

REAÇÕES PSICOLÓGICAS À PERDA DA VISÃO

Maria Cristina de Castro Barczinski¹

Introdução

Este trabalho teve início no Instituto Benjamin Constant (IBC) a partir do meu contato com pacientes cegos e com perda parcial da visão, onde tive a oportunidade de trabalhar como psicóloga por dois anos (1983/85).

O meu trabalho é direcionado para a prevenção da perda da visão, pois mesmo em casos reduzidos, o paciente tem grande participação “inconsciente” no retardo do diagnóstico e na dificuldade de reabilitação, contando ainda com vários outros fatores dentro do processo.

Apesar dos recursos com que se pode contar atualmente para evitar a perda da visão, a cada dia muitas pessoas ficam cegas por doença, acidente ou velhice. Para uma pessoa com visão normal, a perda repentina de seu mais precioso sentido é muito difícil. Principalmente se considerarmos que em nosso mundo cada vez mais orientado visualmente, ninguém conta com a possibilidade de ficar cego.

Do ponto de vista psicológico, mesmo o indivíduo mais saudável mentalmente utilizará mecanismos importantes para a sua adaptação à cegueira.

Embora a Psicanálise e a Psiquiatria estejam familiarizadas em lidar com perdas, raramente têm a oportunidade de observar passo a passo as reações e o funcionamento da catástrofe que sofre o paciente com a perda total da visão.

A necessidade de uma profunda reorganização psicológica destes pacientes requer um amparo urgente para que eles possam lidar com esta perda que influi em todos os aspectos de suas vidas.

Religião, mitologia e cegueira

Nos templos bíblicos, a cegueira era um mal comum. Esta condição era freqüentemente encarada como uma punição por algum ato maligno ou como um traço do

¹ Membro associado da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro e psicóloga voluntária no Instituto Benjamin Constant.

destino, só podendo ser revertida por Deus. Nos tempos bíblicos, os cegos estavam forçosamente condenados a uma vida de dificuldades e pobreza.

Alguns exemplos bíblicos de cegueira autoinfligida são os casos de Santa Luzia, padroeira dos cegos e doentes dos olhos, e S. Triduana e S. Medana, padroeiros da oftalmologia.

Seguem-se casos históricos, como o relatado por Marco Pólo, no séc. XIII. Ao chegar em Bagdá, soube da história de um sapateiro que destruíra o olho direito com uma soveia, sentindo-se culpado pelos pensamentos pecaminosos que teve ao ver exposta uma parte da perna de uma jovem mulher.

No século passado, o conhecimento da mitologia grega era essencial para qualquer pessoa poder considerar-se educada.

A mitologia também considera a cegueira como punição aos pecados. Provavelmente, os primeiros casos de cegueira autoinfligida foram relatados nas mitologias grega e nórdica. A história de Édipo nos é bem conhecida. Na literatura nórdica, diz-se que Odin deu um de seus olhos em troca do direito de beber um único gole na fonte de Mimir, cujas águas continham o dom da sabedoria e do entendimento.

A bela lenda de Lady Godiva nos conta que todos os habitantes da cidade esconderam-se por trás de suas venezianas fechadas a fim de tornar mais fácil a tarefa da senhora de cavalgar nua pelas ruas em pleno dia. O único homem que espiou através das venezianas o seu belo corpo desnudo foi punido com a cegueira.

Embora alguns estigmas da cegueira mencionados acima sejam parte do passado, também na sociedade moderna as pessoas cegas são evitadas, ignoradas ou superprotegidas.

Reações à perda da visão

Segundo Adams (1980), um dos primeiros trabalhos da literatura psiquiátrica que falava sobre as reações à cegueira intitula-se “*The Mental State of the Blind*” (1908), de autoria de William Dunton, e foi publicado no *American Journal of Insanity*.

Adams mostra que Luiz Cholden também contribuiu com considerações sobre os problemas psiquiátricos observados em seu atendimento em reabilitação de cegos na Menninger Clinic. Segundo o autor, a primeira fase que aparece com o choque da cegueira é o estado de imobilidade psicológica, descrito como “proteção emocional anestésica”. Seria impossível colocar um limite de tempo nesta fase, mas ele sentiu que quanto mais longa fosse a fase do choque, mais prolongado e difícil seria o processo de reabilitação.

Seguindo-se à fase do choque, surge a depressão reativa envolvendo sentimentos e desejos de autopiedade, necessidade de confidências, pensamentos suicidas e retardamento psicomotor.

Para Cholden, a depressão seria o luto pelos “*dead eyes*”, pela perda de visão. Percebeu que o paciente tinha que morrer como pessoa que enxerga para renascer como pessoa cega. Ele observou que o choque e a depressão são necessários à progressão, para se lidar melhor com a cegueira no próximo estágio. Observou também três reações “permanentes” na cegueira, que ele considera como representantes psicopatológicos: a primeira era o prolongamento da fase depressiva para a depressão masoquista; a segunda, o desenvolvimento das desordens características, que poderia ser um exagero de fatos preexistentes, como por exemplo, uma dependência crônica; e, por último, descreveu um fenômeno no qual alguns pacientes cegos formavam um grupo representando uma minoria contra aquilo que eles consideravam “um mundo hostil, estúpido e sem consideração, das pessoas com visão normal”.

Ainda segundo Adams, em 1970 Fitzgerald estudou as reações à cegueira de forma moderna, sistemática e científica e descreve quatro fases distintas de reações: primeiro a descrença, quando os pacientes tendem a negar sua cegueira; depois, a fase de protesto, quando eles vão procurar uma segunda opinião ou recusam-se a usar a bengala branca; em terceiro lugar ocorre a depressão, com os sintomas clássicos de perda de peso, mudança de apetite, ideias suicidas e ansiedades paranoides; por fim, acontece a recuperação, quando os pacientes aceitam a cegueira num estágio em que não se percebe qualquer distúrbio psiquiátrico. Fitzgerald estimava um período de dez meses para que o paciente percorresse essas quatro etapas.

O processo de luto é visto como uma fase importante que muitas vezes nem se realiza. Nesses casos, o paciente assume o caráter de uma negação maníaca, ocasionando reações neuróticas moderadas ou severas. As características mais frequentemente observadas nestas reações são:

- a) dependência acentuada em relação aos adultos ou negação da mesma;
- b) recusa à competição ou constante preocupação em comparar-se e competir;
- c) repressão da agressividade com excessiva amabilidade ou grande agressividade;
- d) hipersensibilidade a críticas;
- e) dificuldade de relacionamento com outros deficientes visuais e entre eles os “videntes”;
- f) insegurança a respeito de si mesmo;
- g) desconfiança acentuada em relação a outras pessoas e suas intenções;

- h) manifestações de ressentimentos pela sensação de não ser querido e aceito pelo mundo, pois julga que ser diferente é ser inferior;
- i) predominância de pensamento mágico e misticismo;
- j) sentimentos de inveja;
- k) descontentamento e uma crítica severa em relação aos demais;
- l) desconfiança acentuada sobre sua capacidade sexual (cegueira = castração);
- m) busca de um parceiro que também seja deficiente visual;
- n) isolamento, evitando situações sociais;
- o) acentuada necessidade de aprovação e afeto.

No trabalho com pacientes com perda da visão é observado um predomínio de traços paranoides que não devem ser avaliados somente como fantasia, pois existe um rechaço real da sociedade em relação ao deficiente visual.

Nos autores pesquisados, há concordância quanto às quatro fases que acontecem quase universalmente nos primeiros estágios da cegueira.

Segundo Fitzgerald são elas: descrença, protesto, depressão e finalmente recuperação. Blank e Cholden descrevem uma fase inicial de despersonalização, elevando a uma depressão reativa ou agitada, eventualmente seguida da recuperação. Blank afirma ainda que o paciente fica um pouco perturbado com a perda de visão como mau sinal, e sugere como consequência uma grave necessidade neurótica de punição.

O sofrimento é a reação real à perda de um objeto, enquanto a angústia é a reação ao perigo que essa perda acarreta. Quando existe a dor física, ocorre em elevado grau aquilo que poderia ser definido como investimento narcísico do local. A transição da dor física para a dor mental corresponde a uma mudança do investimento narcísico para o investimento do objeto. O luto ocorre sob a influência do teste da realidade, pois esta última função exige categoricamente que o paciente se separe do objeto que não mais existe.

Outras perdas somam-se à perda da visão:

- a) perda da integridade física (o indivíduo sente-se mutilado, está diferente do que era anteriormente e diferente dos que o cercam);
- b) perda dos sentidos remanescentes (há uma desorientação inicial, causando diminuição do tato, olfato, memória, capacidade motora etc.);

c) perda do contato real com o meio ambiente (como se morresse para o mundo das coisas, perdendo assim um importante vínculo com a realidade);

d) perda do “campo visual” (olha para algo que não se encontra mais ali – silêncio visual);

e) perda das habilidades básicas (capacidade de andar; estando só é observado, e estando com outras pessoas sente-se isolado);

f) perda das técnicas da vida diária (passa por repetidos fracassos nessas atividades que nunca o deixam esquecer que está cego. Ex: comer, beber, funções intestinais, conservar-se limpo e arrumado, despir-se à noite e vestir-se pela manhã, barbear-se, maquiarse, higiene pessoal, distinguir a pasta de dente do creme de barbear, controlar as contas, preencher cheques, contar dinheiro, localizar objetos que derrubava, comer em restaurante etc.). Tais perdas obrigam o deficiente visual a depender, em maior grau, das outras pessoas, restringindo severamente sua autonomia;

g) perda da facilidade de comunicação escrita (livros, jornais, fotografias, não pode ler a própria correspondência, perdendo a reserva pessoal, e impossibilitado também de assinar o próprio nome);

h) perda da facilidade da comunicação corporal (postura, gestos, mímica e expressões faciais, não pode ver as reações da pessoa com quem fala);

i) perda da visão dos rostos familiares, artes etc;

j) restrições em sua recreação (que poderia ajudá-lo na superação da crise);

k) perda da obscuridade (não passa mais despercebido na sua rua, por isso muitas vezes rejeita a bengala e qualquer objeto que possa identificá-lo como cego);

l) perda da profissão (perde a capacidade de produzir e de sentir-se útil). Perdendo muitas vezes sua segurança financeira, numa fase em que necessita gastar mais com sua reabilitação;

Sendo inúmeras as limitações, uma série de frustrações acompanha uma desorganização na personalidade e na perda da autoestima.

Mudança do *setting*

O trabalho com o paciente cego em um relacionamento psicoterapêutico exige que o terapeuta se conscientize de algumas interações especiais, que podem surgir durante o processo, incluindo questões de transferência e contratransferência. Antes do início da

terapia, deve o psicoterapeuta tentar examinar o seu próprio *setting* quanto ao que ele acredita ser a sua própria atitude diante da cegueira, o que a cegueira significaria para ele, e – especialmente – que experiências ele teve com cegos no passado.

Para Adams (1980), desde o início deve o terapeuta estar disposto a assumir um papel mais ativo. No primeiro contato, na sala de espera, o terapeuta deve anunciar a sua presença em voz alta, e deve estar pronto para tocar o paciente e permitir que este o toque, deixando que ele segure em seu braço com firmeza até ambos estarem sentados no consultório. O terapeuta deve saber que comportamentos como gesticular, ou expressão facial podem estar ausentes ou distorcidos no paciente cego. Ainda: algumas das pistas visuais normalmente utilizadas em terapia podem ter que ser sacrificadas. O terapeuta não pode esperar que o paciente cego reaja a um olhar. Portanto, ele deve aprender a traduzir em palavras estas emoções visuais. O paciente cego pode ter dificuldades com “contato visual” e aparentar não estar vinculado ao terapeuta (quando, na realidade, ele está claramente em harmonia com a sessão). Por outro lado, alguns pacientes mantêm um contato visual tão bom, que o terapeuta pode esquecer que o paciente não possui visão.

Uma parte necessária para a terapia com pessoas cegas é a disposição de se explicar detalhadamente o ambiente. Pode ser, porém, que o terapeuta queira primeiro explorar a fantasia que o paciente tem a respeito do mesmo.

O terapeuta deve lembrar-se de que a sua própria curiosidade pode levá-lo a seguir um detalhe que seja de seu interesse, em vez de ser o foco da terapia. (Por exemplo, o paciente deprimido pode descrever como lhe é difícil vestir-se de manhã. O terapeuta pode interessar-se por outros aspectos, e não pela falta de energia ou interesse do paciente). Estas distrações podem ser informativas, mas também prolongam o curso da terapia. De um modo geral, o terapeuta demorar a estabelecer um relacionamento terapêutico com o paciente cego, demora que pode ser reduzida mediante conhecimentos prévios sobre o comportamento dos cegos.

A importância da psicoterapia com estes pacientes torna-se ainda maior se pensarmos no tratamento que a sociedade dava aos cegos no passado. O conhecimento de algumas reações psicológicas, bem como do processo de aceitação da cegueira, é fundamental para que se estabeleça uma relação de sintomas específicos associados ao problema.

O trabalho psicoterapêutico com o deficiente visual pode ser acelerado se o terapeuta estiver disposto a explorar suas próprias reações diante do paciente. Assim, estabelecem-se os alicerces para um processo psicoterapêutico ativo que podem facilitar e aprofundar o tratamento.

Apesar de a psicoterapia ter que focalizar principalmente os problemas psicológicos do paciente, o psicoterapeuta também deve estar disposto a auxiliá-lo a encontrar um papel mais satisfatório na sociedade, estando atento a habilidades e interesses mencionados pelo paciente antes da perda de visão.

Interação analista X paciente

Conduta no tratamento

A psicanálise em geral acha-se pouco preparada para encarar terapeuticamente soluções de emergência. Alguns profissionais preferem chamá-las de “Psicoterapia de Apoio”. No momento de crise, quando o paciente é levado pela família – pois dificilmente procura espontaneamente o consultório – é inútil para ele outra atitude que não seja encarar o fato atual como o mais importante. Alguma conduta imediata tem que ser adotada.

O estado atual é reflexo de acontecimentos penosos vividos ou fantasiados na infância e que devem ser localizados pelo analista. A fase aguda do momento estaria relacionada a um fato atual, um fator desencadeante de grande intensidade ou a somatização de microtraumas constantes.

Sob o ponto de vista das “instâncias psíquicas” nos encontramos em uma situação em que o *id* frustrado por um superego rígido, punitivo e ameaçador, pressiona um ego fraco ou enfraquecido cheio de culpabilidade e masoquismo que poderá reagir pondo a agressividade para fora contra o outro ou contra si mesmo até a destruição do *self*.

Em situações comuns, as “falas” dessas instâncias podem ser encontradas nas emergências, apresentando as tempestades de afetos, com o paciente gritando e amedrontando ao mesmo tempo em que se apresenta como vítima. Ou então o paciente fala ponderadamente, apresentando-se como frio e vazio de afeto, pois está isolado.

A reação do paciente à urgência é imprevisível, e as repressões muito profundas indicam risco de suicídio.

O psicanalista está acostumado a interpretar, mostrar, compreender, etc. Mas no momento da crise, o que pode ser interpretado? O “como”, o “porquê”, o “para quê” ou o “o quê?” Mostrar compreensão sem compreender? Ser dadivoso?

Na verdade, há pouco a ser feito, mas também não podemos ficar sem fazer nada. Podemos tentar alguma coisa. Uma delas seria entrar em contato com algum resíduo de ego sadio mostrando que há finalidade naquela conduta.

Outra possibilidade seria procurar descobrir a situação desencadeante ou frustradora – ou ambas combinadas – e procurar substituir o superego perseguidor por um menos rígido, assumindo conscientemente o papel de um superego auxiliar, mais compreensivo e menos perseguidor.

Dados que devem ser vistos como importantes:

- a) é mais fácil entrar em relacionamento com o cliente que pede ajuda espontaneamente;
- b) o *setting* hospitalar pode ser favorecedor.

Já o atendimento em residência ou o fornecimento de dados pela família são fatores muito negativos. Se o cliente não quer falar, ele tem alguma razão para isto, e é melhor que ele não fale do que ouvirmos o que a família tem a dizer sobre ele. Pois o doente pode ser depositário dos aspectos doentes da família que o mantém cronicamente doente.

Há também o sentimento de culpa deslocado e a família pode receber o analista com hostilidade, acusando-o de não ter feito nada.

Basicamente, a intuição é o elemento fundamental da ajuda que o terapeuta pode oferecer na emergência. Teoricamente :

1. Abrir sua sensibilidade, intuição, identificar-se com o cliente, e se tornar um corpo de ressonância para o inconsciente dele.
2. Usar a inteligência para entender conscientemente o que o inconsciente sentiu; sentir o que liga e o que separa; analisar e sintetizar; diferenciar o essencial do secundário; e tentar compreender e sentir a pessoa dentro da doença.

O terapeuta deve oscilar entre o esquecer e lembrar, a reação intuitiva e o discriminar intelectual, ser um instrumento passivo/ativo sensível e ao mesmo tempo um ouvinte crítico e racional.

Estas condições não podem ser ensinadas. Elas são inerentes a certos tipos de pessoas, e ainda assim, podem não funcionar em determinados momentos.

A personalidade do psicanalista, junto com o conhecimento que ele adquiriu em sua formação, aumenta sua possibilidade de empatia e identificação com o cliente.

Existe emergência e o bom manejo dela depende principalmente de uma capacidade especial do terapeuta que intui a gravidade da situação, tendo apenas como conhecimento que, via de regra, o elemento predominante da emergência é o ódio, a destruição e a vingança.

No início do tratamento, as interpretações são irrelevantes ou podem até mesmo se transformar num insulto. Talvez mais importante do que o conteúdo, em todo caso, sejam os processos dinâmicos que ocorreram tanto em níveis conscientes quanto inconscientes.

Freud, em *Psicanálise Silvestre*, fala da ideia de que o paciente sofre de uma espécie de ignorância, e que se alguém consegue tirá-lo desse estado dando-lhe

informação (sobre a conexão causal da doença com a sua vida etc.) ele deve recuperar-se. O fator patológico não é esse ignorar propriamente, mas está no fundamento dessa ignorância, em suas resistências internas; foram elas que primeiro produziram o ignorar, e são elas que ainda o conservam. A tarefa do tratamento está no combate a essas resistências.

Informar ao paciente aquilo que ele não sabe porque reprimiu é apenas uma das preliminares necessárias ao tratamento. Se o conhecimento acerca do inconsciente fosse tão importante para o paciente como as pessoas sem experiência em psicanálise imaginam, ouvir conferências ou ler livros seria suficiente para curá-los.

Uma vez que a psicanálise não pode abster-se de dar essa informação, Freud prescreve que isto não poderá ser feito antes que duas condições tenham sido satisfeitas: “Primeiro, o paciente deve, através de preparação, ter alcançado ele próprio a proximidade daquilo que ele reprimiu; e, segundo, ele deve ter formado uma ligação (transferência) com o analista para que o seu relacionamento emocional com este possibilite uma nova fuga.” Somente quando essas condições são satisfeitas torna-se possível reconhecer e dominar as resistências que conduziram à repressão e à ignorância. A intervenção psicanalítica, portanto, requer de maneira absoluta um período bastante longo de contato com o paciente.

Freud destaca também o valor da ignorância, ainda que não sejamos ignorantes. Uma “ignorância cultivada” é a necessidade de se lançar um olhar novo para a situação, de se deixarem de lado modos habituais de olhar para as coisas, de cegar-se para o óbvio e de pensar mais uma vez.

É importante convidar o paciente a falar livremente de seu sentimento, de seu sofrimento, enfim, convidá-lo à associação livre. É importante também que ele conte com um apoio central – seja a família, ou alguém que possa dar força e suporte para continuar o processo de desenvolvimento na ajuda não das mudanças sonhadas, desejadas, mas possíveis.

Uma atenção cuidadosa à contratransferência também é necessária. Nosso envolvimento pode tornar mais difícil a observação cuidadosa. A supervisão pode ser muito útil na ajuda de interferências no relacionamento.

Estudo de caso

De um modo geral, em psicanálise, só recebemos encaminhamento para tratar de pessoas que de alguma forma não conseguiram se adaptar às tensões em suas vidas. Não pretendo apresentar estudo detalhado de casos, mas uma interação entre a teoria e a observação de dois casos bem distintos.

Diferentemente dos casos que estudei, onde o acompanhamento psicológico ocorre simultaneamente ao clínico (como medida preventiva), recebi os pacientes encaminhados pelo Instituto Benjamin Constant (IBC) somente após terem sido esgotadas outras alternativas de ajuda.

Como medida de proteção aos pacientes, pouparei dados pessoais que poderiam identificá-los.

Caso 1

Tratamento: três anos. Beatriz, 59 anos, desquitada, vivendo com companheiro há vários anos, foi encaminhada ao IBC para aprendizado de trabalhos manuais. Só depois de várias faltas às consultas marcadas, convidei-a ao consultório. Então ela pôde comparecer, deixando clara a rejeição ao contato com outros deficientes visuais.

Durante a fase inicial do tratamento, confesso que passei por conflitos, questionando o que eu teria para oferecer àquela paciente que se encontrava em estado de desamparo, desesperança e depressão, com todas as perdas por que passam os pacientes que se tornaram cegos.

Penso que o fundamental para mim foi perceber que ela estava no consultório, falando, escutando e pensando; logo, havia socorro para ela.

A cada frase Beatriz chorava, tossia, se engasgava, sufocava. Eu me via diante de um bebê.

A primeira providência foi a mudança de *setting* e de horário. Coloquei-a num horário em que me sentisse mais livre se precisasse ultrapassar o tempo da sessão.

Um copo de água mineral fez parte do *setting* durante aproximadamente dois meses, até que minha colega de consultório observou que a paciente não bebia mais a água.

Aos poucos fui localizando-a no *setting*, e ela movimentava-se na sala de espera, no banheiro, e ia buscar água. Mas para entrar na minha sala ela apoiava-se em meu braço, alegando que “a passagem tinha muitas portas que ela não sabia abrir sozinha e tinha medo de se machucar”.

A esta altura, o tratamento começou a funcionar, pois a paciente já se encontrava em nível superior de autoafirmação de suas atividades diárias. A depressão estava controlada com medicação, o que se recusara a usar até então, e também podia se alimentar sozinha.

Durante a depressão, Beatriz passava os dias na cama “embaixo do cobertor”, completamente isolada. Percebi que a depressão estava não só ligada à perda de visão somada a outras perdas, mas também servia para conter a cólera no estreito foco da

dificuldade conjugal. Havia o desejo de manter o atual “marido” aposentado como seu enfermeiro, pois dessa forma estaria punindo-o e controlando-o ao mesmo tempo. Sua relação com o marido diferenciava-se das demais (filho, nora, netos) por uma gratificação masoquista. Beatriz estava convencida de que a relação com o marido estaria garantida se continuasse no comando, mesmo “embaixo do cobertor”.

Ao entrar em contato com as perdas, enfrentando o que poderia e o que não poderia ser modificado, passou a funcionar num nível de escolha até então desconhecido. Já podia escolher o caminho para o consultório, quando antes achava que não fazia diferença vir pelo túnel ou pela praia já que “não enxergava nada mesmo”. Também começou a frequentar o supermercado com uma auxiliar e a escolher a marca dos produtos que queria usar.

Foram muitos momentos difíceis, pois a paciente vivia a esperança de voltar a enxergar. Sem mais possibilidades no Brasil, surge uma esperança nos Estados Unidos. Confesso que nesse momento entrei em estado de mania com a paciente, pois era muito agradável sonhar.

A paciente voltou de viagem sem enxergar. O transplante foi mantido, pois até então havia sempre rejeição, mas o nervo ótico estava irremediavelmente lesado.

A tarefa era ajudar no *insight*, auxiliando a paciente a livrar-se de métodos inúteis de conduta, facilitando a evolução de ideias no sentido de mudança e ajudando-a a suportar a ansiedade e a incerteza do processo de mudanças, não das sonhadas e desejadas, e sim das possíveis.

Sua capacidade de reconhecer um sentido na vida, considerando as atuais limitações, veio através dos netos.

As perdas não foram preenchidas, e a depressão não podia ter desaparecido. Mas acredito que ela tenha encontrado uma forma de “conviver” com elas. Neste caso, “trabalhos manuais” são importantes para quem se interessou por eles em algum momento, mas não teve a oportunidade de realizá-los. Não deve ser uma tarefa imposta, algo que tenha sobrado ao paciente. Hoje, no IBC, há várias opções oferecidas, de informática a marcenaria, mas a escolha é respeitada.

Muitos foram os momentos difíceis que enfrentei, onde ficava clara a angústia. Eu a identificava, mas a interpretação seria de pouco ganho.

São inúmeras as situações de regressão às quais os pacientes graves chegam, onde o analista tem que ter criatividade, pois não cabe, na hora, interpretação. Acredito que o meu trabalho com crianças portadoras de necessidades especiais muito me ajudou nestas situações.

A situação edípica da paciente era bastante comprometida. Expressava um ódio mortal pela mãe, pois dizia que esta só foi mulher para o pai, nunca se importou com os

filhos, e acreditava que ela não queria filha mulher. O pai, apesar de ter sua admiração na infância, era sentido por ela como fraco.

Beatriz acabou sofrendo sucessivas cirurgias durante períodos que se prolongaram até 20 meses, sem resultados satisfatórios.

Bem mais tarde esta paciente me foi encaminhada, para desenvolver trabalhos manuais no Instituto Benjamim Constant. Diminuindo as defesas, ela tomou conhecimento de quanto contribuiu para o agravamento da doença, e quão pouco cooperou com o tratamento e a equipe médica:

1. Continuou usando as lentes.
2. Misturava ou esquecia a medicação por estar muito ocupada, trabalhando.
3. Não voltou ao médico na data marcada e fazia peregrinação para confirmar diagnóstico e medicação.

Este foi o único ponto de igualdade com o caso que apresentarei a seguir, obviamente com diagnóstico diferente.

Em 1978, a paciente havia sofrido cirurgia para retirada dos ovários (seu primeiro órgão de choque), chegando a fazer quimioterapia. Alegou ter resistido muito bem, pois o câncer não a impediu de trabalhar, e a sua presença era disfarçada. A perda da visão, por outro lado, lhe era impeditiva, imobilizando-a em vários aspectos conforme descrito anteriormente (ver “Reações à perda de visão”).

A paciente segue seu caminho com ajuda, um nível razoável de independência, os ganhos obtidos em relação ao comportamento inicial ao tratamento foram muitos, não resolvendo a perda de visão, mas uma melhor forma para visualizar soluções de seus problemas na reabilitação.

Caso 2

Tratamento: aproximadamente seis meses. Fernando, 43 anos, casado, chegou ao consultório também, acompanhado da esposa, porém com boa mobilidade e perfeito domínio da bengala. Ele já tinha passado pelo IBC e veio encaminhado por profissional da Instituição.

O paciente perdeu a visão num desastre de automóvel em que dirigia alcoolizado, já tendo sofrido outros acidentes pelo mesmo motivo. Tinha consciência de seu alcoolismo e frequentava o AA, contando com a participação da família nas reuniões.

Longe da depressão e da perda, encontrava-se em quadro que considero “maníaco”, com todos os que se propuseram a ajudá-lo, pois havia uma total negação por parte do paciente e da família.

A ajuda que recebia da família era comovente em muitas situações, mas em outras era desastrosa, pois o mantinha em grande dependência.

O paciente tinha boa situação financeira, prestígio e era responsável pelo sustento da família, mas após o acidente de carro foi despedido pela empresa. A esposa, que não trabalhava fora, passou a ter o controle das despesas, e o paciente assumiu a função “materna” com os filhos.

As oportunidades de trabalho eram de pouca eficácia e o colocavam sempre em situações que o expunham.

Fernando não falava de suas perdas, limitando as sessões ao desejo de vencer a barreira financeira. Entendia a dificuldade que sentia na perda do seu papel de provedor ativo para passivo, e a competição com a esposa. No nosso contrato combinamos que não o receberia alcoolizado, pois ele pouco poderia aproveitar do tratamento. Respeitava, em tese, mas quando bebia usava a secretária eletrônica ou telefonava para a minha casa em horários impróprios.

Eu nunca soube detalhes do acidente, pois ele começava a contar várias vezes, mas mudava de assunto. Tentei mostrar que a situação deveria ter sido muito difícil, pois parecia que ele tinha medo de falar, como se fosse vivê-la novamente.

O paciente ficou pouco tempo e não senti nenhuma mudança. Interrompeu o tratamento alegando que as filhas e a mulher estavam precisando de tratamento dentário, que ortodontia era muito caro mas que elas precisavam da correção.

Tentei mostrar que ele acreditava que para as filhas havia correção, mas era como se ele imaginasse que eu não poderia fazer mais nada para melhorar o seu estado. A esposa também veio falar sobre o pagamento, não podendo experimentar uma nova visão da vida, pois havia uma dificuldade maior dele se tratar, embora para esses casos eu tenha uma disposição para o pagamento simbólico.

Nos dois casos apresentados, acredito que se esses pacientes tivessem sido encaminhados para tratamento psicológico quando o quadro clínico começou a complicar, talvez pudessem ter se conscientizado de uma maior cooperação no diagnóstico e no tratamento.

Assim como Beatriz, Fernando não perdeu a visão de imediato; havia um quadro de tratamento. Imagino que estas perdas devem acontecer não só com a visão, mas com outros órgãos, com grande participação do paciente. Sempre existe uma outra ocorrência grave como pano de fundo, onde a doença sempre traz um ganho, ainda que secundário.

Fatores importantes para a reabilitação

Os autores pesquisados falam que uma boa reabilitação do paciente e que a ausência de maiores distúrbios afetivos podem ser atribuídos ao cuidado recebido no início da ocorrência e no hospital, ao apoio da família, à sua personalidade saudável e, principalmente, à sua visão otimista da vida.

Pacientes abertos a mudanças e envolvimento e que encaram a mudança como um desafio e não como uma ameaça também apresentam boa recuperação.

Há pessoa ajustada, adaptada à “verdade” segundo as necessidades da situação, enquanto que o desajustado mantém-se no “erro” inicial mesmo quando este já não lhe oferece nenhum ganho.

A capacidade de reconhecer um sentido na vida, considerando as atuais limitações, ajuda na reabilitação a obter uma satisfação interna que é impossível diante de um questionamento intelectual.

A reabilitação dependerá de vários fatores:

- a) da estrutura do ego;
- b) do nível de frustração que o paciente é capaz de suportar;
- c) da quantidade de limitações que a cegueira lhe impõe (ex. grau de necessidade de visão em sua vida profissional);
- d) da reação do grupo familiar;
- e) do tipo predominante de caráter: marcado pela dependência ou sado-masoquista, que se satisfaz com a cegueira;
- f) das realizações do paciente em sua vida até o momento da perda;
- g) da sua estabilidade emocional;
- h) das responsabilidades antes da perda de visão;
- i) da faixa etária do paciente.

Pontos negativos para a reabilitação:

- a) sabe-se que a falsa esperança não só atrasa como impede a reabilitação;
- b) a ajuda da família com relacionamento “excessivo” e “desmedido” provoca um comportamento regressivo, permanecendo a dependência do paciente.

Conclusão

Embora a psicanálise esteja hoje bem difundida na mídia e no âmbito cultural, encontra-se ainda muito isolada e distante do trabalho da equipe médica. Este trabalho reflete minha convicção de que muito pode ser feito na área oftalmológica e o meu desejo por uma psicanálise dinâmica, aplicada, que se aventure ou que volte (como o fez Freud em 1885, quando ao pesquisar perturbações histéricas da visão, estagiou durante três meses em oftalmologia em Viena) para a área institucional numa atuação multidisciplinar. São vários os níveis em que a psicanálise pode atuar: preventivo, terapêutico, de reabilitação e profissionalizante, sempre auxiliando o indivíduo e a instituição a funcionarem melhor.

Não pretendo esgotar o tema, pois estou apenas iniciando o estudo e pretendo continuar refletindo, já que sinto que ele é muito rico e não se aplica apenas a pacientes com perda de visão.

Concluo o trabalho consciente da minha “cegueira” para muitos aspectos desconhecidos da teoria e da prática. Espero, no entanto, continuar com o desejo e a curiosidade para sempre considerar um ângulo novo nas coisas que não conheço, aprofundar minha intuição em busca da compreensão e fugir da tentação e do perigo de aprender a ver, ficando assim impossibilitada de ver o novo.