como encontrar novas formas possíveis de lidar com ele. Ora este tipo de relação exige, dada a sua especificidade, uma formação pessoal e um treino com supervisão em psicoterapia dinâmica, preferencialmente analítica. Vimos já quais são as raízes das psicoterapias breves e a sua ligação à psicanálise desde os primeiros trabalhos de Freud. Elas permitem nos nossos dias aliviar muito do sofrimento e do invalidismo psicogénico ligados à doença somática grave, com um mínimo de

custos em termos orçamentais e aproveitando tantas vezes o período de internamento num hospital geral, exactamente na altura em que a doença foi diagnosticada. A nossa experiência tem-nos mostrado por tudo isto a importância que adquire actualmente a existência de departamentos de Psiquiatria de Ligação nos hospitais gerais integrando psiquiatras treinados nesta área, de tal modo que as situações de crise sejam avaliadas no início permitindo uma abordagem precoce e com mais possibilidades de êxito.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3ª Ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Balint, M. et al. (1972). *Focal Psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
- Breuer, J. & Freud, S. (1956). *Études sur l'Hystérie*. Paris: PUF.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cardoso, G. (1987). A relação médico-doente nas situações de doença somática grave. *Rev. Port. Clínica Geral*, 25: 22-23.
- Cardoso, G. (1989). Intervenção psicoterapêutica nos doentes coronários. *Psicologia*, 2 (VII): 167-171.
- Ferenczi, S. (1950). The further development of an active therapy in psychoanalysis. In *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Gilliéron, E. (1987). Les psychothérapies brèves. *Encicl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, 37812L10, 12, 1 op.
- Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1982). Coping with cardiac disease. *Adv. Cardiol.*, 31: 212-217.
- Karasu, T.B. (1979). Psychotherapy of the mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 136: 1-11.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101: 141-148.
- Malan, D.H. (1963). *A Study of Brief Psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
- Malan, D.H. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. London: Plenum Publishing Corporation.
- Sifneos, P.E. (1969). Short-term, anxiety-provoking psychotherapy: an emotional problem-solving technique. *Seminary of Psychiatry*, 1: 389-398.
- Stein, E.H. et al. (1969). Brief psychotherapy of psychiatric reactions to physical illness. *American Journal of Psychiatry*, 125: 1040-47.

RESUMO

Após um historial da ideia de Psicoterapia Breve, a autora passa em revista, sucessivamente, as indicações, princípios gerais e temas principais das Psicoterapias Breves em situações de doença somática, concluindo com o tipo de relação terapêutica a estabelecer.

ABSTRACT

After a brief historical presentation of short-term Psychotherapy, the author reviews the general principles, indications and main issues of the short-term psychotherapeutic approach in cases of somatic disease.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

em cooperação com

CENTRE DE RECHERCHES ET D'ETUDES FREUDIENNES

(UNIVERSIDADE DE PARIS X)



MESTRADO

EM

PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

1992 – 1993

1993 – 1994

Informações: Gabinete de Mestrados e Estudos Pós-Graduados

Rua Jardim do Tabaco, 44 1100 Lisboa

Tel: 86 31 84/5/6 Fax: 86 09 54