

Luto patológico: algumas considerações a propósito do tratamento de um caso ⁽¹⁾

POR

J. L. PIO-ABREU * e PAULO BISCAIA **

A propósito de um caso tratado com bons resultados, os autores tecem considerações sobre alguns problemas do diagnóstico e terapêutica comportamental do «luto patológico», salientando as potencialidades desta abordagem em muitos casos encontrados na prática clínica corrente.

I

Antes dos psiquiatras, as sociedades conheceram o luto (Reid, 1979). Seria difícil que tal rito atingisse a universalidade se ele não correspondesse mais a uma necessidade adaptativa dos que ficam do que à perpetuação dos que partem. Necessidade da expressão de um sentimento de pesar por uma perda irremediável. Expressão tantas vezes inibida num Ocidente em crise que desconfia dos rituais.

I — TERMINOLOGIA

Perda
(«Berehovement») Luto («Mourning»)
Pesar («Grief») — Reacção Normal
— «Luto Patológico»

II — COMPONENTES

1. Choque 2. Negação 3. Depressão 4. Culpa-
bilidade 5. Ansiedade 6. Agressividade 7. Rein-
tegração

III — TERAPEUTICA

— «Flooding» e dessensibilização
— A necessidade de enfrentar a dor
— O papel central da agressividade

IV — DIAGNÓSTICO

— Reconhecer a perda central
— Reconhecer os bloqueios ao processo de luto

FIG. 1 — Quadro sinóptico do «Luto Patológico»

Desde Freud (1917) que a reacção de pesar («grief reaction») entrou no domínio da Psiquiatria. Ramsey (1975), num estudo de revisão, aponta os componentes sequenciais de choque, negação, depressão, culpa, ansiedade, agressividade e reintegração por que o processo normalmente tem de passar e discute alguns mecanismos — geralmente do tipo do evitamento fóbico — que o podem bloquear e transformar uma reacção normal num luto patológico. Esta formulação permite uma abordagem comportamental com uma terapêutica curta e definitiva cuja eficácia tem sido testada por vários autores (Ramsey, 1976, Lieberman, 1978).

Consiste fundamentalmente em fornecer ao doente, numa sequência escolhida, alguns estímulos relacionados com o objecto perdido, encorajando a expressão das suas emoções até à saciação. No processo de cura são rapidamente alcançadas todas as fases do luto através de intensas reacções emocionais. Entre estas cabe um papel fundamental à expressão da agressividade, primeiro auto-dirigida no contexto dos sentimentos de culpa, dirigida depois a hipotéticos responsáveis da perda e finalmente ao próprio objecto perdido. Sem que o doente exprima esta agressividade não se pode, segundo Ramsey (1976), falar de conclusão do processo.

Entre nós, a divulgação desta técnica deve-se a Silveira Nunes (1979) que no entanto exprime algumas dúvidas sobre a sua operacionalidade em certos casos. O caso que vamos apresentar é

(¹) Clínica Psiquiátrica dos H. U. C. (Director: Prof. Dr. Adriano Vaz Serra).

* Especialista de Psiquiatria dos H. U. C.

** Policlínico eventual dos H. U. C.

menos complexo mas exemplifica uma das situações em que a resposta pode ser espectacular. Pensamos que se trata de uma história vulgar e semelhante a tantas outras que nos aparecem na clínica diária. É por isso a ilustração de uma alternativa terapêutica a tantos casos que chamamos de depressões neuróticas mas que sempre trazem o espectro do suicídio, e cuja falta de resposta às terapêuticas convencionais é um desafio diário que acaba por neurotizar o próprio psiquiatra.

Permite, por outro lado, destacar dois aspectos que nos parecem importantes. O primeiro é o facto de nem sempre ser fácil detectar a verdadeira origem do luto, o que tem sido apontado por Lieberman (1978). Com efeito, os mecanismos de evitamento fazem com que o doente escamoteie os factos mais significativos, muitas vezes menores em comparação com outras perdas mais importantes a que o doente e o ambiente social atribuem os seus sofrimentos, mas em relação aos quais o luto se processou adequadamente. O que torna a situação patológica não é na verdade a importância da perda, mas sim o bloqueio do luto.

O segundo aspecto a destacar é o já referido papel da agressividade no processo de tratamento. Agressividade muitas vezes dirigida ao terapeuta que na circunstância incarna as outras vítimas.

II

Vamos então falar de uma rapariga de 22 anos que há 8 meses tinha consultado um psiquiatra por queixas depressivas e choro incontrolado, atribuídas a uma relação conflituosa com um rapaz que tinha namorado e se havia casado com outra. A gravidade da situação, que a levava já a duas tentativas de suicídio, obrigou a internamento imediato e à instituição de uma terapêutica endovenosa com altas doses de antidepressivos tricíclicos que se mantiveram em tratamento ambulatório. Não houve contudo melhoras notáveis e, um mês após a alta, fez a terceira tentativa de suicídio. Alguns meses depois nova tentativa por ingestão de cerca de 40 comprimidos de clorimipramina, a qual foi cuidadosamente preferida para que não fosse descoberta a tempo. É então internada pela última vez, com instituição de terapêutica antidepressiva incisiva, de novo sem resultados. No decorrer deste internamento a doente por várias vezes fugiu à vigilância, procurando pôr termo à vida.

Além da impulsão ao suicídio, cada vez mais insistente, a doente apresentava um humor depri-

mido que piorava pela manhã, choro fácil ao menor estímulo, insónia grave, sendo, o raro sono, sempre sobressaltado, anorexia, perda de peso e astenia intensa que a agarrava à cama e limitava gravemente a sua actividade. Mostrava ainda grande irritabilidade nos contactos interpessoais, admitindo que as outras pessoas a não compreendiam porque ela exigia dos outros mais do que lhe poderiam dar.

Tinha 6 irmãos, o último dos quais epilético. O ambiente familiar era péssimo, já que o pai, alcoólico, arranjava uma amante que vivia em frente de sua casa. Por esta razão a doente abandonara o lar aos 14 anos e veio para Coimbra, onde se empregou num bar.

Conheceu entretanto um rapaz com quem namorou por 5 anos. Bruscamente, e sem dar explicações, ele viajou para França e quando reencontrou a nossa doente estava casado com outra mulher. Justificando o seu casamento por interesse económico, com juras de arrependimento e promessas de divórcio, ele inicia com a moça uma relação mais íntima embora clandestina. Desta relação vieram a resultar dois abortos que a doente praticou no prazo de um ano.

A sua vida desgastava-se entretanto numa dança de expectativas, frustrações e desenganos, delícias e violências relacionadas com a instabilidade do namorado. Cansada, decidiu cortar com esta relação pouco tempo depois do segundo aborto. Apesar do corte ser concretizado, manteve-se a dependência afectiva por ele, ao mesmo tempo que se iniciavam as perturbações que a levariam ao psiquiatra.

III

Foi durante o último internamento, quando se verificou o fracasso das terapêuticas convencionais, que decidimos reavaliar o caso clínico.

Na primeira entrevista, ela voltou a contar a sua história, atribuindo ao ex-namorado — de quem, aliás, ainda gostava — a causa do sofrimento. Passou a correr por cima dos abortos, e quando pedimos para falar deles referiu que preferia não tocar no assunto. Perante a nossa insistência rebentou num choro explosivo, em franco contraste com o tom emocionalmente neutro com que descrevera as peripécias do namorado.

Tornava-se então claro que o seu problema girava à volta dos abortos, sobretudo do último, que foi descrito num clima de grande tensão

emocional, com frequentes explosões de choro, esboços de auto-agressão e expressão de fortes sentimentos de culpa.

Apurou-se então que este aborto tinha sido decidido e marcado tardiamente pelo ex-namorado, como condição para manterem o seu relacionamento. A doente, pelo contrário, queria ter a criança. De qualquer modo foi persuadida a ir à abortadeira que, sem ela saber, estava já preparada para o executar. A pressão física e emocional, e uma injeção sedativa, desvaneceram as últimas resistências, e foi num clima de violência que o feto foi arrancado. Consumado o aborto, foi-lhe mostrado o feto a seu pedido. Estava já desenvolvido e seria do sexo masculino. A doente teve então um colapso emocional grave que marca o início das suas queixas.

Numa segunda entrevista, ela voltou a descrever o aborto, agora com mais facilidade mas

ainda com intensas reacções emocionais. No seu decorrer, e com a ajuda de desenhos, foi identificada a forma e desenvolvimento do feto e foi-lhe explicado o mecanismo da fecundação do óvulo e divisão da célula, tentando, nessa base, discutir sobre o início de uma vida humana. Igualmente foi analisada a culpa objectiva do aborto que em grande parte pertencia ao namorado, sem contudo deixar de conceder à doente a sua quota parte, já que podia ter resistido mais eficazmente.

No decorrer destas duas entrevistas verificou-se que a doente estava a fazer uma generalização dos evitamentos. Nomeadamente, nunca mais conseguira passar na rua e imediações do local onde fizera os abortos, nem numa outra rua que tinha um nome parecido com a primeira. Explicado o porquê destas atitudes, estabeleceu-se um programa terapêutico «in loco» que se iniciou no dia seguinte.

DIA	ESTÍMULO	RESPOSTA
1.º	Confronto com o aborto	Choro e intensa expressão dos sentim. de culpa.
2.º	Confronto com a imagem do feto	Choro e sentim. de culpa acessíveis à discussão.
3.º	Rua similar à do aborto	Reacção ansiosa
4.º	Idem	Neutra
5.º	Idem e leitura da placa	Evitamento prevenido. Ansiedade.
10.º	Rua do aborto	Choro e intensa agressividade dirigida ao terapeuta.
11.º	Reconstituição do aborto in loco	Choro e agressividade.
12.º	Idem, com uma amiga	Resposta emocional atenuada.
15.º	Reconstituição in loco da tentat. de suicídio	Intensa agressividade e choro.

FIG. 2 — Fases do tratamento

Durante três dias, e acompanhada do terapeuta, ela passou pela rua que, por semelhança de nomes, evitava. Tentou fugir quando, à terceira sessão foi convidada a ler a placa, o que acabou por fazer com algum esforço. Fora disto apenas denotou uma certa ansiedade.

No fim desta sessão programou-se uma ida ao local do aborto, a que a doente se esquivou durante alguns dias, pretextando uma indisposição gástrica. Entretanto, tinham-se reduzido progressivamente os antidepressivos e insituíram-se 30 mg de thioridazina ao deitar.

Ao 10.º dia de tratamento a doente foi inesperadamente interpelada pelo terapeuta e convidada a ir ao local do aborto. Apesar de certa resistência agressiva, acabou por passar a pé pela rua sem

contudo conseguir olhar para a casa. Manteve-se bastante tensa até chegar à clínica, rebentando depois num choro convulsivo. Quando o terapeuta tentou apaziguá-la, ela agrediu-o, aduzindo que as atitudes deles eram idênticas às do ex-namorado quando a pressionara a fazer o aborto.

No dia seguinte voltou ao mesmo local com o terapeuta, conseguindo enfrentar a casa e aí reconstituir pormenorizadamente a cena do aborto. Apesar da melhor colaboração, repetiu-se a crise de choro e agressividade ao chegar à clínica. No dia seguinte repetiu a cena, agora acompanhada de uma amiga, havendo então uma menor repercussão emocional.

Ao longo deste processo soube-se que o quarto onde a doente se hospedava tinha uma configura-

ção que fazia lembrar a «clínica» do aborto. Aí a doente praticou as tentativas de suicídio, acabando por dizer que, nessas alturas, era a lembrança do feto morto que lhe vinha à cabeça.

Combinou-se finalmente uma ida a esse quarto, a que ela novamente se esquivou durante dois dias. De novo interpelada de surpresa, foi conduzida ao quarto onde descreveu e reconstituiu a cena do último suicídio. Quando o terapeuta lhe apresentou um frasco de Clorimipramina, permitindo-lhe que tomasse os comprimidos todos de um vez, ela, numa atitude francamente agressiva, quebrou o frasco contra a parede, tentando depois agredir o terapeuta. Teve a seguir uma crise de choro, explicando que o seu comportamento se devia ao facto de ter verificado que o suicídio não era de modo algum a solução dos seus problemas.

Depois desta sessão — 15 dias passados sobre o início do protocolo — a doente teve dificuldades transitórias para dormir, mas muito rapidamente se desvaneceram as ideias de suicídio e todos os outros sintomas depressivos. Significativamente, referiu ainda estar completamente desligada do ex-namorado. Teve alta pouco depois e foi muito espaçadamente observada em consulta externa apenas para constatar que até hoje — um ano volvido — não precisou de qualquer psicofármaco nem apresenta qualquer sintoma psicopatológico, arranjou um novo emprego noutra terra e se encontra perfeitamente adequada nas suas relações interpessoais.

IV

Se quiséssemos alindar este caso, poderíamos dizer que a rapariga oscilou entre a identificação com a mãe e com a amante do pai, cumprindo o seu destino de procurar no namorado a imagem do pai. Diríamos ainda que teve uma infância traumatizante mas não menos que a dos milhões de filhos de alcoólicos neste país. Falaríamos sobre a projecção dos seus sentimentos no filho esperado, analisaríamos a complexa dependência afectiva do namorado e não nos esqueceríamos do papel do terapeuta que, durante 15 dias, condensou em si o fantasma de todos os objectos amados.

No entanto, nada disto foi importante para o tratamento, nem teve de ser explicitamente assumido durante o processo de cura. Tratou-se apenas de enfrentar a perda, sofrer com ela e percorrer todo o processo de luto em que as várias expressões da agressividade tiveram um papel preponderante.

Propositadamente deixámos para o fim a formulação do caso. Na sua história existe a perda voluntária do lar e do pai, existe uma insistência sobre a perda do namorado e existem ainda os dois abortos. Antes da nossa abordagem havia um consenso sobre o papel patogénico da separação do namorado, o que era socialmente aceitável. No entanto, a linguagem não verbal da doente logo nos elucidou sobre a importância central do segundo aborto, e sobre essa hipótese assentou o plano terapêutico. Os resultados mostraram-nos que essa interpretação era correcta, sendo significativo que a dependência afectiva desaparecesse após a libertação dos sentimentos ligados ao aborto. Na verdade, como afirma Ramsey (1975) toda a nossa vida é feita de mudanças e cada mudança implica uma perda. Uma perda que normalmente é preparada com antecedência e em que um novo objecto vem substituir, de um modo enriquecedor, o objecto perdido. Que o namorado tenha substituído o pai e que a expectativa de um filho pudesse compensar a perda do namorado é uma sequência admissível. Mas a perda do filho esperado foi, essa sim, súbita e não programada, tanto mais que o aborto foi tardio e a doente pôde observar que a sua criança seria um rapaz, conforme esperava nos seus sonhos de grávida.

A clandestinidade do aborto e a própria ideologia da doente foram os factores que favoreceram o evitamento e a estabilização do luto na fase de negação. Como consequência havia o irrompimento da depressão e de fortes sentimentos de culpa, cujo sentido não era muito claro, e o preâmbulo de uma agressividade não assumida. A agressividade, que seria normal e necessária antes da reintegração, e que provavelmente ainda motivou o corte definitivo com o namorado, foi depois impedida pela negação do aborto. Como resultado, manteve-se a dependência afectiva e a doente assumiu sózinha os sentimentos de culpa que a levavam ao suicídio.

V

A terapêutica foi simples, económica e eficiente, levando grande vantagem sobre as terapêuticas clássicas, não obstante ter decorrido «a quente». Nem todos os casos responderão desta maneira. Mas este caso leva-nos a perguntar se não valeria a pena fazer uma abordagem em termos de Luto Patológico numa boa parte das situações em que se põe o diagnóstico de depressão reactiva ou neurótica.

Summary

The authors describe one case of «morbid grief» treated sucessfully by Comportamental Therapy. After stressing some problems about diagnosis and treatment, they recomend Comportamental Therapy on selected patients found on day to day practice.

BIBLIOGRAFIA

- FREUD, S. (1917). — «Luto e Melancolia» in *Obras Completas* (Trad. portuguesa de Jayme Salomão), Ed. Imago, Rio de Janeiro, vol. XIV, 270-291.
- LIEBERMAN, S. (1978) — *Nineteen Cases of Morbid Grief* — «Brit. J. Psychiat.», 132: 159-163.
- RAMSEY, R. W. (1975) — «The Sress of Berehavement: Components and Treatments», Paper presented at the Conference on Dimensions of Anxiety and Stress, Oslo, Norway.
- RAMSAY, R. W. (1976) — *A Case Study in Berehavement Therapy* — in H. J. Eysenck (Ed.), «Case Studies in Behaviour Therapy», Routledge & Kegan Paul, London, 149-172.
- RAMSEY, R. W. (1977) — *Behavioural Approaches to Berehavement* — «Behav. Research an Therapys», 15: 131-135.
- REID, J. (1979) — *A Time to Live, a Time to Grief: Patterns and Processes of Mourning Among the Yolngu of Australia* — «Culture, Medicine and Psychitary», 3: 319-346.
- SILVEIRA NUNES, J. (1979) — *Abordagem Comportamental de um Caso de Luto Patológico* — «Análise Psicológica», II-2: 269-274.