

EFEITOS PSICOLÓGICOS DA CEGUEIRA (*)

Dr. Richard Kanner — S. Paulo

A oportunidade de falar sobre os efeitos psicológicos da cegueira não nos põe na situação de apresentar os nossos conceitos com a pretensão de estarmos com domínio absoluto neste campo. Afigura-se para nós, isto sim como uma possibilidade de que temos de confrontar nossos estudos e observações com os participantes dêste congresso, oportunidade essa que agradecemos aos organizadores do mesmo e a todos que a prestigiam com a sua presença.

Uma das opiniões que nós acreditamos poder expor sem levantar objeções, é o fato que não encontramos nenhuma repercussão que pudesse ser encarada como privativa da cegueira. Muitos mitos têm se formado a êste respeito, mas uma observação acurada e isenta de fatores emocionais nos levará à conclusão que os fenômenos observados obedecem a uma dinâmica que podem ser vistos também em outras situações que não dizem respeito à cegueira. Em outras palavras, a patologia mental encontrada obedece às formas da psicologia do homem isento de perdas sensoriais. Os sintomas, êstes sim podem apresentar uma certa especificidade que pode ser relacionada com a perda da visão, mas as causas dos mesmos não. Assim podemos citar os anopsismos como um sintoma praticamente específico, mas êles podem ser perfeitamente enquadrados como maneirismos que são contraditórios em uma série de moléstias que nada têm a ver com a cegueira.

Dito isto, pedimos permissão para situar alguns aspectos básicos da conduta psicológica do homem.

Um dêsses aspectos é a tendência do homem de negar a sua fraqueza e se tornar o mais forte possível para evitar frustrações e sofrimentos. Ser fraco significa ser dependente e ser dependente por sua vez, significa não poder controlar as coisas ao redor de si. Com isto o individuo cria um amplo campo de possibilidades para as suas fantasias. Por isso observamos especialmente na criança uma fortíssima tendência à fantasia, tendência essa que vai diminuindo na medida em que ela cresce, já que a sua fraqueza diminui. Por várias razões estas fantasias podem persistir mesmo no adulto. De modo que, um dos elementos recomendáveis na educação, é pôr o individuo o mais possível em contacto com a realidade, da qual, como vimos há pouco, êle se defende intensamente.

Se êste trabalho educacional não é feito, pode acontecer que êste

(*) Tema exposto no I Congresso Brasileiro de Reabilitação

indivíduo que mantém o seu potencial fantasioso intacto, confrontado com uma situação frustradora qualquer, enfrenta a mesma com recursos completamente inadequados, procurando sempre negar a situação real e portanto, deixando de lado, recursos mais adequados. Esta inadequação por sua vez resultará em prejuízos maiores podendo então eclodir situações catastróficas.

Mesmo o indivíduo no qual nada se nota de anormal no convívio social apresenta um certo grau de falta de senso de realidade, mas que não chega a ter maiores consequências. Já o neurótico e muito mais o psicótico apresentam um afastamento grande da objetividade. O cliente no entanto não se permite ver isto claramente e a sua interpretação em relação à sua incapacidade de viver de uma maneira integrada, será de atribuir os seus insucessos a prejuízos internos ou externos, nos quais nenhuma culpa lhe cabe.

Esta problemática se aplica ao deficiente visual. Se não for orientado ele tenderá a negar a cegueira: — o ambliope constitui neste sentido o maior contingente — ou então a sentir a sua perda como uma situação que nenhuma remédio tem e que terá que se resignar a ser um semivivo. Ambas as situações são fictícias e dentro delas surgem então as manifestações que são objeto dos nossos cuidados: tendência ao isolamento, idéias delirantes de prejuízo ou de grandeza, fantasias a compensar a falta de prazeres reais, anopsismos, verbalismos, etc. etc.

Estas situações psicológicas são reforçadas ainda com as reações familiares que costumam sentir a cegueira de um dos seus membros como uma situação que lhes valerão desprezo do meio social em que vivem, e que então reacionam com atitudes que só alimentam os desvios psíquicos do cego. Encontramos então superproteção, rejeição, negação, tudo enfim, menos a aceitação do fato em si e a procura de meios corretivos.

O que nós expusemos até agora é verdade em traços gerais para a cegueira congênita ou tardia, para a cegueira total ou para a ambliopia.

Os quadros que nós encontramos então são de tipo neurótico nas suas várias formas ou então síndromes paranoides ou depressivos.

No entanto nós cometeríamos um pesado erro se nós nos propuséssemos a manipular estes quadros como eles habitualmente são manejados na clínica psiquiátrica. Não devemos nos esquecer que o cego sofreu uma perda real e por sinal muito séria e que uma das consequências desta perda é justamente a perda da capacidade de perceber a realidade no seu aspecto visual. A tendência portanto de fantasiar e de formar esquemas de reação inadequados tem portanto nele, uma base objetiva, ao contrário do cliente comum de clínica psiquiátrica e que tem o seu sensorio íntegro. A sua desconexão com a realidade tem motivações completamente diferentes.

Sintomatologicamente portanto, os quadros podem se confundir mas os agentes causais são diferentes.

Convém portanto, sempre levar em considerações no tratamento psicológico do cego, a sua situação específica. No caso de se tratar de cegueira congênita ou então de situação estabelecida em crianças, o trabalho deverá ser no âmbito familiar e escolar. Se a eclosão da deficiência se verificou no indivíduo adulto, então teremos que trabalhar o próprio cliente, mas com um sentido precipuo de reabilitação e o seu ambiente familiar e de trabalho. Neste último adquire especial importância estabelecer-se de uma maneira bem nitida a solidez da personalidade do cliente antes da instalação da cegueira. Este estudo é obviamente importante porque o mesmo poderia revelar traços de desequilíbrios anteriores que naturalmente modificarão o esquema de tratamento. Neste ponto queremos citar Cholden que afirma que os quadros psíquicos serão tanto mais de tipo reativo e portanto reversíveis com a educação especializada, quanto mais integra se revelar a personalidade do cliente antes do episódio da perda da visão.

Paradoxalmente, portanto, o cego apresenta possibilidades de recuperação muito mais rápida no seu especto psíquico, do que o portador de afecções psiquátricas, desde que o mesmo apresente desvios psicológicos claramente relacionados com o início da deficiência visual. E a prática clínica demonstra isto cabalmente, pois tivemos oportunidade de observar vários casos em que a remissão do quadro foi surpreendentemente rápida, desde que o indivíduo se submetesse aos processos educacionais e de reabilitação adequados. Diante disto, podemos afirmar que seria uma falha lastimável se uma obra especializada se transformasse em clínica psiquiátrica, embora a situação seja tentadora neste sentido.

Voltando novamente ao plano teórico podemos então sintetizar o nosso pensamento com a tese de que os meios técnicos que hoje possuímos no campo pedagógico e de reabilitação proporcionam excelentes meios de pôr o cego novamente em contacto amplo com a realidade e desta maneira destruir as defesas e as compensações patológicas que naturalmente tendem a aparecer com a sua deficiência visual. A nossa presença como psiquiatras numa obra especializada se justifica então em relação ao cliente apenas no sentido de prepará-lo para se submeter a estes processos.

Estaria com isto esgotada a nossa missão? Acreditamos que não, pois vários anos de atividade permitiram-nos vislumbrar outros tipos de trabalho que a seguir vamos enumerar.

Além do estabelecimento do diagnóstico da situação psíquica do cego teríamos então:

- a) Tratamento biológico, medicamentoso ou psicoterápico conforme o caso.

b) Trabalho de equipe com outros técnicos (professores, assistentes sociais, psicólogos, técnicos em reabilitação).

c) Cursos para os mesmos para familiarizá-los com os efeitos psicológicos do seu trabalho.

d) Campanhas de esclarecimento público para melhor compreensão do mesmo.

Este último ponto parece-nos extremamente importante embora nós tenhamos observado que mesmo em países adiantados do ponto de vista técnico e econômico, tal trabalho é sensivelmente descuidado. Tem o público em geral, mais ou menos o mesmo comportamento que nós observamos dentro da família, isto é, uma atitude ao mesmo tempo superprotetora. Alimenta simultaneamente a mendicância nas suas formas crassas ou encobertas e a segregação do cego do convívio social. Estabelece-se assim o círculo vicioso que permite ao cego inclusive se apoiar na manifestação social para se justificar na sua atitude hostil e agressiva para com a mesma. Pior do que isto é que um dos frutos deste espírito que medra no meio social é que o oftalmologista que é o primeiro elemento especializado com o qual o cego vai sentir pela primeira vez o seu problema, vai postergar o processo reeducativo. Alegando razões de ordem humanitária, ele se nega a dar ao deficiente visual conhecimento completo da sua situação, complicando com isto seriamente o nosso trabalho. E no entanto maior seria ainda o nosso erro se nós limitássemos a condenar o seu procedimento e nada fizemos para modificá-lo. É preciso compreender que ele também deve ter clareza sobre certos aspectos pessoais seus que o impedem de dizer a verdade ao cliente. Se ele procede desta maneira é porque ele também é vítima de angústias das quais ele tem de ser libertado. A mesma coisa acontece ao diretor da escola, ao professor não especializado ou então ao médico da indústria que cuida da seleção de funcionários ou ainda o próprio diretor da mesma. Parece-nos que mostrar simplesmente a estes profissionais que o cego é habilitado para desempenhar múltiplas funções com a mesma eficiência do vidente não é suficiente para afastar dos mesmos uma série de preconceitos que encontram a sua base em raízes de ordem emocional que o tipo de cultura que nós vivemos, aceita perfeitamente, pelo menos por enquanto. Se nós conseguirmos um resultado eficiente no sentido de modificar esta base emocional teremos contribuído inclusive para abrir o caminho na reconsideração de uma série de posições que estão em voga. Pois ninguém poderá negar o fato que a mesma atitude segregacionista é mantida com relação a portadores de outras deficiências físicas ou indivíduos idosos. O saneamento desta conduta teria também o mérito de se perguntar se o ser humano está realmente aproveitando bem as forças com as quais ele pode contar.