

QUIMIOTERAPIA EM ALTAS DOSES E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ASPECTOS PSICOLÓGICOS

*High dose chemotherapy and bone marrow transplantation
Psychological aspects*

CLAUDIA L. EPELMAN*

A quimioterapia em altas doses e o transplante de medula óssea são recursos cada vez mais usados para tratar pacientes com câncer. Embora representem uma possibilidade de cura em muitas instâncias, estes procedimentos de alta tecnologia, agressivos e de alto risco, envolvem uma série de dificuldades físicas e psicológicas. Assim, o acompanhamento psicológico pode contribuir muito para o cuidado do paciente (doador e familiares) na sua totalidade. Os principais aspectos psicológicos relativos à quimioterapia em altas doses e ao transplante de medula óssea são descritos neste artigo.

Unitermos: *Quimioterapia em altas doses, transplante de medula óssea, aspectos psicológicos.*

Keywords: *High dose chemotherapy, bone marrow transplantation, psychological aspects.*

* *Diretora do Depto de Psicologia do Hospital A. C. Camargo.*

Introdução

A medicina atual parece sem limites. Sua capacidade de investigação e manipulação fascina e inquieta. As exigências modernas mobilizam a economia, a política, a ética e, conseqüentemente, ampliam a relação médico-paciente-doença.

Nos últimos 20 anos, a medicina alcançou grandes avanços na área da oncologia. Mas resta ainda muito a fazer e as novas perspectivas para os resultados futuros estão relacionadas à biologia molecular, aos oncogenes, aos fatores de crescimento e à imunologia.

O uso mais abrangente da quimioterapia associado à cirurgia e/ou à radioterapia tem sido responsável pela melhora da sobrevida e cura de pacientes acometidos por doenças neoplásicas. Hoje, a quimioterapia em altas doses e o transplante de medula óssea são também considerados recursos cada vez mais eficazes para o tratamento de determinados tipos de câncer. Com indicações precisas, a realização destes procedimentos ocorre na maioria

Endereço para correspondência: Depto de Psicologia - Hospital A. C. Camargo - Rua Prof. Antonio Prudente, 211 - CEP 01509-010 - São Paulo - SP.

das instâncias depois de respostas desfavoráveis das terapias convencionais.

A quimioterapia em altas doses e o transplante de medula óssea, como todos os tratamentos complexos, exigem cuidados especiais quanto às implicações físicas, psíquicas e existenciais. Representam intervenções importantes e ambíguas no desenvolvimento do tratamento: adquirem o status de "última chance" e ao mesmo tempo constituem uma possibilidade de cura de grande valor, de alta tecnologia.

O preço a pagar é alto. Inicialmente, a própria indicação da quimioterapia em altas doses ou do transplante de medula óssea causa dúvidas e preocupações. Com frequência, a necessidade de identificação de um doador compatível atualiza questões antigas (referentes ao relacionamento entre os irmãos, entre os irmãos e os pais) e gera conflitos entre o paciente, o doador e os outros familiares. A longa duração da passagem pela unidade de transplante e a intensidade dos efeitos secundários da quimioterapia em altas doses acarretam um sofrimento suplementar ao paciente e seu acompanhante (que confronta-se ainda com os problemas materiais, profissionais e familiares decorrentes da longa hospitalização do paciente e da necessidade da sua presença permanente). O paciente tem que aprender a viver em condições onde o espaço e a mobilidade são reduzidos, aprender a viver em situação de isolamento durante um período de tempo que transcorre lentamente. Seu corpo, doente há mais tempo, é dominado pela passividade e pela força da inércia. O presente torna-se estático, o passado inacessível e o futuro inimaginável. A limitação de espaço, a paralisação do tempo representam riscos potenciais para a depressão emocional do paciente.

O tratamento

O transplante de medula óssea, mais do que os outros procedimentos, confronta o paciente (e familiares) à questão da morte possível, do sentido da vida e dos limites do suportável.

A dor, a hemorragia, a fadiga, o desconforto, podem ser intoleráveis. A deformação do corpo, a transformação da imagem são também, muitas vezes, sentidas como insuportáveis. O paciente não reconhece seu corpo como seu, perde a confiança nas suas capacidades e deixa de utilizá-las com liberdade. As medicações utilizadas, em especial, para o controle da dor podem alterar o seu nível de concentração e o seu ritmo de raciocínio. O sentimento de isolamento do convívio familiar, profissional e social, de não ter mais nada em comum com eles, de não fazer mais parte de suas vidas cotidianas, são igualmente fontes de muita ansiedade. As fantasias suscitadas são complexas: fantasias relacionadas à perda do sentimento de identidade, a ponto do paciente sentir-se estrangeiro a si mesmo e aos outros (as transformações físicas reais,

ou seja, hemorragia interna, mucosite, enfraquecimento muscular... aumentam ainda mais este sentimento); fantasia de semelhança gemelar induzida nos casos de transplante alogênico (o paciente questiona-se sobre o seu comportamento a partir da introdução das células do doador no seu corpo); fantasia de re-nascimento (idéia de que o dia da infusão das células equivale ao seu 1º dia de vida); fantasia de onipotência do doador (que pode culpar-se em caso de fracasso do tratamento e/ou morte do paciente).

O longo período de internação contribui para que a realidade e o imaginário fiquem intimamente misturados: as imagens projetadas, as manifestações da história pessoal de cada um, as fantasias, os ideais, os desejos... Emergem elementos que, vez por outra, anestésiam o funcionamento psíquico: a solidão, a dispersão, o anonimato, o indizível, o inimaginável.

Os profissionais incitam o paciente a projetar-se no futuro, a descolar-se de tal realidade tão dura, a considerar a alta, a reinserção familiar, social e o retorno à vida profissional. Aqui, mais do que em outros momentos, é vital a necessidade de preservar a capacidade da fala, da imaginação, do pensamento que possibilite o desprendimento deste universo onde a medicina é excessivamente técnica e rigorosa, deste universo onde o sofrimento é contínuo e esmagador. Contudo, neste contexto, o paciente atinge facilmente o limite do pensável: sensações tão intensas e inabituais, que ele não consegue formulá-las, colocá-las em palavras; futuro tão imprevisível ou, ao contrário, tão certo e assustador, que ele não consegue concebê-lo. Em geral, a sua dor pode ser reconhecida e tratada; entretanto, o insuportável desta dor, a experiência desta dor, só podem ser apreendidos através do desenvolvimento de uma relação intersubjetiva (que implica dois sujeitos). Assim, é importante que o psicólogo ajude o paciente a entrar em contato com seus sentimentos, para que ele possa ter acesso, ter a compreensão das questões dinâmicas que constituem o insuportável para si, por exemplo a idéia de ser extinto da vida familiar, de ser reduzido a uma imagem alienada. Por outro lado, para que os outros (profissionais, familiares) mantenham a posição de interlocutores à altura das exigências de diálogo do paciente, devem tomar consciência do que é insuportável para eles, para o paciente, para eles e o paciente concomitantemente. De outra forma, a ordem do insuportável é imposta a todos e, face ao paciente, só restam testemunhos passivos que tentam até lutar contra esta passividade através de um excesso de "fazer artificial", ainda que cada ato tenha sua razão e utilidade.

Esta situação, difícil e densa, não impõe, obrigatoriamente, ao paciente e seus interlocutores o silêncio ou a impossibilidade do pensar. Mas ela exige que cada um desprenda-se dos efeitos esmagadores desta realidade, o que não é possível sem esforço psíquico (e a presença do psicólogo pode ser

preciosa) e sem coragem. Pensar no paciente já morto, confrontar-se à imagem da sua ausência (mesmo sendo muito triste), é talvez mais facilmente tolerável do que confrontar-se com sua presença viva, seu sofrimento, seu rosto, seu corpo, suas palavras, seu olhar, seu silêncio.

A alta

O momento da alta da unidade de transplante é também delicado e ambivalente. A unidade representa um lugar de risco de vida e de sofrimento, mas é igualmente um abrigo contra as múltiplas e complexas dificuldades que surgem durante todo o processo. O paciente sobrevive, mas quais traços físico, afetivo, social, moral, deixou o tratamento nele, entre ele e seus familiares? Depois do transplante, muitas vezes, ele tem que deparar-se com uma transformação das atitudes habituais de seus familiares quanto à rotina diária, à relação com o companheiro, com os filhos, com os outros: continua sendo amado por eles, apesar do tratamento que o deformou, o desfigurou, limitou suas capacidades ou anulou suas esperanças futuras? Os outros, às vezes, colocam-se diante dele com receio pela sua diferença, pelo seu sofrimento, por uma possível contaminação (do câncer, da dor, da morte). Conseqüentemente, muito tempo depois, o paciente pode sentir-se como uma figura doente que suscita piedade e vergonha.

O paciente espera que os outros preservem seus papéis específicos, mantenham cada um sua presença autêntica: que não adquiram um olhar médico, à espreita de mínimos sinais de agravação ou de melhora do seu estado de saúde, ao contrário, que sejam capazes de reconhecer em seus menores gestos, em suas menores atitudes, aquilo que sua fisionomia e seu corpo (apesar das deformações, muitas vezes graves) sempre mostraram de si, imagem única e inconfundível.

Conclusão

Os problemas psicológicos do paciente e seus familiares decorrentes do transplante de medula óssea não são uma fatalidade, seja qual for a gravidade da doença ou das seqüelas físicas. Entretanto, a confiança e a possibilidade de refletir, dialogar e discutir deve ser mantida entre todos (paciente, familiares e profissionais) durante todo o tratamento, bem como depois do fim do mesmo.

Muitas das questões abordadas neste artigo não são específicas do paciente submetido à quimioterapia em altas doses ou ao transplante de medula óssea. Pode-se encontrá-las em todos os pacientes portadores de câncer: a relação com o tempo, com a história familiar e genealógica, com o corpo, com a morte possível... Mas aqui, estas questões são particularmente intensas. Com efeito, nesta proposta de tratamento são depositadas todas as esperanças de possibilidade de cura. Para estes pacientes, a questão do destino da sua doença, da sua existência, da sua sobrevivência, do seu futuro, coloca-se de forma mais precisa e atual.

Os profissionais responsáveis pelo tratamento buscam cuidar o paciente, evitar as seqüelas e, se a morte for inevitável, procuram cuidar para que seja com o maior conforto possível, sem dor e sofrimento. É, da mesma maneira, importante não deixar o paciente (e familiares) "sozinho" face à gravidade e à complexidade das questões que surgem nesta circunstância.

O acompanhamento psicológico, útil e necessário, tem a função de ajudar todos os envolvidos na situação a perceberem e compreenderem suas atitudes, seus sentimentos, a desprenderem-se da paralisação e alienação gerada pelo excesso de sofrimento, a reencontrarem a liberdade face à morte, às vezes próxima e certa, e a retomarem a fluidez do discurso entre uns e outros.

Summary

High dose chemotherapy (HDC) and bone marrow transplantation (BMT) are being increasingly used to treat patients with cancer. Although HDC and BMT are life-saving interventions in many instances, are also high-technology procedures, both aggressive and life-threatening, associated with an array of physical and psychological stressors. Therefore, psychological intervention can greatly contribute to the total care of the patients, donors and their families. Some important psychological aspects concern in HDQ and BMT are identified in this paper.

Referências bibliográficas

- 1 - ANDRYKOWSKI, M. A.; HENSLEE, P. J. - *Quality of life in survivors of allogenic bone marrow transplantation*. Eur J Cancer Clin Oncol., 25:1004, 1989. (abstract).
- 2 - ANDRYKOWSKI, M. A.; HENSLEE, P. J.; FARELL M. G. - *Physical and psychosocial functioning of adult survivors of allogenic bone marrow transplantation*. Bone Marrow Trans., 4:75-81, 1989.
- 3 - ANDRYKOWSKI, M. A. - *Psychiatric and psychosocial aspects of bone marrow transplantation*. Psychosomatics, 35:13-24, 1994.
- 4 - EPELMAN, C. L. - *Trabalho psicanalítico em um departamento de oncologia pediátrica*. Acta Oncol Bras., 15:36-9, 1995.
- 5 - OPPENHEIN, D. - *Sans voix*. Temps Moderns, 44:511-5, 1989.
- 6 - FREI, E. et al. - *Bone marrow auto-transplantation for solid tumors - prospects*. J Clin Oncol., 7:515-26, 1989.
- 7 - GASTON-JOHAANSSON, F.; FRANCO, T.; ZIMMERMAN, L. - *Pain and psychological distress in patients undergoing autologous bone marrow transplantation*. Oncol Nurs Forum, 19:41-8, 1992.
- 8 - LESKO, L. M. - *Bone marrow transplantation*. In: Holland, J. C.; Rowland, J. H. - *Handbook of psycho-oncology: psychological care of the patient with cancer*. New York, Oxford University Press, pg. 163-73, 1989.
- 9 - LESKO, L. M. et al. - *Long-term adjustment of acute leukemia survivors: impact of bone marrow transplantation versus conventional chemotherapy*. Psychosomatics Med., 54:30-47, 1992.
- 10 - VOSE, J. M. et al. - *Long-term sequelae of autologous bone marrow or peripheral stem cell transplantation for lymphoid malignancies*. Cancer, 69:784-9, 1992.