UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Sandra Regina Rodrigues

Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana

São Paulo
2009

SANDRA REGINA RODRIGUES

Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título
de mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Escolar e do Desenvolvimento Humano.
Orientadora: Profa. Dra. Laura Villares de
Freitas.

São Paulo

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Rodrigues, Sandra Regina.

Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana / Sandra Regina Rodrigues; orientadora Laura Villares de Freitas. -- São Paulo, 2009.

140 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Deficiente físico 2. Individuação (Psicologia) 3. Psicoterapia breve 4. Psicologia junguiana I. Título.

BF727.P57

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sandra Regina Rodrigues

Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana.

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título
de mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Villares de
Freitas.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A todos que estiveram presentes em minha vida, em palavras, silêncios, expressões, pensamentos... Dentre eles, pais, irmãos e amigos. Ao Guilherme, que hoje simboliza a vivência do amor. E, especialmente, a todos que possibilitaram o nascimento deste trabalho: meus pacientes.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por sua presença intuída e sentida em todos os momentos da realização deste trabalho, desde seu planejamento até se tornar realidade concreta.

À *minha mãe* que com seu corpo também limitado pôde ser o colo atuante e protetor.

Ao *meu pai*, pescador, artesão, imbuído dos arquétipos que me ensinaram a ser como sou.

Aos *meus irmãos*, primeiros a incorporarem o mito do herói desde a minha tenra infância.

Aos *meus sobrinhos*, representantes dos sonhos juvenis, por me ajudarem a não envelhecer.

À professora *Dra. Laura Villares de Freitas*, que com seus generosos braços pôde me orientar nesse meu caminho enquanto pesquisadora, ensinando-me a priorizar aquilo que fugia aos meus abraços.

Ao grupo de orientandos da pós-graduação: *Elenice, Beatriz e Gustavo*, que com suas mãos me guiaram inicialmente no novo percurso. Ao atual grupo: *Marcia, Lydiane, Simone, Elisabeth e Tânia* pela oportunidade diária de novos aprendizados e pela troca sempre frutífera e genuína.

À *Universidade de São Paulo*, por fazer parte da minha trajetória acadêmica e profissional, possibilitando a prática que neste estudo se revela na pesquisa teórica.

Ao *Lar Escola São Francisco*, que me possibilita olhar cotidianamente para minhas próprias feridas no atendimento aos meus pacientes.

À *Cristina Martins Torres Masiero*, pela amizade e generosidade em realizar modificações sempre que possível para que eu pudesse estar corporalmente neste trabalho.

À *Dra. Terezinha Rosane Chamlian* que me inspira no exemplo de firmeza e determinação na prática profissional.

Às secretárias do LESF: *Tamires, Graciete, Carla e Claudete* pela assistência e carinho sempre demonstrados a mim e aos pacientes.

À *Fundação Selma e sua equipe multidisciplinar* pelo acolhimento concedido a mim e aos pacientes que lá realizam seus tratamentos.

À *Associação dos Policiais Militares do Estado de São Paulo*, que com coragem e dedicação auxilia os militares deficientes em sua nova trajetória de vida.

À amiga *Janaina de Carvalho* que com seu contemporâneo projeto de mestrado, compartilhou visceralmente as alegrias e dificuldades deste processo.

À *Silvia Sper Cavalli*, amiga e irmã que pela sincronicidade pôde me acolher em São Paulo, acompanhando meu rito de iniciação nesta cidade e na área de reabilitação.

Aos meus sogros *Kiyoshi e Yoko*, que com seus doces sorrisos e a serenidade oriental me incentivam a continuar nesta jornada acadêmica.

Ao *Guilherme*, por sua alma que me acalenta e seu corpo que me abriga.

Aos pacientes: *Lucia*, por sua coragem e gana; *Sueli*, por sua doçura e vivacidade e *Rogério*, por lutar até o fim. A vocês, meu profundo agradecimento por permitir que eu os conhecesse e por fazerem parte da minha jornada.

RESUMO

Rodrigues, S. R. *Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana*. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

O conceito de individuação, proposto por Carl G. Jung, estabelece que o indivíduo, como um ser *continuum*, em conexão com seu Self é guiado a uma jornada rumo à sua plenitude. Assim, esse processo é interminável e ocorre na vida de todas as pessoas, desde seu nascimento. Quando uma pessoa sofre algum dano que interfere nesse caminho, a oportunidade de mudanças em vários âmbitos se presentifica, sendo importante que o ego integre essa experiência, ocorrendo uma simbolização psíquica. Neste estudo, busco avaliar como o processo de individuação pode ocorrer de forma criativa em pessoas que adquiriram uma deficiência física motora, podendo ser esta propiciadora de modificações necessárias para a promoção de ampliação da consciência. Para isso, utilizo como recurso metodológico narrativas de intervenções psicoterápicas de três pacientes por mim atendidos em psicoterapia breve em centros de reabilitação para pessoas com deficiência física. As causas e os diagnósticos das deficiências são distintos, sendo uma mulher vítima de acidente vascular cerebral, um homem tetraplégico e uma paciente com amputação transfemural. A partir dos meus relatos das intervenções, busquei refletir sobre alguns elementos que se evidenciaram durante o acompanhamento e que me auxiliaram no embasamento de uma psicoterapia breve de abordagem junguiana. Os eixos visualizados durante o processo psicoterápico referem-se a: apropriação da persona do deficiente físico e integração criativa dos aspectos sombrios que caracterizam a perda física; corpo deficiente como símbolo da maneira de se relacionar com o mundo e consigo mesmo; análise do destino que vinha se configurando em contraposição às alterações propiciadas pela deficiência e retomada do caminho engendrado pelo Self, a partir da assimilação criativa da deficiência ao cotidiano. Coloco-me como terapeuta-narradora das intervenções psicoterápicas desses pacientes sob a ótica da psicologia analítica, utilizando como referencial literário a escritora Clarice Lispector, cuja obra se delineia sobre a ficção trágica de contos baseados em histórias de vida. Os resultados observados refletem a importância de um

trabalho multidisciplinar no acompanhamento a essas pessoas e na possibilidade de se resgatar o caminho configurado previamente, embora com modificações importantes simbolizadas no corpo limitado.

Palavras - chave: Deficiente físico, individuação, psicoterapia breve, psicologia junguiana.

ABSTRACT

Rodrigues, S. R. *Deficient body and individuation: a look on people whith acquired physical deficiency through brief psychotherapy of junguian orientation*. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

The concept of individuation, proposed by Carl G. Jung, establishes that a person, as a *continuum* being, in connection with its Self is guided to a journey to its fullness. Thus, this is an endless process and occurs in everyone's life, since birth. When a person suffers trauma that interferes with this journey, the opportunity of changes in multiple scopes is present, and it is important that the ego integrates this experience, occurring a psychic symbolization. In this study, I try to evaluate how the individuation process can occur in a creative form to people with acquired motor physical deficiency, which may bring necessary modifications for the promotion of an amplification of the conscience. So, as methodological resource, I took narratives of psychotherapeutic interventions of three patients attended under brief psychotherapy in different physical rehabilitation centers. The etiologies and the types of deficiencies are distinct: a woman with cerebral vascular event sequel, a tetraplégic man and a another woman with transfemural amputation. Based on the reports of interventions, I tried to reflect on some elements highlighted during the treatment of those patients, which. helped me to apply a brief junguian psychotherapy. The cores detected during the psychotherapeutic process refer to: appropriation of physical deficient persona and creative integration of the shady aspects that characterize physical loss; deficient body as symbol of the relationship with the world and himself; the analysis of destiny that was being configured in contraposition to alterations resulting from deficiency, and the return to the way produced by the Self, from the creative assimilation of deficiency to the daily life. I have placed myself as therapist-narrator of those patients psychotherapeutic interventions under analytical psychology view, using as referencial literary the writer Clarice Lispector, whose publications are delineated on the tragic story fiction based on real life histories. The observed results the need for a multidisciplinary approach to this kind of patients and for the possibility of rescuing the way configured previously, even so with symbolized important modifications in the impaired body.

Keywords: physical deficient, individuation, brief psychotherapy, junguian psychology

CORPO DO TEXTO

Apresentação.....	10
--------------------------	-----------

I. Introdução

1.1. Experiência pessoal	
1.1.1. Um pouco da minha história.....	12

1.2. Aspectos Teóricos

1.2.1. Aspectos médicos: deficiências físicas abordadas neste trabalho.....	13
1.2.2. Instrumentos que auxiliam a locomoção.....	17
1.2.3. A psicologia analítica como base referencial.....	19
1.2.4. Outros apoios: Ligia Assumpção Amaral, Maria Julia Kovács, Walter Benjamin.....	20
1.2.5. Inspiração literária: Clarice Lispector.....	22
1.2.6. O uso da psicoterapia breve no acompanhamento institucional.....	23

II. Contextualização e Relevância.....	27
---	-----------

III. Método e Objetivos

3.1. Objetivos.....	33
3.2. Justificativa.....	34
3.3. Método e ferramentas.....	35
3.3.1.O uso de intervenções psicoterápicas enquanto metodologia utilizada.....	35
3.4. Questões éticas.....	38

IV. Narrativas de intervenções psicoterápicas

4.1. Vidas em histórias.....	39
4.2. O significado de uma perda.....	42
4.3. A limitação como possibilidade vivencial.....	52
4.4. Não se anda somente com as pernas.....	61

V. Análise das histórias

5.1. Persona e sombra nas deficiências físicas motoras.....	74
5.2. O corpo como expressão simbólica da relação com o mundo e consigo mesmo.....	85
5.3. A psicologia analítica de Carl G. Jung e o conceito de destino.....	95
5.4. A deficiência física como catalisadora para o processo de individuação.....	102
5.5. Individuação e morte.....	109

VI. Considerações Finais

6.1. Propostas de intervenção psicológica na abordagem junguiana para pessoas portadoras de deficiência física.....	114
6.2. Reflexões para uma possível conclusão.....	121

VII. Referências129

Apêndice

Termo de consentimento.....	138
-----------------------------	-----

Apresentação

O médico só age onde é tocado. Só o ferido cura

(Jung)

Ao iniciar este trabalho, deparei-me com a minha busca em conciliar a prática profissional que nasceu ao trabalhar em instituições que atendem a pessoas portadoras de deficiências físicas a todo arcabouço teórico que sustenta a mesma. Pensar sobre o impulso do Self no processo de individuação traduz sinteticamente o papel do terapeuta junguiano na sua jornada clínica. Assim, tornou-se premente refletir acerca dos aspectos mobilizados a partir da vivência de um corpo com deficiência física motora adquirida, que se transforma e se obriga a reformular projetos que acarretam mudanças na própria jornada iniciada, que ora deve ser alterada. Para Jung (1975, p.358), o Self é o representante da totalidade do homem e “é também a meta da vida, pois é a expressão mais completa dessas combinações do destino que se chama: indivíduo”. Assim o Self funciona como um gerador de aspirações que vão de encontro ao nosso caminho de individuar-se. Segundo Whitmont (1991), ele é o representante de uma entidade transpessoal, que exige ser concretizada da melhor forma possível em termos de possibilidades e limitações.

Imaginar que o Self possa nos impulsionar para a realização de nossos projetos parece ser uma proposta relativamente simples, mesmo quando consideramos nossos conflitos cotidianos, porém perceber como isso ocorre após a perda de funções motoras, que comprometem não somente a imagem, mas todo o projeto vivencial, ou como prefiro aqui – *destino*, é o que me estimula a relatar neste trabalho as histórias ouvidas todos os dias no contexto institucional. Compartilho com Whitmont (Ibid, p.227) ao considerar o termo destino em alusão ao desafio de viver, assim este conceito:

não implica um determinismo fatalista nem a predestinação calvinista. Constitui um padrão pré-pessoal, porém individual de uma totalidade intencional (...) Dessa maneira, o destino é um desdobramento do arquétipo do Self no tempo e no espaço.

Refletindo sobre o mesmo projeto e objetivo em contextos institucionais, a partir da minha própria experiência, ocorrem mudanças significativas no que concerne ao enquadre, *setting*, tempo e período de duração da sessão e outras variáveis próprias e específicas de cada instituição. Cito essa diversidade, pois acredito que seja importante para a compreensão deste trabalho, que ocorre dentro de instituições que atendem a pessoas portadoras de deficiência física. Porém, o objetivo aqui não é analisar o conjunto institucional, mas apresentá-lo para

fins de contextualização da prática. A essa pluralidade singular, junta-se o fato de estudar casos de pessoas que adquiriram alguma seqüela física (por situações e conseqüências diversas) e assim assumem, hoje, a deficiência em seus projetos de vida.

Sabemos que a transformação ocorrida atinge todos os aspectos de seus sentidos. As marcas físicas, explícitas, pontuam modificações que ficarão permanentes na experiência pessoal, gerando, inicialmente, um contato difícil com o mundo e consigo mesmo. A não aceitação do acometimento que arrebatou, previamente, qualquer possibilidade de continuidade desperta sentimentos negativos, que podem ser projetados a toda experiência externa e vivenciados como elementos da sombra, segundo a definição junguiana.

Com efeito, lanço-me à proposta de investigar como o advento da deficiência física pode ser vivenciado na jornada de individuação de pessoas cujos projetos, necessariamente, foram alterados após o mesmo. Para isso, remeto-me a reflexões teóricas de embasamento junguiano, utilizando de conceitos que irão permear e expressar os princípios que norteiam minha prática clínica.

Simbolicamente, a deficiência assume a representação da maneira como o sujeito vai se reconstruindo no mundo a partir dessa experiência, que afeta seu corpo. A esse respeito, Hillman (1996, p.96) demonstra que cada acontecimento na vida de uma pessoa tem um propósito, uma intenção; assim “os movimentos acidentais nem atrasam nem adiantam o projeto principal. Antes, dão-lhe uma nova forma, como se o curso e o próprio barco estivessem sendo reestruturados pelas reações da alma aos acontecimentos da vida”.

Introdução

1.1. Experiência Pessoal

1.1.1. Um pouco da minha história

... sempre experimentei dar livre curso àquilo que irrompia em mim, a partir do íntimo
(Jung)

Escrever está em mim, como todos os poros de meu corpo, como as entranhas que refletem aquilo que sou e vivo. Assim, contar as histórias que ouço diariamente significa revelar no papel o que está inscrito em meu ser. Sempre tive a petulância de projetar minhas sensações e vivências na arte de escrever. Não considero que sejam diários, porque nem é diariamente que as palavras se personificam e se espalham pelo papel, mas quando isto acontece, as vivências se revelam, como retratos de paisagens sentidas. Assim, este trabalho assume, para mim, o sentido de desvelar uma experiência prática, transformando-a e me modificando através da viagem teórica.

O meu trabalho com pessoas portadoras de deficiência física se iniciou em 2000 ao assumir a função de psicóloga numa instituição para crianças excepcionais na cidade em que eu residia, no interior do Estado. Naquela época, recém-formada, não conseguia ter a dimensão do que era esse tipo de trabalho e abracei a oportunidade pela necessidade de trabalhar e iniciar a minha própria jornada na área em que havia escolhido atuar. Realizei, então, alguns cursos que me possibilitavam ampliar meus conhecimentos teóricos acerca dessa prática. Porém, havia um chamado interno que me impulsionava a sair do interior e me lançar na cidade que tanto me encantava com seu concreto vivo e seus abundantes braços.

Após passar por um processo seletivo, fui trabalhar numa associação de deficientes físicos militares em São Paulo, onde pude abrir os olhos para esse universo tão diferente e pouco, na época, conhecido por mim. O fato de aquela instituição ser gerida por ex-policiais militares portadores de deficiência física possibilitou que o meu estranhamento inicial se dissipasse naturalmente. Não eram apenas os pacientes que portavam deficiências, mas toda a diretoria da instituição, que peculiarmente compunha a maioria dos funcionários da mesma.

Assim, a tal assimetria, que geralmente caracteriza os relacionamentos entre pessoas ditas “normais” e pessoas deficientes, era ali permeada por relação de poder, que também cria assimetria. Talvez por essa razão, o diferente, ou o deficiente não assumiu valor de falta de

eficiência, como a palavra designa. Esse trabalho representou para mim muito mais que uma possibilidade de atuação profissional, já que corporificou e caracterizou o meu desejo (destino?) de estar em São Paulo e me impelir ao desafio de viver sozinha nessa cidade (mas essa é uma outra história...).

Após dois anos, fui trabalhar em outro centro de reabilitação (onde atuo profissionalmente até o momento), estruturalmente maior que o anterior, mas com objetivo semelhante: atender ao portador de deficiência física em seus múltiplos sentidos. Neste venho realizando meu trabalho no atendimento individual e em grupo a pessoas portadoras de deficiências físicas, abrangendo um vasto campo de diagnósticos e prognósticos, ou como podemos dizer, de deficiências e eficiências. Esse trabalho também se destaca pela interdisciplinaridade, já que alguns atendimentos em grupo ocorrem com a presença de profissionais de outras áreas da saúde, bem como o encontro da equipe em reuniões clínicas para discussão de casos.

Para a manutenção do sigilo e proteção dos pacientes cujas histórias serão aqui desveladas, optei por não identificar os nomes das instituições nas quais iniciei meu percurso profissional e realizei meus atendimentos.

E aqui estou, agora, após essa incursão pelo caminho da prática, iniciando a minha jornada de individuação enquanto pesquisadora, com o objetivo de escrever e expor o que aprendo, vejo e sinto durante os atendimentos com pessoas que portam deficiências, a fim de refletir e propor possibilidades na prática psicoterápica.

É preciso ter a experiência e é preciso ser capaz de falar sobre ela. Não somente para haver o reconhecimento da comunidade, mas também para poder se dar o meu próprio reconhecimento, isto é, para a elaboração da vivência e sua integração à consciência (FREITAS, 1990; p. 77).

A minha estrada parece ser um pouco diferente do que ocorre em grande parte das vezes, ou seja, da teoria à prática. Nesse aspecto, aproximo a minha forma de pesquisar ao modo como Jung formulou seu método, fazendo da prática a sua teoria. Venho, mais uma vez seguindo um impulso que me faz estar corporalmente presente neste trabalho, pois escrever significa retomar o que sempre estive em mim.

1.2. Aspectos teóricos

1.2.1. Aspectos médicos: deficiências físicas abordadas neste trabalho

Serão abordadas algumas deficiências físicas adquiridas, que devem ser definidas previamente para elucidação do texto que se segue. Assim, proponho refletir acerca das histórias de vida de três pessoas, sendo uma com amputação de membro inferior, outra com seqüelas de lesão encefálica adquirida por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e um paciente acometido por Lesão Medular. Todas estas são deficiências de ordem motora, embora possam trazer alguma seqüela cognitiva, como no caso do Acidente Vascular Cerebral.

Para maiores esclarecimentos dos termos utilizados, reporto-me a Ribas (1985, p.10) que fez um resumo de como a expressão *deficiente* se empregou e quando deve ser utilizada a partir da *Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes* aprovada pela Assembléia Geral da ONU.

O termo ‘pessoas deficientes’ refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais.

Por amputações entendemos a ablação parcial ou total de um membro ou parte dele, devido a trauma ou procedimento cirúrgico. Nas amputações de membros inferiores há predomínio de alterações vasculares, seguidas por um número decrescente devido a trauma, infecção e tumores.

Na reabilitação de amputados é importante que se considerem dados do paciente referentes à idade, tempo de lesão, nível de altura da amputação, comorbidades e outros que podem influenciar no tratamento. O período inicial do acompanhamento, antes da protetização é o que chamamos de reabilitação pré-protética, que compreende o período entre o pós-operatório imediato e a colocação da prótese. Neste período ocorrem orientações gerais por parte do médico com relação ao posicionamento, massagens no coto; condicionamento físico e a reabilitação protética, que compreende a aprendizagem para a utilização da prótese definitiva.

Em termos psicológicos, a intervenção psicoterápica tem por objetivos específicos acolher o sentimento de perda decorrente da amputação e de forma geral trabalhar os aspectos emocionais conseqüentes à mudança corporal para melhor assimilação da nova condição de vida. A sensação fantasma é bastante comum nas pessoas que sofreram algum tipo de amputação e pode, inclusive, auxiliar na propriocepção¹ necessária ao uso da prótese. Nos

¹ Propriocepção é a capacidade de reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação sem necessitar da visão. Este tipo de percepção permite a manutenção do equilíbrio e de diversas atividades práticas.

casos em que existe dor fantasma, o médico geralmente prescreve algum recurso medicamentoso para o alívio da mesma.

As lesões medulares encontram-se entre as mais difíceis patologias que podem acometer uma pessoa, já que causam grande incapacidade por perda das funções motoras e reflexas abaixo do nível da lesão. O grau de lesão (completa, incompleta, nível) é geralmente determinado após 72 horas do trauma. Nas lesões incompletas ocorre preservação parcial da sensibilidade, da motricidade ou de ambas abaixo do nível da lesão. Nelas, o prognóstico é variável e imprevisível na fase aguda, podendo haver preservação mínima de funções sensitivas ou motoras ou recuperação praticamente completa.

A reabilitação psicológica em pessoas com lesão medular assume características peculiares, já que comumente passam por estágios semelhantes, como os descritos por Kubler-Ross (2002) ao falar sobre pacientes com prognóstico reservado. Geralmente ocorre a negação, na qual o paciente não consegue assimilar a extensão de seu problema; o choque, com sentimento de raiva pela notícia do diagnóstico, mas como mecanismo de começar a “entender” o que lhe aconteceu. Pode seguir uma fase de depressão, quando ocorrem maior consciência e integração das informações dadas pelos profissionais acerca da gravidade do caso. Passada esta fase, muitas vezes ocorre a revolta baseada na indignação e conformidade com o fato ocorrido. A quarta fase acontece quando há uma adaptação às novas condições físicas e psicológicas, com maior reintegração familiar, social e profissional. Essas fases variam entre os pacientes, pois características como a personalidade, suporte familiar, aderência ao tratamento e outras devem ser consideradas. Kubler-Ross afirma, ainda, que o sentimento de estar sendo cuidado traz grande conforto ao paciente e é o fato que mais auxilia na reabilitação.

A intervenção psicoterápica visa entender o momento específico vivenciado pelo paciente. As fases acima mencionadas podem ocorrer em todos os diagnósticos citados aqui, mas na pessoa que adquire uma lesão medular, elas se verificam de forma mais explícita, tendo em vista os conceitos teóricos que se aprofundam sobre as consequências da lesão.

Outro agravante que abala muito as pessoas que sofrem lesões medulares é o fato de terem sua sexualidade grandemente alterada devido ao acometimento físico. “Os distúrbios da função sexual variam conforme o nível da lesão medular, sendo que nos homens de maneira geral, a ereção está mais frequentemente preservada nas lesões incompletas e nas lesões mais

altas” (CHAMLIAN, 1999; p.72), ou seja, nos pacientes que tiveram lesões acima da região sacral a ereção reflexa² geralmente é preservada.

Nestes casos a ejaculação está mais comprometida do que a ereção em geral, podendo também estar enfraquecida por paresia da musculatura estriada perineal, causando contrações insuficientes para expelir o esperma (Ibid.).

No caso das mulheres acometidas por lesão medular, a questão sexual também é complexa, devido ao déficit de sensibilidade na região genital, ocorrendo várias dificuldades, que vão desde a falta de lubrificação, até a complexidade dos movimentos que ficam restritos. Com relação ao orgasmo, grande parte das mulheres continua tendo essa sensação, porém a necessidade de estímulos em outras regiões do corpo se torna muito importante. Todas as mulheres que adquiriram lesões na medula necessitam de uma maior e duradoura estimulação genital do que antes do acometimento. Para isso, é importante que também o parceiro colabore no reconhecimento do corpo de sua mulher. A exploração da intimidade física através do beijo, do toque e de carícias é o que vai contribuir para uma vida sexual prazerosa e saudável.

Devido aos diversos comprometimentos vesicais que a pessoa com lesão medular possui, a vivência da sexualidade acaba se prejudicando também, assim é importante que o parceiro sexual esteja familiarizado com a prática de cateterismo vesical, rotina intestinal e posições favoráveis para a realização do ato sexual. O parceiro também deve ser orientado a assumir uma função mais ativa para facilitar a penetração e movimentação.

O Acidente Vascular Cerebral é o “enfarto cerebral devido à isquemia ou hemorragia, causando comprometimento da função cerebral ou déficit neurológico focal agudo” (Ibid, p.102). É considerado o problema neurológico mais comum no mundo, sendo a terceira maior causa de óbito no mundo ocidental. Podem-se considerar como fatores de risco a idade, a hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, os *diabetes melitus*, tabagismo, obesidade e outros fatores comportamentais.

Nesses casos, a psicoterapia tende a resgatar o grau de responsabilidade decorrente do estilo de vida que propiciou tal situação e possibilitar mudanças que contemplem a reconstrução de uma identidade que permita maior valorização da vida e resgate de valores emocionais e físicos. O trabalho de estimulação neurológica também assume importância, já que a pessoa acometida por lesões encefálicas pode sofrer alterações cognitivas, gerando

² A ereção reflexa é gerada por estímulos nos órgãos genitais, que chegarão até a medula, que responderá com comandos que levarão à ereção, caracterizando um arco reflexo, independente de estímulos do cérebro.

déficits de memória, dificuldades de atenção e concentração, além de influenciar em aspectos emocionais, podendo culminar em estados depressivos ou maníacos.

Geralmente, as pessoas que sofrem algum tipo de seqüela física procuram por tratamentos em centros especializados, pois neles podem contar com uma equipe multiprofissional, que atende ao indivíduo em seus diversos aspectos, conciliando e integrando o corpo à mente, a alma à matéria, promovendo uma visão mais plena do homem em suas múltiplas potencialidades. Os tratamentos mais usualmente realizados são: fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional; em alguns casos, também pode ocorrer tratamento psicopedagógico e na área de arte-terapia. O trabalho multidisciplinar em instituições para portadores de deficiência física visa à retomada de funções anteriormente exercidas, bem como a aquisição de novas aptidões, dependendo das limitações. A psicoterapia, nesse contexto, contribui também para a conscientização das responsabilidades do paciente sobre seu tratamento, bem como à aderência necessária dele e dos familiares envolvidos nesse processo, visando ao retorno do máximo de autonomia que o paciente possa adquirir frente à sua atual condição.

Para complementação, é interessante citar que além dessas deficiências citadas, existem outros tipos de seqüelas físicas decorrentes de quadros neurológicos e neuromusculares, além das deficiências congênitas ou adquiridas na infância, como as seqüelas de poliomielite, de anóxias cerebrais entre outras.

1.2.2. Instrumentos que auxiliam a locomoção

Nas deficiências físicas motoras, é comum o uso de auxiliares para facilitar, ou mesmo, promover maior independência e autonomia para a pessoa que adquiriu a seqüela. Vários aparelhos começam a fazer parte da vida, sendo incorporados à rotina e *anexados* ao corpo, geralmente após um período de assimilação do quadro, ou em algumas situações, logo após a aquisição da deficiência, como é o caso dos aparelhos de oxigênio e traqueostomias.

Nas histórias trazidas a este trabalho, os auxiliares mais citados serão as muletas, as bengalas, a prótese de perna e a cadeira de rodas. Estes são instrumentos necessários à locomoção da pessoa com deficiência física motora, cujo comprometimento não permite a locomoção independente, ou seja, sem o uso de auxiliares. As muletas e bengalas são utilizadas quando o quadro físico apresenta dificuldades mais leves do ponto de vista motor, no qual outras partes do corpo, como a perna contra lateral e braços são usados na

deambulação. Pode ocorrer, também, uma gradação no uso de auxiliares, conforme a gravidade do caso, iniciando-se com cadeira de rodas, evoluindo para o andador, muletas e posteriormente bengalas, até atingir independência completa, sem a necessidade do uso de auxiliares. Porém, mesmo na utilização de bengalas, ocorrem gradações, como a bengala de quatro pontas e a bengala de apenas uma ponta para casos de maior autonomia.

As próteses de perna são auxiliares funcionais para os casos de amputações e comumente são encaradas inicialmente pelos pacientes, como um instrumento que substituirá o membro perdido. É um objeto carregado de fantasias idealizadoras no que se refere à possibilidade de deambulação e retomada de uma condição psíquica e corporal prévia à amputação. Nesse aspecto, Alves (2006) cita condição semelhante com o uso da prótese dentária que serve para melhorar a qualidade de vida da pessoa, porém sua utilização também pode mobilizar sentimentos de vulnerabilidade, já que sua aparência física se torna comprometida, gerando sensação de fraqueza e impotência. O membro perdido não pode mais ser restituído, entretanto a *perna mecânica* (termo comumente utilizado pelos pacientes) assume um valor de substituição daquele órgão, o que mais tarde pode causar frustrações com relação às expectativas elevadas.

A cadeira de rodas historicamente representa a incapacidade da pessoa de produzir, o que é fruto de uma mentalidade pautada sobre a égide do capitalismo. Ainda, em nossos dias, a cadeira de rodas denota a simbologia arraigada de assimetria quanto às pessoas ditas *normais*. Oliveira (2002, p.78) refere que a mesma até pouco tempo atrás “carregava um pesado estigma da deficiência física com um mal sem cura e sem reparação”. Assim, a aceitação da cadeira de rodas é um processo que pode demandar um tempo maior por parte da pessoa que necessita utilizá-la.

No caso das muletas, do andador e da bengala, a situação se mostra diferente, já que esses instrumentos são utilizados com maior frequência pela população saudável e sem deficiência, como ocorre quando uma perna é fraturada, um joelho é submetido a uma cirurgia e em outros casos similares. Esses auxiliares geralmente representam a melhora da condição física num caso em que houve a necessidade de se fazer uso de cadeira de rodas, ou após alguma intervenção hospitalar de maior tempo ou gravidade. Mas, quando a probabilidade é de que o uso seja permanente, também podem ser encarados como representantes de desvalia e incapacidade física.

As representações inconscientes desses auxiliares vão sempre depender do tipo de deficiência e da forma como está se processando o tratamento de reabilitação. Segundo Alves

(2006) é significativa a percepção de que pessoas que nascem com deformidades ficam cada vez mais satisfeitas após intervenções cirúrgicas, pois se distanciam da imagem anterior e aproximam-se da imagem idealizada, o contrário ocorre nas deficiências adquiridas, já que a tendência é que as pessoas fiquem cada vez mais insatisfeitas após a cirurgia, pois se conscientizam da distância da imagem anterior, desejando o retorno da mesma, que é considerada perdida.

1.2.3. A psicologia analítica como base referencial

Para o embasamento desta dissertação, utilizarei como referencial teórico o arcabouço proposto pela psicologia analítica, que define conceitualmente o que me proponho a estudar e observar. Assim, emprego esta linha de pensamento, baseando-me na teoria de Carl G. Jung e de seus sucessores, que fertilizaram o campo de estudo da Psicologia Analítica com sua abrangência aos conceitos já previamente formulados.

Ao falar sobre o processo de individuação da pessoa portadora de deficiência, reporto-me às definições que permeiam essa área de estudo, como as proposições de Self, persona, sombra e outras que compreendem e abarcam o simbolismo do corpo deficiente. Para tanto, vários autores que seguem o percurso analítico serão utilizados e trazidos ao plano da reflexão, a fim de incrementar com suas teorias este estudo. Pessoas, que com suas pesquisas enriqueceram o campo da psicologia analítica, como Whitmont, von Franz, Hillman, Guggenbühl-Craig, Neumann, Edinger e Jacobi serão de essencial importância no trajeto desta empreitada.

Ao falar sobre persona e sombra, além dos conceitos formulados pelo próprio Jung, também as definições e complementações de Whitmont e Freitas, especificamente, serão considerados. No que se refere aos estudos sobre a questão do destino, reporto-me novamente a Whitmont, além de Gorrésio e Hillman. Ao falar sobre o simbolismo do corpo deficiente, necessariamente cito Ramos, Neumann e Byington, cujos trabalhos são de essencial importância para minhas reflexões. Pensando nas práticas psicoterápicas, assumem grande importância von Franz, Guggenbühl-Craig, além de Freitas. Não conseguiria falar sobre símbolos sem aludir a Edinger e Jacobi, além de Byington e Ramos. Indubitavelmente, essas contribuições permeiam também o meu caminho profissional, seja na situação clínica ou acadêmica. Espero representá-los aqui apropriada e genuinamente.

As conceituações pertinentes ao tema aqui proposto serão explanadas e conceituadas ao longo deste trabalho, especialmente após a exposição dos relatos das sessões. Estes serão

avaliados segundo o embasamento teórico utilizado neste trabalho, que se explicita pela psicologia analítica.

Para fins elucidativos, devo esclarecer que ao me referir ao Self, como arquétipo central da personalidade, utilizarei esta forma em inglês, por ser mais comumente utilizada no meio acadêmico, do que sua forma traduzida “si-mesmo”.

1.2.4. Outros apoios: Ligia Assumpção Amaral, Maria Julia Kovács, Walter Benjamin

Ao pensar na forma escolhida para explicar este trabalho, vários recursos se presentificaram: estudos de caso, entrevistas, relatos escritos ou orais, enfim uma gama de possibilidades acessíveis ao embasamento prático do mesmo. Entretanto, quando refletia sobre todas essas vertentes, uma dissertação de mestrado caiu-me às mãos, anunciando um formato suavemente visceral de se falar sobre um tema que toca, marca e encarna tudo o que é negado e pungentemente velado em nossas vivências. O trabalho de Lígia Assumpção Amaral, que tão corajosamente *resgatou seu passado*³, mostra de forma bastante pessoal como a deficiência pode assumir um cenário lancinante na vida de qualquer pessoa que a apresenta. Lígia defendeu seu mestrado em 1987, com a dissertação “Resgatando o passado: deficiência como figura, vida como fundo”. Nesse trabalho, apresentou um estilo extremamente pessoal ao narrar experiências vivenciadas ao longo de sua trajetória enquanto pessoa portadora de deficiência física. Assim, inovou no que tange aos aspectos formais da academia, mostrando que um estudo qualitativo pode ser exposto de várias formas, sem prejudicar o objetivo a que se propõe.

Lígia era portadora de deficiência física em consequência às sequelas de poliomielite adquirida na infância, fato que embora tenha limitado algumas de suas funções motoras, não impediu que seguisse seu caminho e pudesse se desenvolver criativamente em todos os aspectos de sua vida, como filha, estudante, mãe, esposa, profissional, mulher enfim.

Sinto que a deficiência impregnou, interferiu, conflitou, muito de meu cotidiano. Esse cotidiano construído passo a passo: alegria por alegria, tristeza por tristeza, dor por dor, frustração por frustração, vitória por vitória. Foi, portanto, na transposição de pequenos obstáculos, na vivência das micro-superações, que a deficiência se fez mais presente – mas ainda aí não como grande foco (AMARAL, 2004; p.14).

³ Em alusão ao título da dissertação de Ligia Amaral: “Resgatando o passado: deficiência como figura e vida como fundo” (São Paulo, 1987).

Pôde, inclusive, através de sua experiência encarnada suscitar questões pertinentes à situação da deficiência nos meios externos. Academicamente, contribuiu com sua história de vida no sentido de levar o tema referente às deficiências de forma mais próxima ao contexto dos alunos. Morreu num acidente automobilístico em 2002, deixando sua vida escrita, como recurso para lançar mão de reflexões acerca da deficiência.

Assim, utilizou de sua história de vida como meio de manifestar o trajeto real de uma jornada individual, buscando mostrar a rotina, as diferenças e as similaridades de um existir pautado pela deficiência; baseada, porém, numa vida plena de sentidos.

Ter partilhado minha experiência, minhas vivências, propiciando um tipo de reverberação? Polemizar? Ensejar questões? Suscitar reflexão? Despertar interesse? Desejo muito que sim. Por isso espero que, a esta altura, você tenha alguma indagação voejando dentro de si, alguma reflexão emergindo, alguma inquietação florescendo (AMARAL, 2004; p.15).

Acredito que o formato profundo de se mostrar, assemelha-se ao estilo que também Jung adotou ao abordar seu trabalho. O fato de sempre se tornar presente em tudo o que escrevia, seja através de exemplos pessoais ou casos clínicos considerados ilustrativos, renovou, diferenciando-se da maneira impessoal adotada pelo estilo da época. Assim, considero que ao falar sobre deficiências, influenciada por autores que tão autenticamente se apresentaram em suas obras, posso eu também me submeter ao exercício da delicada e necessária exposição ao narrar as histórias acolhidas e escolhidas por mim.

Também me encontro com outros autores que assumem relevância neste estudo ao falarem sobre corpo, como Stanley Keleman, que com seu “Mito e Corpo” concilia a experiência corpórea ao simbolismo mítico que todo ser humano abarca. Para ele o processo corporal se relaciona à percepção da continuidade do ser humano no tempo, já que o corpo representa a imagem do Self, simbolizando de forma mítica a história vivenciada. “Nosso corpo é um processo. Sua estrutura tem um modo de pensar, de sentir, de perceber e de organizar suas experiências, um modo inato de formar as suas respostas” (KELEMAN, 2001; p.33). Sua formação foi em psicologia existencial, enveredando no caminho da psicologia do sagrado, para posteriormente iniciar os estudos sobre “a experiência corporificada”, no qual se desfaz do dualismo mente-corpo, analisando como o corpo se constitui num processo vivo, em constante organização.

Ao me colocar na posição de narradora das intervenções psicoterápicas, torna-se necessário citar o nome de Walter Benjamin, que de forma tão pertinente se envereda por esse caminho, demonstrando como a arte de contar histórias expressa uma “forma artesanal de

comunicação; assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso” (Idem, 2004; p.205). Para ele, a utilização de narrativas suscita a retomada de uma maneira mais informal de contar os fatos, que foi se perdendo especialmente através dos meios de comunicação.

Também é de grande importância ressaltar o nome de Maria Julia Kovács, que ao estudar a questão da morte, pôde me ensinar sobre a vida que sobrevive e insiste, mesmo após uma perda representativa da morte. Sua contribuição foi essencial ao capítulo “Individuação e morte” (que foi escrito dias antes do depósito deste trabalho para a banca de qualificação), que com suas reflexões me auxiliou a entender como a morte concreta pode ser vivenciada de forma mais positiva.

1.2.5. Inspiração literária: Clarice Lispector

Seguindo esse caminho, também ousar citar como inspiração para narrar o processo psicoterápico, a escritora Clarice Lispector, cuja obra consiste na explicitação poética de fenômenos cotidianos. Com sua forma pessoal e intimista, a autora de “Coração selvagem”, “A hora da estrela” e outros nos remete a um universo ficcional, que transgride nossos conceitos sobre o que é realidade, já que a vida em estado bruto se escancara diante de nossos ingênuos e frágeis olhares. A vida se descortina como ela é, e não como deveria ser. Nesse aspecto, faz sentido pensar sobre a representação da deficiência como encarnação da realidade pungente, que desvela o autor, desmascarando-o de seu cotidiano, explicitando marcas profundas e enraizadas.

Ao utilizar Clarice como inspiração para escrever, refiro-me à forma indagadora e reflexiva como expõe seus textos. Seu estilo inquietante de narrar faz com que o leitor se sinta inserido na trama da qual imaginava ser mero expectador. Quando envolvido, o retorno é impraticável, o que sustenta Clarice no rol dos escritores que mais deliberadamente escrevem, incluindo o leitor na história esboçada. Não ousar me comparar a essa autora, apenas quero aqui inseri-la como doce inspiração nesse estilo de narrar, que convida o leitor a entrar *corporalmente* no texto. Sob esse aspecto, meu desejo é relatar as trajetórias de vida com sagacidade semelhante, a fim de que as mesmas possam ser lidas da forma mais próxima a como foram ouvidas por mim.

O personagem leitor é um personagem curioso, estranho. Ao mesmo tempo em que inteiramente individual e com reações próprias, é tão terrivelmente ligado ao escritor que na verdade ele, o leitor, é o escritor. (LISPECTOR, 1995; p. 86).

Assim conto com as colaborações assaz pertinentes desses mestres, que em suas individualidades características contemplam a minha própria maneira de escrever e fazer pesquisa. Atrevendo-me a conciliar realidade e ficção, estudos de caso e literatura, venho contar histórias que foram ouvidas, elaboradas e agora são projetadas no papel, a fim de incrementar o campo da pesquisa qualitativa e, principalmente, de atender à necessidade de se pensar de forma diferente sobre o tema da deficiência física. “Escrever é tantas vezes lembrar do que nunca existiu” (Ibid).

1.2.6. O uso da psicoterapia breve no acompanhamento institucional

No contexto deste trabalho, é importante elucidar o fato de que os atendimentos realizados nas instituições das quais atuei profissionalmente ocorrem num modelo embasado na psicoterapia breve, tendo como foco a experiência da deficiência. Nesse aspecto, o acompanhamento tem duração aproximada de seis meses, dependendo dos aspectos emocionais dos pacientes e dos objetivos da instituição. Historicamente a psicoterapia breve foi adotada como forma de resposta à grande demanda no contexto institucional (FERREIRA, YOSHIDA, 2004).

Para fins de conceituação, faço uma breve explanação dos primórdios do uso dessa técnica, que teve seu início ainda na época freudiana, com o psicanalista Ferenczi (1975), que a chamou de *técnica ativa*. Este a utilizava em casos mais agudos de neurose e histeria; “essa técnica visa, no momento em que o tratamento estagna, a dar um novo impulso ao processo analítico, através de diversas injunções ou interdições dirigidas ao paciente” (GILLIÉRON, 1983; p. 15). Fiorini (1982, p.22) a define: “Psicoterapia breve pretende uma compreensão da vida cotidiana do paciente que se instrumenta nas interpretações, na planificação de sua vida diária, na orientação familiar ou do trabalho”.

Com as mudanças provenientes no próprio enfoque da psicanálise, a psicoterapia breve se expandiu nos consultórios e, principalmente, nas instituições de saúde. Com isso, ocorreram alterações na técnica que provinha baseada integralmente na psicanálise, especialmente no que se refere aos aspectos transferenciais da análise. Capitão e Romaro (2003) citando Fiorini comentam que trabalhar a transferência na terapia breve pode configurar um erro técnico, prejudicial ao processo, já que a limitação do tempo torna indesejável o desenvolvimento de uma neurose de transferência, que requer outro tipo de enquadre.

Outros autores, como Knobel (1986), relatam que na psicoterapia breve a transferência não será trabalhada como no processo de análise, entretanto é necessário que o terapeuta saiba manejá-la, percebê-la, discriminá-la e interpretá-la, quando necessário. Disso dependerá a manutenção da relação terapêutica e o bom término do processo. A eficácia da terapia breve é baseada em algumas modificações, como o alívio dos sintomas e a substituição de técnicas mais regressivas por outras mais adaptativas, que podem propiciar maior adaptação ao problema experienciado, que no caso deste trabalho se refere à reabilitação física.

Nesses pacientes, o trabalho se centraliza sobre os sentimentos mobilizados a partir das perdas reais e simbólicas decorrentes do quadro físico. Nesse sentido, a psicoterapia breve visa à melhora da crise aguda vivenciada pelo paciente, confrontando-o com sua realidade e lhe apontando estratégias que o auxiliem a integrar criativamente sua deficiência ao seu cotidiano. Cabe ao terapeuta facilitar o enfrentamento desse conflito, auxiliando na vivência de sua realidade atual, sendo que as condições pessoais e relacionais do paciente devem ser percebidas e trabalhadas num nível mais cognitivo do que afetivo (NEDER, 1994; p. 2).

Vários autores confirmam a eficácia da psicoterapia breve, especialmente no contexto institucional. Nos casos expostos neste trabalho, cito Amaral (1992, p.31) que referenda como foco no processo de reabilitação a deficiência. Para ela os objetivos do trabalho propriamente dito podem ser agrupados em quatro grandes conjuntos:

- a) enfrentamento da situação consciente, ou seja, a possibilidade de se deparar com a real condição, assimilando as limitações e variáveis presentes no quadro;
- b) conscientização de situações inconscientes para uma possível integração dos aspectos negativos e positivos presentes no foco trabalhado;
- c) elaboração dos conflitos subjacentes a fim de que as dificuldades inconscientes que prejudicam a elaboração saudável do quadro sejam também abordadas e se possível organizadas psiquicamente e
- d) mudanças atitudinais ou de conduta, especialmente nos casos em que ocorrem alterações drásticas na vida do indivíduo.

No que se refere ao trabalho institucional, podemos dizer, segundo Kovács (1992), que a psicoterapia breve se propõe a trabalhar o processo de elaboração do luto e a adaptação à nova realidade para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Neder (1995) complementa

que esta técnica favorece o rebaixamento da ansiedade do paciente, facilitando o atendimento da equipe e ajudando no enfrentamento das crises vivenciadas.

Em minha prática profissional, a importância da utilização de uma psicoterapia breve recai especialmente no fato de que a demanda de atendimentos nos centros de reabilitação públicos é elevada, sendo necessário um enfoque mais específico na queixa principal, que nesse caso é a aquisição da deficiência. Nesse sentido, os pontos mais importantes a serem trabalhados no acompanhamento psicoterápico são primeiramente os esclarecimentos do diagnóstico e do prognóstico para a posterior integração da perda física ao cotidiano, o que neste trabalho pode ser entendido como a assimilação da deficiência no processo criativo de individuação.

Na psicologia analítica, a prática da psicoterapia breve é pouca citada, o que pode indicar que embora essa técnica seja realizada, especialmente em instituições há poucos documentos que confirmam sua utilização. Suponho que devido à propagação da idéia de que a psicoterapia analítica trabalha com conteúdos mais profundos da psique, o acompanhamento breve pareça divergir dos objetivos propostos por Jung, o que pode explicar a escassez de pesquisas nessa área. Segundo Boechat:

A transformação é elemento central da psicoterapia junguiana. Esta importância nuclear da transformação fica bastante clara quando lembramos que a alquimia é a metáfora essencial do processo terapêutico junguiano, e que na alquimia o *opus*, trabalho, é o objetivo mesmo do processo, e a pedra filosofal, nunca é na realidade alcançada (2003, p.6).

Em minha pesquisa bibliográfica, encontrei alguns trabalhos que considero importante citar, como o de Elias (2003), que vislumbra a possibilidade de se utilizar a psicoterapia breve pautada em conceitos junguianos com crianças e adolescentes com câncer, sem chances de cura. Porém, mesmo nesse estudo o foco recai sobre a psicoterapia breve baseada num enfoque mais psicanalítico conceituado por Fiorini. Outro importante estudo de abordagem junguiana foi realizado numa enfermaria hospitalar com um paciente que se submeteria à amputação de uma perna, sendo avaliado seu estado emocional antes da cirurgia e posteriormente através da técnica de jogo de areia. O atendimento psicológico no contexto hospitalar tende a ser mais específico que na psicoterapia breve, já que múltiplas variáveis interferem na dinâmica de atendimento. “No atendimento em enfermaria, o psicólogo tem de

lidar com variáveis orgânicas, ambientais e sociais que estão inter-relacionadas e agem diretamente no trabalho a ser realizado” (BASZHUNI, SANT’ANNA, 2006, p. 87).

Para Melo (1998, p.23), mobilizar o processo criativo facilita a focalização da psicoterapia, ampliando a consciência e favorecendo o fortalecimento do ego, objetivo central de um processo psicoterápico breve segundo a autora. Segundo ela, a psicoterapia breve não tem a pretensão de transformação, mas o alívio de um sintoma e a resolução de uma crise. Para isso, algumas estratégias podem ser utilizadas, como o uso de técnicas expressivas, incluindo a argila, o uso da caixa de areia e outras que possam exprimir de forma concreta a angústia vivenciada. “O indivíduo encontra assim, forma de expressão levando a uma compreensão mais profunda de sua psique. A imagem que adquire uma forma tem reconhecimento do ego” (Ibid, p. 28).

No meu trabalho, utilizo a técnica verbal dando enfoque ao tema da aquisição da deficiência, possibilitando espaço para reflexão e aproximação dos conteúdos psíquicos acionados após a perda física. A partir da compreensão do diagnóstico, vou trabalhando as questões referentes ao prognóstico, pontuando junto ao paciente suas reais limitações, auxiliando-o a despertar para suas verdadeiras potencialidades e, assim, auxiliá-lo na retomada de seu caminho de individuação.

II. Contextualização e relevância

A alma é muito mais complexa e inacessível do que o corpo. Poder-se-ia dizer que é essa metade do mundo não existente senão na medida em que dela se toma consciência
(Jung)

Qualquer tipo de deficiência parece denotar os aspectos negados da nossa psique, simbolizando o interdito, ou seja, aquilo que não deve ou não pode se evidenciar. Assim, na análise sobre trabalhos referentes a esse tema, existem lacunas, especialmente no âmbito da psicologia analítica. Trago aqui um resumo de algumas pesquisas encontradas, cujos objetivos se relacionam ao tema da deficiência e de trabalhos psicológicos realizados na contemporaneidade. Essa trajetória de análise de pesquisas, importantes a esse tema, será inserida ao longo do texto, para maior explanação e fundamentação do conteúdo. Nesse capítulo, procurarei introduzir alguns dos trabalhos que aprofundarão esta dissertação.

Em minha investigação, busquei as seguintes bases de dados: *Indexpsi, pubmed, scielo e lilacs* através da *bvs-psi, google acadêmico e psycinfo*. Utilizei como palavras-chave: reabilitação física, deficiência física, deficiência e psicologia analítica, corpo deficiente, psicoterapia e deficiência. Nessas bases observei que a maior parte dos artigos de pesquisa ocorre na linha psicanalítica, bem como na recente neuropsicologia, sendo poucos aqueles referentes à psicologia analítica, o que torna este estudo um trabalho de significativa importância para o meio acadêmico e institucional.

Iniciando esse percurso no mundo das pesquisas, é de extrema importância situar o trabalho pioneiro da psicóloga Dra. Matilde Neder, no espaço da reabilitação no Brasil. Em 1954, ela inicia seu trabalho psicológico no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, para posteriormente, em 1957, começar o trabalho em reabilitação do HC, fundando o Instituto Nacional de Reabilitação, que posteriormente se transferiu para a Rua Vergueiro, sendo hoje conhecido como “Divisão Médica de Reabilitação” (DMR-Vergueiro) (NEDER, 1991).

Em meu trabalho, na Reabilitação... [Era] fazia um trabalho em que se destacava sempre a abordagem da pessoa como um todo, consideradas as diferenças individuais. As pessoas eram vistas em suas interações umas com as outras, na instituição hospitalar, na família, nos ambientes em que viviam, na comunidade (Idem, p.03).

Serão citados, ao longo deste trabalho, alguns trechos de artigos desta autora, à época em que escrevia para o editorial da *Revista de Psicologia Hospitalar*, que foi produzida pelo Hospital das Clínicas de São Paulo.

Também serão abordados trabalhos relativos à lesão medular e suas conseqüências emocionais como o de Pereira e Araújo (2005) cuja investigação teve por objetivo compreender as estratégias de enfrentamento adotadas pelo paciente e seu familiar/acompanhante durante a participação em um programa de reabilitação. Lima (1987) se refere aos aspectos *psicossociais da sexualidade de pessoas portadoras de lesão medular*, onde ressalta a importância na consideração dos estigmas relacionados à sexualidade do portador de deficiência que perpassam o imaginário individual e coletivo no trabalho do profissional em reabilitação. Outro importante estudo busca identificar os fatores psicossociais que interferem na adaptação do paraplégico à nova condição de vida, onde a pesquisa exploratória objetivou inferir o significado da incapacidade para o próprio paciente e para as pessoas que fazem parte do seu grupo (SILVA, 1986).

Parece que a necessidade em refletir sobre a reabilitação, especialmente dos lesados medulares, refere-se à preocupação com a sua nova condição de vida, na assimilação da mesma, o que numa visão junguiana, poderia ser aproximado ao conceito de integração criativa dos aspectos sombrios da deficiência. Nesse sentido, outra pesquisa referente ao tema de lesão medular é o trabalho de Santos (2000): *Re dimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular traumática*, onde a questão da adaptação e integração da deficiência ao cotidiano da vida do paciente é também o objeto específico do trabalho. Em Silva (2005), a questão da sexualidade do lesado medular é vislumbrada de forma clara, no que tange às dificuldades encontradas e não necessariamente sublimadas, já que o desejo sexual permanece da mesma forma como para alguém sem comprometimento medular.

Outro importante e abrangente estudo se refere às variáveis de enfrentamento da pessoa que adquire uma lesão medular, onde são citados quatro grupos de fatores influentes, que são: a) variáveis referentes à deficiência, como gravidade da lesão; b) variáveis inerentes ao próprio organismo, como nível de instrução e controle interno; c) ambiente imediato, como

serviços de saúde e oportunidades de trabalho existentes; d) contexto cultural, como legislação vigente e preconceito social (MURTA, GUIMARÃES, 2007; p. 04).

A pessoa que adquire uma deficiência pode ser simbolizada, nesses estudos, pelo paraplégico ou tetraplégico que vivencia não somente o corpo limitado, mas várias seqüelas trazidas por esse acometimento, como por exemplo, os problemas sexuais e vesicais, o que justifica a maior parte dos estudos sobre deficiência ocorrerem nessa população. A preocupação do profissional que atua na área de reabilitação recai sobre os fenômenos advindos da seqüela física, que tanto do ponto de vista físico, como emocional são bastante pungentes.

Com relação aos trabalhos sobre a amputação de membro inferior, observamos que a avaliação da qualidade de vida é o objetivo da maior parte deles. O artigo de Resende (2007) demonstra a importância essencial das teias familiares e sociais que envolvem a pessoa amputada. Nesse sentido, os vínculos sociais funcionam como propiciadores de maior saúde psíquica, o que contribui para a melhora da satisfação e qualidade de vida.

A satisfação com a vida é uma das medidas do bem-estar subjetivo, que reflete a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. Um aspecto essencial do bem estar é a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre o *self* (ibid, p. 167).

Outros estudos sobre amputação se referem à sensação fantasma, como a pesquisa de Benedetto, Forgione e Alves (2002), que avalia como a dor fantasma ao mesmo tempo em que propicia a reintegração corporal para o uso da prótese, também pode intensificar a negação como mecanismo de defesa. Assim, ao contrário do que algumas linhas dentro da medicina pensam, a dor ou sensação fantasma poderia não auxiliar na integração global (física e psíquica) da nova imagem corporal. O trabalho de Guarino, Chamlian e Masiero (2007) que se refere ao retorno ao trabalho de pacientes amputados possibilita refletir sobre o processo de inclusão de pessoas com deficiência ao mercado profissional.

A questão da religiosidade no enfrentamento de doenças também é um fator importante a ser considerado quando pensamos sobre a forma de enfrentar uma perda brusca, como no caso da aquisição de uma deficiência e nesse aspecto, trabalhos como o de Faria e Seidl (2005) e o artigo de Saad, Masiero e Batistella (2001) são importantes para esse estudo.

Outro trabalho, que pude me defrontar nessa pesquisa foi o de Alves (2006): *Pedaços de mim: O luto vivenciado por pessoas com deformidade facial adquirida pós-trauma bucomaxilofacial e sua interferência no seu desenvolvimento*, onde a autora situa a

difficuldade em se lidar com os aspectos negativos da perda da face, como perda da própria identidade. Este trabalho também será explorado ao longo desta dissertação.

Dentre essas pesquisas que citam aspectos emocionais de pessoas portadoras de deficiência, muitas ocorrem na área da enfermagem e da medicina, especialmente da fisioterapia, o que vem demonstrar como a psicologia ainda se mostra incipiente no que se refere às pesquisas relacionadas à reabilitação na deficiência física motora.

Em pesquisa a artigos internacionais de psicologia na área da reabilitação, percebi que há uma tendência ao estudo do retorno de pessoas com deficiência ao mercado de trabalho, além de pesquisas sobre a melhora dos aspectos cognitivos em pacientes que tiveram seqüelas neurológicas, como AVC e TCE. A maioria desses trabalhos segue uma linha mais comportamental, como os artigos de Galski et al (1993) e de Wagner et al (1993). A pesquisa de Rybarczyk, Nicholas e Nyenhuis (1997) sobre a comparação dos níveis de amputação de perna também revela grande importância ao pensarmos nos fatores emocionais decorrentes da amputação.

O livro *Women with disabilities* (1989) aponta várias dificuldades encontradas no universo das mulheres que possuem algum tipo de incapacidade física. Eu apresento, com maior ênfase, os capítulos 1: *Bodies and Images*, cujo conteúdo se refere especialmente à forma como ocorre o culto ao corpo feminino, em contraposição ao corpo deficiente; e o capítulo 7: *Disability and ethnicity in conflict: a study in transformation*. O capítulo de Vash (1999) no livro *The Psychological and Social Impact of Disability*, discute sobre a sexualidade da pessoa deficiente, revelando a questão do simbolismo presente na libido, que independe das limitações corporais.

O guia português de reabilitação: *Psicologia Clínica e Reabilitação Física* (2001) funciona como uma espécie de compêndio para o profissional psicólogo que se envereda por essa área, pois revela de forma ampla como pode ser desenvolvido o trabalho psicoterápico com pacientes de diversos diagnósticos em reabilitação física,

Ao usar os unitermos: disability, handicap, analytic psychology, Jung, para pesquisar artigos internacionais que pudessem relacionar esta área da psicologia ao tema da reabilitação, não encontrei nenhum trabalho, sendo que, mais uma vez, evidencia-se a necessidade de aprofundamento teórico nesse campo de pesquisa.

Para a investigação deste tema no que tange à psicologia analítica aqui no Brasil, percebe-se que há poucos trabalhos específicos referentes à questão da deficiência física. No entanto, há várias pesquisas sobre a questão da doença e do corpo como canais simbólicos

para a compreensão da psique, o que me auxiliou de forma expressiva na execução deste trabalho. Entre eles, o trabalho de Ramos (1999) onde pesquisa a questão psique-corpo funciona como auxílio imprescindível ao me referir sobre o simbolismo do corpo deficiente. Também Vargas (2002) propõe a idéia do corpo como um símbolo gerador de energia inconsciente para o consciente, em que os sintomas funcionam como via de expressão dos desajustes da psique. Também, o artigo de Farah (1996) com relação à psique do corpo será investigado para melhor explanação da compreensão de Jung sobre o fenômeno psique-corpo.

Em Wahba (2006), podemos verificar como a plasticidade neuronal em cérebros lesionados pode se desenvolver através de recursos criativos usados no tratamento de reabilitação. Assim, a autora cita a dramatização teatral como uma possibilidade de estimular regiões cerebrais que poderiam ter sido afetadas numa lesão encefálica adquirida.

Outro trabalho junguiano que se reporta à deficiência é o artigo de Oliveira (2002), onde é exposto um estudo de caso de uma pessoa com paraplegia adquirida, visando refletir sobre a vivência do deficiente a partir do mito de Eros. Nesse importante artigo, a questão já citada neste trabalho, sobre a representação simbólica de uma cadeira de rodas é tratada de forma a corroborar as minhas impressões experienciadas no contexto clínico. “A cadeira de rodas carregava um pesado estigma da deficiência física como um mal sem cura e sem reparação” (Ibid, p.78).

Ao pensar na minha prática enquanto psicoterapeuta que trabalha com pessoas deficientes, também procurei pesquisas que pudessem expressar como ocorre o encontro entre o terapeuta e o paciente, e assim pude encontrar alguns de imensa ajuda e sensibilidade, como é o caso da dissertação de Vitali (2004) ao narrar a história de um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Também me deparei com o interessante artigo de Silva (2006) que contrapõe a persona do analista ao arquétipo do terapeuta-paciente, cujo curador ferido deve ser constelado para que haja a fluidez de um verdadeiro encontro analítico. O artigo de Guggenbühl-Craig (1997) que descreve o arquétipo do inválido ilustra a relação tão delicada entre o paciente e seu *curador* (terapeuta), expressando as possibilidades e os limites da cura. “Ter que viver com e reagir a partir de uma deficiência é certamente uma situação humana, em muitos aspectos uma situação arquetípica” (Ibid, p.110). Esses artigos servirão de apoio durante a discussão do conteúdo teórico exposto posteriormente aos relatos de intervenções psicoterápicas.

O trabalho de Miorin (2006) possibilita refletir mais sobre a prática psicoterápica a que o terapeuta deve se submeter para poder se relacionar com seus próprios aspectos

sombrios e assim, não se fixar na persona do terapeuta que detém um saber. Alonso (2004) ressalta a importância da psicoterapia como um recurso único a cada paciente, confirmando a premissa junguiana de que em psicologia é importante considerar a unicidade de cada indivíduo, prevenindo assim procedimentos estereotipados.

Contextualizando os trabalhos referentes à psicoterapia breve, como citados no subitem acima (1.2.6), podemos ver como esta área vem se configurando gradualmente, estendendo-se principalmente no contexto institucional. Assim, pesquisas como de Ferreira e Yoshida (2004); Capitão e Romaro (2003) e outras revelam a forma como a psicoterapia breve está sendo utilizada e com quais finalidades. No que se refere à psicologia analítica, vemos poucos trabalhos que explicitam o uso da psicoterapia breve, mas entre os mais importantes para esta dissertação, vemos o de Elias (2003) que usa a técnica de relaxamento com crianças e adolescentes com câncer terminal e o de Baszhuni e Santanna, 2006, que fazem uso da caixa de areia em atendimento a pacientes amputados.

Esses importantes trabalhos e tantos outros que fundamentam a minha linha de pesquisa serão abordados ao longo do percurso teórico. Entretanto, é interessante perceber como pesquisas referentes à reabilitação física ainda se encontram escassas no meio psicológico e, especialmente, na abordagem junguiana, o que talvez confirme a hipótese de que profissionais que atuam nessa área estejam distantes do meio acadêmico, reforçando a importância em se revelar na teoria o que ocorre na prática.

III. Método

Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento (Clarice Lispector).

3.1. Objetivos

Através do acompanhamento em psicoterapia breve a pessoas que adquiriram uma deficiência física, o presente estudo busca identificar elementos que possam levar à compreensão de como ocorre a assimilação dessa nova e brutal experiência ao processo criativo de individuação. Assim, visto também com este trabalho, auxiliar as pessoas que atuam profissionalmente na área de reabilitação.

O conceito junguiano de destino que predestina o ser para concretizações que o levem ao encontro com o seu Self será avaliado segundo as mudanças ocorridas após a aquisição da deficiência. Esta poderia ser assimilada aos novos processos, funcionando inclusive como facilitadora do processo criativo de individuação, ou seja, como representante de uma possibilidade vivencial no sentido de diferenciação e expansão do ego.

Através do processo de intervenção psicoterápica de pessoas com deficiência física adquirida, pretendo refletir sobre os questionamentos supracitados, descobrindo elementos que confirmem o pressuposto de que a deficiência possa ser integrada à experiência criativa da individuação. E, a partir destes levantamentos, pensar em novas propostas de acompanhamento psicoterápico baseadas na Psicologia Analítica, que contemplem os objetivos do atendimento institucional, cuja proposta segue a linha da psicoterapia breve e focal.

Assim, também o conceito de corpo como expressão representativa da forma de se relacionar com o mundo será avaliado, no que se refere ao processo de vivência simbólica que Jung defende como forma de integração psíquica. Assim, pensar o corpo deficiente como expressão simbólica pressupõe que os aspectos negativos da limitação física possam ser elaborados de maneira saudável à existência da pessoa que a porta.

Para tanto, utilizarei como método o relato de sessões psicoterápicas de pessoas que já estiveram em tratamento institucional, trabalhando aspectos relacionados à sua reabilitação física. Baseada em registros de sessões, assumo o papel de terapeuta-narradora, contando as histórias que me foram relatadas, e assim, trazidas a esta dissertação. Os processos aqui relatados ocorreram entre os anos de 2003 a 2005, para que pudessem ser explanados de forma integral desde o início do acompanhamento psicoterápico até o seu término com a alta da instituição.

3.2. Justificativa

Perceber o quanto é significativo e assustador qualquer mudança na estrutura do corpo reflete a relevância em se analisar a expressão simbólica que este novo corpo, que porta uma deficiência, assume no mundo. A aquisição de uma deficiência explicita a expressão real e visceral de como a pessoa passa a se colocar e se mostrar. Ao se apropriar desta nova estrutura corpórea como morada do eu, a pessoa reinicia o caminho que fora bloqueado pelo acometimento físico. Um outro passeio tem origem, com outras cores, novas formas, diferentes contextos, que devem ser assimilados à consciência para o encontro da paisagem atual com as perspectivas passadas.

Os acontecimentos inesperados parecem desviar o ser humano de seu caminho inicial, interrompendo a jornada e obrigando à reformulação daquilo que fora projetado. Nesse sentido, pensar sobre a possibilidade de alterar o caminho sem desviar do destino que levaria a um processo criativo de individuação é o que faz deste estudo uma possibilidade de abrir veredas e conhecer novas estações que possam mudar o rumo, sem abortar os sonhos. Como Mindell (1989, p.64) descreve:

nenhum de nós é livre, somos prisioneiros de nossos próprios processos. Lidar com tais processos e confrontar-nos com os conflitos que surgem entre nosso ser natural e as necessidades sutis é que nos levam à individuação.

Assim, a relevância desta pesquisa se refere à busca de dados clínicos, através do processo analítico, que explicitem a possibilidade de a deficiência física adquirida ser

integrada de forma criativa ao projeto de vida, assumindo um caráter simbólico da maneira de se expressar no mundo. A partir dessas investigações, ocorre a possibilidade de pensar sobre novas propostas de intervenção psicoterápica que visem à retomada de funções antes exercidas, como também o surgimento de novas formas de realização de atividades que contemplem aquilo que o ser humano é em sua essência.

O fato de várias instituições que visam à reabilitação de pessoas portadoras de deficiência física terem em seu quadro o serviço de psicologia demonstra o quanto os aspectos emocionais e psíquicos advindos das mudanças ocasionadas pelo advento da deficiência necessitam ser trabalhados.

3.3. Método e Ferramentas

Para este estudo, lançarei mão de registros de sessões de pessoas com deficiência física adquirida, baseando-me na intervenção psicoterápica de pacientes que já estiveram em acompanhamento psicológico em instituições especializadas em atendimento a portadores de deficiência física. Face aos meus objetivos, considero importante utilizar histórias de pacientes que já receberam alta de suas terapias, o que significa num contexto institucional, atingir as expectativas propostas pela equipe de reabilitação, que inclui médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e, em determinados casos, o fonoaudiólogo. A alta pode ocorrer globalmente, ou seja, concomitante a todos os setores, bem como individualmente a cada área, dependendo da proposta da instituição. Assim, para este trabalho, as histórias explanadas são de pessoas que já receberam alta de seu acompanhamento na instituição.

Por ser este um trabalho onde venho me presentificar como psicoterapeuta-narradora, apresentarei, durante as exposições das intervenções, sensações e pensamentos que me ajudaram a compreender com maior profundidade a situação vivenciada pelos pacientes, permeando-as com citações da escritora Clarice Lispector. Torna-se relevante mencionar que utilizarei o termo *pessoas com deficiência física*, que segundo Chagas (2006) é o termo mais apropriado por se entender que as outras definições, como portadores de deficiência, deficientes etc, centram-se na deficiência e não na pessoa.

O objetivo deste trabalho é expor uma pesquisa qualitativa, cujo uso é empregado para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna (PAULILO, 1989). Assim, não há pretensão de que este estudo, que zela pela unicidade que o ser humano representa, seja replicável, tendo em vista o que Jung (1975; p. 120, grifo do

autor) salienta: “a psicoterapia e as análises são tão diversas quanto os indivíduos (...) não é possível estabelecer regras gerais senão *cum grano salis*, com a reserva necessária”.

Para citações no corpo do texto, bem como para a elaboração das referências, a norma seguida será o modelo da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 10520, 2002).

3.3.1. O uso de intervenções psicoterápicas enquanto método utilizado

A dissertação de Ligia Assumpção Amaral, citada anteriormente, encorajou-me a ocupar o lugar de narradora de contos reais dos quais sou observadora ativa na posição de psicoterapeuta. Por entender como esse tema é complexo, penso que a possibilidade em abordá-lo através do relato de sessões seja uma forma mais suave e instigante ao leitor. Refletir sobre deficiências nos remete a aspectos de difícil elaboração, que escancaram as entranhas de nossos preconceitos, abrindo feridas, que literalmente serão expostas neste trabalho. Considero, também, o fato de relatar essas intervenções, uma forma de expor um pouco da minha história, do meu trajeto enquanto psicóloga, pois como escreve Bachelard (1992, p.93) “é somente pela narração dos outros que conhecemos nossa unidade. No fio da história contada pelos outros, acabamos ano após ano, por parecer-nos com nós mesmos”. Assim, narrar a jornada psicoterápica de pessoas que portam uma limitação, representa para mim o sentido de ressignificar passagens que já foram drasticamente introjetadas, mas transformadas por meio de um processo alquímico⁴ realizado nas psiques dessas pessoas. Assim, a pedra cuja solidez determina o caráter do solo pode se modificar, revelando a limpidez e luminosidade daquilo que emerge como o ouro do alquimista. Reporto-me ao trabalho de Vitali (2004), onde a autora cita entender que seu trabalho possa ser desenvolvido a partir do que chama de *narrativa/apresentação* do acontecer clínico, levando em conta a participação genuína na experiência vivida.

Sob este aspecto, adotar como estilo a narração de intervenções psicoterápicas reporta ao que Benjamin (1985) considera como o resgate da “faculdade de intercambiar experiências”, o que remonta a uma forma de privilegiar a vida da pessoa em sua história. “A

⁴ Na alquimia existem três objetivos principais: transmutação dos metais inferiores em ouro; a obtenção do elixir da imortalidade e criar vida humana artificial. Ao me remeter a esse conceito, estou me referindo a forma como Jung (2000) concebia a alquimia, no sentido de traduzir para a vida humana, como um processo de transformação.

experiência que passa de pessoa a pessoa é a fonte a que recorrem todos os narradores. E, entre as narrativas escritas, as melhores são as que menos se distinguem das histórias orais contadas pelos inúmeros narradores anônimos” (Ibid; p.198).

Serão narrados os processos em psicoterapia breve de três pessoas com diferentes diagnósticos, iniciando por uma intervenção a uma mulher que teve sua perna amputada após atropelamento. O segundo versará sobre o tema do acidente vascular cerebral em uma mulher de meia-idade, e, por fim será relatada a trajetória de um homem jovem com lesão medular adquirida após ferimento por arma de fogo. Todas são baseadas em registros de sessões de psicoterapia breve realizadas nas instituições das quais fiz parte como profissional. Para que não sejam identificados, optei por nomes fictícios, além de não citar a instituição da qual foram pacientes. Tracei como meta contar uma intervenção de cada tipo de deficiência, não para comparar, mas para explorar um pouco mais o universo das deficiências físicas, mostrando alguns pontos semelhantes, bem como outros discrepantes. Utilizei, como instrumento, registros de sessões de pessoas que já haviam recebido alta do acompanhamento psicoterápico, para poder melhor explicar o percurso realizado com o tratamento, que engloba outras áreas da reabilitação. Não houve critério exclusivo para a escolha dos pacientes, sendo que a minha opção foi privilegiar a forma de cada um se colocar através da deficiência e de como percorreram seu caminho após a aquisição da mesma.

Optei, também, por iniciar o trabalho com os relatos de sessões para somente depois enveredar pelo caminho teórico, pois dessa forma poderão ser formuladas questões pertinentes àquilo que fora explanado anteriormente. “A história de vida, como qualquer outro procedimento empregado na coleta de dados, é, pois, um instrumento, não é nem coleta, nem produto final da pesquisa; ela recolhe um material bruto que necessita ser analisado” (QUEIROZ, 1988; p.30). Assim, assumo a função de terapeuta-narradora de relatos e histórias ouvidos em acompanhamento psicoterápico, revelando a maneira de ser terapeuta, através do intercâmbio de experiências percebidas e sentidas. “Quem escuta uma história está em companhia do narrador; mesmo quem a lê partilha dessa companhia” (BENJAMIN, 1985; p.213).

O método utilizado se baseará num segundo momento na pesquisa teórica, objetivando um *trabalho de reflexão*, que promove o que Chauí (1979) chama de “advento do sentido da experiência”. Assim a narração das intervenções psicoterápicas terá como propósito delinear e basear este estudo e a problemática sugerida, que versa sobre a possibilidade de a experiência

da deficiência adquirida ser assimilada ao processo de individuação de forma saudável e criativa.

Uma mulher sonhou que estava numa terra maia, num templo das Virgens da Lua, e aproximou-se da sua analista, uma mulher mais velha altamente intuitiva chamada ‘a contadora de histórias’, no sonho. A paciente pediu à sua analista para lhe contar uma história, e a sábia mulher retrucou: ‘Você deve se tornar sua própria contadora de histórias’. Naquele momento, como pela magia de uma fada madrinha, a paciente viu em sua mente exatamente o caminho que ela precisava seguir para torna-se sua própria médium ou contadora de histórias (KOLTUV, 1990; p. 48).

3.4. Questões éticas

Para este trabalho, foram utilizados registros de sessões de pacientes atendidos por mim em situação psicoterápica nas instituições onde atuei profissionalmente. Para cumprir com o propósito de avaliar toda a jornada do paciente desde sua chegada ao centro de reabilitação até sua alta, realizei esta pesquisa após o término do tratamento institucional. Sendo assim, o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado aos pacientes após a conclusão do tratamento, para que não houvesse risco de alteração dos dados avaliados.

Para fins de proteção ao paciente e atendendo às normas que referendam as pesquisas com seres humanos, os nomes aqui utilizados não correspondem à realidade, sendo usados nomes fictícios. O modelo do termo de consentimento livre e esclarecido se encontra em anexo ao final desta dissertação.

IV. Narrativas de intervenções psicoterápicas

4.1. Vidas em Histórias

Quanto de mim é o resultado das centenas de livros que li? Quanto de mim ficará nas pessoas que eventualmente me lerem? (Ligia Amaral).

Venho, neste trabalho, contar as histórias que fui ouvindo no contexto psicoterápico de pacientes com deficiência física adquirida. Transformei-as em narrativas que delineiam caminhos tomados durante a jornada que se traçou nas vivências dessas pessoas que passaram por uma situação drástica de sofrimento, mediante perdas físicas. Optei por contar o que ouvi, após perceber como essas experiências vão se modificando ao longo da estrada e, do que pareciam escombros, pode se erguer construções. Não foi simples escolher quais intervenções seriam aqui contadas, já que como psicóloga, sou presenteada com as mais variadas peripécias: alegres, tristes, trágicas, engraçadas, encarnadas, incorporadas. Cada ser humano vai criando a sua história e revelando suas dores e deleites, e eu venho descrever, neste espaço, partes desses momentos. Com isso, vou manifestando também a minha forma de narrar essas intervenções, mostrando-me nas faces de terapeuta e narradora.

A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesão (...) é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação (...) Assim se imprime na

narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (BENJAMIN, 1994; p.205).

Escolhi como inspiração a escritora Clarice Lispector, que com sua sensibilidade aguçada faz de seus contos verdadeiros enredos de experiências humanizadas, onde a ficção se confunde com a vida tal como ela é. Nas histórias que ouço diariamente também me deparo com a sutileza dos detalhes, com a exposição da intimidade velada, com o ficcional dentro do real, já que quem conta uma experiência, emprega a sua própria interpretação, trazendo a sua imagem do fato narrado. Assim, eu também vou colocando a minha marca, expressando a minha forma de sentir o que foi ouvido, tentando sempre desvendar o outro.

Já tentei olhar bem de perto o rosto de uma pessoa – uma bilheteira de cinema. Para saber do segredo de sua vida. Inútil. A outra pessoa é um enigma. E seus olhos são de estátua: cegos (LISPECTOR, 1974; p.12).

Deparo-me também com a presença intuitiva de Ligia Amaral, com quem não poderia deixar de me encontrar ao abordar o tema da deficiência, tão pungentemente analisado e revelado por ela. Ao ler a dissertação de Ligia, encorajei-me a me expor, como psicoterapeuta e como narradora, mas principalmente como atenta observadora e interlocutora da história, também, contada pelo outro, que verdadeiramente a viveu e sentiu.

Nos três processos relatados, descrevo desde o momento inicial do tratamento psicoterápico até seu término com a alta do mesmo. Conto as histórias da forma como ouvi, mas também expresso o que senti e percebi, “...o modo de narrar pode ser revelador do modo de tratar, isto é, da atitude do analista junto ao seu paciente” (FRAYZE-PEREIRA, 2004; p.34). É importante contar aqui que para escrever essas passagens, precisei resgatar memórias e registros de intervenções já encerradas, fazendo uso de anotações e lembranças que se fizeram mais intensas, e daí escrever se tornou mais fácil. Umas foram mais vivas e presentes, outras mais difíceis, complexas, distantes, pesadas até. Não fiz a opção em contar as “que deram certo”, como uma amiga com quem trabalhei há algum tempo sugeriu. Acredito que todas as histórias de todas as pessoas que já atendi ou me deparei “deram certo”, no sentido de todas revelarem experiências enriquecedoras que vão se juntando num emaranhado de acontecimentos e trajetórias essenciais ao processo consciente e inconsciente que é viver.

Confesso que não foi um caminho fácil relatar esses processos, já que todos apresentam conteúdos de difícil elaboração simbólica, por trazerem fatos tragicamente concretos. Ao redigir as minhas lembranças dos atendimentos, passagens tristes, tímidas,

assustadoras, alegres, engraçadas, constrangedoras foram se formando e se expressando no papel. Assim, elas foram tomando um formato e se tornando mais próximas a mim, como se eu ainda estivesse atendendo no tempo presente essas pessoas. Lembrar da forma como cada paciente chegou e como o processo foi ocorrendo despertou-me novamente aos sentimentos que permearam a relação desde seu início. A forma como me exponho também expressa parte de uma jornada, recortes de sessões que tem por meta mostrar a história do paciente resgatada por mim através do contexto analítico. Coloco-me como Héstia⁵, que anonimamente, “cuida das condições para a criação e manutenção de um campo simbólico, acolhendo e protegendo o que ali se apresenta” (FREITAS, 2005; p.143).

A história de vida de pessoas deficientes desvela o autor, revelando sua maneira de ser e fazer, projetando no corpo as marcas do que passou. E com elas, viajamos nos sentidos que se explicitam, olhando para as mesmas, como se contempla uma obra, que na sua forma concreta pode expressar o que antes eram *só* palavras.

Tenho um amigo que se tornou paraplégico aos trinta anos, por acidente. Um dia tivemos uma longa e dolorosa conversa sobre nossas perdas (...) O efeito catártico da experiência foi inegável. Abraçados compartilhamos muitos de nossos lutos, deixando que as lágrimas viessem, viessem... Tomamos um banho imenso de autocomiseração, de autopiedade. Durante horas nos embebedamos dessa sensação, chorando juntos a infinidade de coisas, pequenas e grandes, que estavam fora de nosso alcance, de nossas vidas (AMARAL, 2004; p.87).

Trabalhar com as *minhas* narrativas, possibilitou-me certa liberdade em utilizar frases e palavras que refletiam minhas sensações, mas também trouxe questionamentos no que se refere à explicitação de histórias que pertencem ao outro e que ressurgiram ao serem representadas neste trabalho. O meu desejo é compartilhar um pouco das experiências dessas vidas, que se chocaram com uma realidade crua, mergulharam no percurso frio da morte, e superaram dentro de suas limitações essas passagens. São histórias tristes sim, mas imbuídas de uma força que me empurra a continuar caminhando nessa área seja como psicoterapeuta, seja como pesquisadora, aprendendo que a arte da vida é simplesmente viver.

⁵ Na mitologia grega, Héstia não tem representação física, sendo sua expressão mais significativa, o fogo, o que lhe garante o caráter de estar em eterna transformação (LIMA, 2007; p. 135).

Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador. Escrever é também abençoar uma vida que não foi abençoada (LISPECTOR, 1995; p.18).

4.2. O significado de uma perda

O que mais me consola é saber que já subi numa árvore, que já andei de bicicleta, que corri na chuva, e são coisas que eu nunca mais poderei fazer (Lucia, 2004).

Aguardo a chegada da paciente, prontuário sobre a mesa; vejo a que diagnóstico se refere, mas não me prendo a outras informações. Prefiro me defrontar com a história viva, com o conteúdo emergente que a própria pessoa traz daquilo que lhe aconteceu. Assim, à sua chegada, recepciono-a na ante-sala. Apresento-me com um sorriso, percebo que retribui, embora demonstre um ar amargo, melancólico. É uma mulher de aproximadamente quarenta anos; bonita, vívida; olhos grandes e verdes; cabelos encaracolados na altura dos ombros, raízes brancas; corpo robusto, alta, pele muito alva. Vestia-se com discrição, porém com certa irreverência, num estilo meio *hippie*.

Ao entrar, logo se senta, escorando o par de muletas à parede.

—Posso deixar minhas *amigas* aqui? Olha-me com um sorriso tímido.

Respondo afirmativamente, retribuindo o sorriso. Sendo a entrevista inicial o primeiro contato, procuro amenizar a ansiedade comum aos pacientes que chegam encaminhados pelos médicos da instituição, pois na maioria das vezes chegam de forma persecutória ou resistente,

por não entenderem por que uma pessoa com uma deficiência física deve passar por um serviço de psicologia. Explico, então, o objetivo do tratamento psicoterápico no centro de reabilitação, esclarecendo se tratar de um trabalho de terapia breve e focal. Após esta apresentação prévia, inicio perguntando-lhe o que ocorrera. Naquele rosto bonito, os olhos verdes tão vivos se inundam em lágrimas. Começa a contar sobre o acidente do qual fora vítima. Ao atravessar uma avenida bastante movimentada, fora acometida por um carro que, em alta velocidade, não conseguira desviar da calçada, freando após seu atropelamento e decepamento de uma perna. Detalhadamente, fala sobre o fato ocorrido, relatando que para defender sua filha de oito anos, jogou-se por cima da mesma.

—Ele me pegou em cima da calçada; não conseguiu desviar... A fala entrecortada pelo choro; natural e reativo ao fato vivenciado.

Fazia seis meses que sofrera o acidente, havia permanecido internada por quarenta e cinco dias e agora chegava à instituição para o tratamento de reabilitação. Estava fragilizada emocionalmente e não conseguia visualizar perspectivas futuras. Centrava-se sobre a amputação na altura de sua coxa direita, que representava a perda de tudo aquilo que fazia; a perda da vida que tinha. Estava em luto. “Esta coisa sobrenatural que é viver. O viver que eu havia domesticado para torná-lo familiar” (LISPECTOR, 1999; p.45).

Embora bastante deprimida, sua fala fluía, mostrando-se disponível em me contar sua história. Perguntei como era antes do acidente; seu olhar atravessou a janela que fica atrás de minha cadeira, como se procurasse o fio que a mantinha ali e que lhe conferia o desejo de continuar vivendo.

—Sempre fui muito independente. Trabalhava, saía, não esperava ninguém fazer nada por mim.

—Em que trabalhava?

Contou que durante alguns anos exerceu função administrativa em uma firma, porém atualmente estava trabalhando como autônoma, realizando atividades manuais, como artesanato e decorações para festas.

—Mas, agora não consigo fazer mais nada. Perdi a vontade, o ânimo pela vida. Não sei por onde começar, nem o que fazer...

—Parece que você está totalmente centrada no que lhe aconteceu. Falei, demonstrando minha empatia pelo seu estado.

Não conseguia vislumbrar perspectivas que pudessem suavizar o ocorrido. Sentia-se modificada física e psiquicamente, com a marca eterna da amputação no corpo e as cicatrizes que isso provoca na alma.

—Não acredito que *isso* aconteceu comigo. É muito difícil aceitar uma coisa dessas...

—Imagino que realmente seja muito difícil. Não esperamos que algo assim aconteça.

Naquele dia, a sessão girou em torno dessa problemática tão recente, aguda e visceral.

É importante salientar que os atendimentos institucionais ocorrem, geralmente, uma vez por semana, durante um período de tempo variável, conforme a necessidade do paciente. Difere entre os centros de reabilitação, que ora expressam alguma rigidez, enfatizando a reabilitação física, ora são mais flexíveis, mas sem perder de vista o trabalho breve e focal.

Ao longo do processo, Lucia trazia suas angústias relacionadas à amputação, como também queixas referentes a questões familiares e conjugais. Por estar mais presente em sua casa, percebia de forma mais evidente algumas dificuldades, que anteriormente passavam despercebidas ou mesmo de forma menos contundente. Percebia o quanto assumia a função masculina em sua casa, sendo que seu marido era mais passivo, complementando-a na relação.

—Mas eu tenho que ter uma paciência... Ele não faz nada por si mesmo, se eu não mandar.

—Até então, ele não *precisava* realizar algumas funções, que você sempre efetuou. É natural que vocês estejam se readaptando a essa nova condição.

Mas, o fato é que Lucia sentia-se “inválida”, no sentido mais pejorativo que a palavra possa expressar. Ela não se reconhecia em sua própria personalidade, não era mais dona de sua casa. Assim, assumia o papel de vítima, impotente, não conseguindo enxergar tudo o que ainda lhe competia e era consoante ao seu estado. Como eu já havia citado, a perda da perna simbolizava a perda de todo e qualquer contato com o mundo. Nesse sentido, a minha função era clarificar esta condição, mostrando as possibilidades que estavam disponíveis, só esperando para serem usufruídas.

Resgatar papéis, retomar padrões, alterar projetos, não são metas fáceis e eu, como terapeuta, vejo o quanto esse caminho é enredado, porém não posso “cair na armadilha” que o paciente me lança, sucumbindo à tentação de também enxergá-lo como alguém incapaz. O trabalho com pessoas deficientes exprime o oposto desta imagem comumente transmitida. A minha busca é a de mostrar que a rota, mesmo tendo sofrido desvios, deve ser ressignificada, por mais vicissitudes que ocorram.

Enfim, enfim quebrara-se realmente o meu invólucro, e sem limite eu era. Por não ser, era. Até o fim daquilo que eu não era, eu era. O que não sou eu, eu sou. Tudo estará em mim, se não for; pois 'eu' é apenas um dos espasmos instantâneos do mundo (LISPECTOR, 1995).

Lucia contava suas angústias e mostrava-se empaticamente envolvida no vínculo terapêutico. Estava realizando os exames previamente necessários ao uso da prótese e trazia expectativas relacionadas a essa utilização. Acreditava que somente usando suas *pernas*, poderia retomar funções exercidas anteriormente. A minha intervenção consistia também em lhe mostrar o quanto conseguia realizar várias atividades independentes da prótese. É natural que o paciente amputado chegue ao centro de reabilitação ansioso por usar uma prótese, pois geralmente acredita que somente conseguirá retomar seus projetos mediante a colocação da mesma. Porém, é importante trabalhar estas expectativas, mostrando que a protetização é um processo (como exposto no item 1.2.1) e que cada fase deve ser vivenciada de forma absoluta.

—Acho que só quando colocar a prótese vou voltar a ter ânimo...

—O que você gostaria de fazer quando iniciar o seu uso?

—Ah, eu acho que aí vou conseguir trabalhar de novo, voltar a fazer meu artesanato, vou poder sair mais também. Agora não dá, aonde vou o Daniel (marido) tem que me levar.

—Mas você já tentou fazer algumas dessas coisas usando as muletas?

—Não, eu não consigo me animar. Olho pra elas e me sinto inválida. Eu sei que com a prótese, eu vou continuar a ser uma inválida, mas é diferente.

—Diferente como?

—Vou ser mais independente, não vou precisar ficar me escorando...

Eu percebia que a deficiência para Lucia significava também uma ferida narcísica, que a afetava e mobilizava seus próprios preconceitos, que até então estavam adormecidos e intocados. Iniciei, desta forma, uma intervenção que visava expor a sombra reprimida do preconceito, já que para aceitar a sua condição, era necessário enfrentar o que a deficiência lhe causava inconscientemente. Trabalhei, em algumas sessões, acerca de como enxergava as pessoas deficientes antes do acidente. Lucia negava qualquer tipo de sentimento preconceituoso, pois se considerava uma mulher virtuosa. Tentei lhe mostrar que aqueles sentimentos não lhe desviavam de suas qualidades, pois apenas demonstravam uma face do que é culturalmente absorvido, além do fato de haver uma dificuldade humana em aceitar aquilo que é considerado como diferente ou desviante do padrão.

Aos poucos, foi percebendo o quanto seus aspectos inconscientes afetavam a forma como se enxergava, especialmente agora como portadora de deficiência. Ser diferente requer coragem e aceitação plena, o que é muito difícil quando se vive sob o olhar exigente de uma sociedade que afasta o que é estranho. Houve, assim, a necessidade de desmistificar alguns valores tão arraigados e perpassados por gerações.

—Só quando vivemos uma situação dessas é que sabemos como é de verdade. Quando eu via um deficiente na rua, não imaginava que poderia ser assim, tão complicado...

—Parece que só enxergamos um lado das coisas, não é? E não percebemos que o outro lado também deve ser considerado.

—Mas é muito difícil; acho estranho olhar para minha perna e não vê-la. O que está aqui é só um pedaço dela (choro).

Silêncio

—Sabe, eu sempre fui muito forte, eu é que *carregava* todo mundo nas costas. Por ser a mais velha eu que acabei criando todo mundo, e agora me vejo assim...- olha para sua perna, desolada e com pena de si mesma.

Lucia era a filha mais velha de uma prole de oito irmãos, tendo perdido sua mãe quando estava adolescente. Assim, assumiu os cuidados de toda a família, exercendo a função materna. Sempre protegeu e cuidou da educação dos irmãos, que lhe delegavam grande respeito e autoridade. Casou-se após vários anos de namoro, mas sempre residindo próxima à casa do pai, com o objetivo de dar continuidade aos cuidados aos irmãos mais novos. Teve duas filhas, que atualmente contavam com nove e quinze anos.

Tentei lhe mostrar que o sentimento de impotência *causado* pela amputação, tinha essa proporção tão grande, devido à exacerbação de sua autoridade e consequentemente de suas responsabilidades. A deficiência salientava esses aspectos, mas não era a única geradora de tal sentimento. Era importante que Lucia reconhecesse que não podia mais arcar com todas as funções que exercia desde a morte de sua mãe. Imersa num funcionamento masculino vivenciando com tanta intensidade desde então, reprimiram-se aspectos de sua feminilidade que culminavam, agora, nas dificuldades em aceitar os cuidados de seus familiares, afora os conflitos conjugais que se potencializavam.

Além de focar o tratamento de reabilitação, foi necessário rever conceitos da forma como se relacionava com as pessoas, já que sua elevada autoridade provocava desconforto em

si mesma e nos membros da família. A relação afetiva com o marido também mostrava sinais de desgaste, provavelmente agravados pela deficiência, mas que já ocorriam previamente. Lucia não conseguia enxergar o marido como uma pessoa individual e capaz de arcar com as responsabilidades que anteriormente ela assumia. Assim, tendenciava a sempre desvalorizá-lo em quaisquer atividades que realizava. Isso foi criando tal desarmonia, que o esposo aumentou a ingestão de bebidas alcoólicas, que antes ocorria apenas aos finais de semana.

—Agora, ele (o esposo) está bebendo todos os dias. Não sei o que fazer.

—Você conversa com ele sobre isso?

—E adianta? Ele não quer me ouvir, eu começo a falar, ele sai de perto. Diz que é só uma cervejinha.

—Mas como você tenta falar com ele?

Eu percebia que na verdade não havia diálogo, mas uma acusação mútua, que geralmente piorava a situação entre ambos. Aos poucos, Lucia foi percebendo o quanto tendia a maternar também o esposo, o que vinha prejudicando o relacionamento. A unilateralidade de seu domínio tendia a afastar as pessoas de sua convivência, pois a situação de dependência a tornava ainda mais intransigente devido à exigência ditatorial que exercia. Assim, o trabalho terapêutico visava ajudar a paciente a se reencontrar com seu Self, flexibilizando a inflação de seu ego.

Consultei Lucia sobre uma possível sessão com o marido, para ao menos ouvir o que a outra parte também tinha a dizer; ela aceitou prontamente. Expliquei que o meu contrato terapêutico era com ela, e a conversa com o esposo tinha o objetivo de entender como estava sendo aquela situação para ele. Ele compareceu acompanhado pelas filhas do casal, que aguardaram do lado de fora, junto com a mãe. Demonstrou grande interesse em ajudar a esposa, mostrando-se solícito e presente aos cuidados. Também expressou uma forma mais feminina de lidar com as situações, compensando a masculinidade evidente da esposa. Chorou muito durante a sessão, dizendo também não se conformar com o que havia ocorrido a Lucia, já que se mostrava admirador de sua força e independência. Queixou-se de como estava difícil conviver com ela, por seu comportamento irritadiço e intolerante. Perguntei como era antes, e ele me respondeu que ela sempre fora “mandona”, mas que atualmente a situação havia piorado, já que não aceitava muito a ajuda alheia, exigindo mais e mais ao ser auxiliada.

Expliquei o quanto o acidente abalara não somente fisicamente, mas também psiquicamente, Lucia, realizando uma mudança brusca em todos os aspectos de sua vida. Falei, também, sobre a forma como sempre conduzira o cotidiano familiar e que agora com a

deficiência, algumas funções estavam se alterando, o que gerava uma dificuldade nas relações. Foi importante pontuar que ela estava mudando várias atitudes, que apesar de parecerem positivas também ocasionavam conflitos, e que agora com o advento da limitação física estavam se evidenciando. Daniel se mostrou afetivamente disponível em ajudar a esposa no que fosse necessário. Expliquei que muitas vezes o fato de poder estar ao lado compartilhando de seus momentos dolorosos já expressava esse cuidado. Mas, também, era importante que ele permitisse que ela realizasse funções que não a prejudicavam, para que sua autonomia ressurgisse. Percebi, no entanto, que a mudança que Lucia vinha experimentando o afligia, pois tinha dúvidas se as alterações sofridas não abalariam seu relacionamento.

Como diz Lispector (1996) “crescer dói muito, às vezes escorre sangue”, Lucia mudava, e esta modificação assustava o marido, que já se habituara aos costumes e atitudes da mulher com quem se casara há anos. Lidar com os conflitos conhecidos parecia mais simples que elaborar o que era estrangeiro. Nesse sentido, a mudança deveria ocorrer em mão dupla, para não se correr o risco de acidentes, devido ao desequilíbrio ocasionado em situações em que apenas uma das partes sofreu perda física. Pontuei o fato de que ele também estava passando por uma situação de perda, afinal a amputação trouxera rupturas em todos os aspectos da vida de Lucia e de sua família. Ele me pareceu acolhido com a possibilidade de falar sobre como estava se sentindo, além de se sentir mais seguro para conversar com Lucia sobre esse tema, que era evitado por medidas de proteção.

—A gente sempre acha que é melhor não falar sobre o fato, que isso vai piorar a situação.

—Mas, para ocorrer aceitação, é necessário falar sobre o que aconteceu, pensar a respeito, chorar quando sentir vontade... Eu disse, pressupondo que Lucia estava mais preparada para essa conversa.

Como previ, após esta intervenção, houve um período de *calmaria*, e Lucia apresentava-se mais conivente com o marido e as filhas. Estas demonstravam extrema atenção à mãe, sendo que a mais velha expressava grande maturidade. Houve um período de férias em que as meninas freqüentavam assiduamente o centro de reabilitação, e assim, eu tinha oportunidade de observar e conversar um pouco com elas. A queixa da mais velha era semelhante à do pai, no que se referia ao fato de Lucia estar um tanto intolerante com as pessoas com quem convivia. Esta, por sua vez, aborrecia-se com o namoro da filha, que estava “sério demais” (sic) para sua idade. Pude trabalhar com ela o quanto a relação da filha a mobilizava nesse momento, em que o seu casamento vinha apresentando crises. Também o

tema da sua auto-estima veio à tona a partir do vínculo de competição que se esboçava entre ela e a filha.

—Eu não me acho mais atraente. Fico achando que o Daniel não se interessa mais tanto por mim.

—Por que pensa isso?

—Porque acho que ao me olhar, sempre vê o coto primeiro.

—Mas aconteceu algo para que pensasse assim?

—Ah, ele não me procura mais. Não do jeito que era.

—Mas você o procura?

—Sim, sempre fui muito *liberada* neste aspecto, a gente sempre se deu bem. Mas, agora eu vejo que ele anda sempre cansado, sempre com uma *desculpinha*.

—Mas o que te faz pensar que seja por causa da deficiência?

Lucia acreditava que todo o *mal* que lhe acometia se devia ao fato de ter sido amputada. Não conseguia enxergar que crises afetivas acontecem (e já haviam ocorrido antes), que a falta de uma perna não lhe impossibilitava retomar seu artesanato, que podia atravessar ruas novamente, sem temer atropelamentos na calçada. Estava vivenciando a deficiência como aspecto central em sua persona, sem se dar conta dos outros tantos papéis que poderia continuar experimentando.

—É importante que você perceba o quanto pode realizar, mesmo com a deficiência. Não estou desvalorizando o que sente, mas acredito que possa olhar para outras partes suas, para aquilo que consegue fazer.

No trabalho com deficiências, tento extrair do paciente o que está latente, ou seja, o potencial, que muitas vezes nem ele mesmo percebe que dispõe. Ela expressava maior abertura para esse contato com o inusitado, com o “fazer coisas sem a perna”, e assim vinha conseguindo integrar pólos opostos de sua condição. Lucia foi percebendo que a limitação física propiciava dificuldades, porém não impossibilidades, como pensava anteriormente. Aos poucos, foi experimentando a real situação de sua deficiência, como no dia em que foi para o centro de reabilitação sozinha, de ônibus. Chegou à sessão, expressando maior confiança em si mesma. Alguns dias depois resolveu ir ao shopping com as filhas (usando ônibus e muletas), o que para ela significava reviver o episódio do acidente, pois o mesmo ocorrera numa avenida próxima àquele shopping.

—Sinto que estou conseguindo “tomar coragem” para fazer umas coisas que não conseguia fazer. Depois do dia em que passei pela mesma avenida do acidente, parece que estou mais confiante.

—É como se tivesse atravessado uma ponte, que estava bloqueando seu caminho...

—É... acho que é isso que sinto. Também estou conseguindo andar melhor com as muletas e isso me dá segurança.

É importante salientar e reafirmar que o trabalho com reabilitação inclui vários profissionais, e que “andar melhor com as muletas”, abrange os cuidados de outros setores, que propiciam o desenvolvimento físico do paciente. Outro fato relevante diz respeito a como Lucia era vista pela equipe, que condiz com a persona adotada após o seu acidente. Os profissionais a consideravam uma mulher forte, decidida, mas com profunda dificuldade de aceitação e de resiliência⁶. Comecei a perceber, também, que seu humor vinha apresentando significativas oscilações. Ora estava demasiadamente empolgada com sua evolução clínica, ora se apresentava bastante depressiva e desanimada com suas dificuldades. Assim, achei necessário que a médica que a acompanhava na instituição checasse sua medicação. Não costumo descartar o quadro orgânico ao perceber uma alteração no humor, pois acredito que estaria sendo redutiva se considerasse apenas os aspectos emocionais do paciente. A médica percebeu que realmente ocorria uma oscilação importante, prescrevendo-lhe medicação pertinente à queixa.

Trabalhando a bipolaridade do humor, pude caminhar pela dificuldade em equilibrar os pólos opostos de suas vivências, como a compensação do papel masculino na sua relação conjugal, o exercício de assumir as dores de toda a família (incluindo pai e irmãos), a baixa auto-estima em detrimento do momento experienciado pela filha mais velha. Fui tocando nessas unilateralidades, orientando-a a perceber o quanto as compensava de forma instável, o que gerava disfunções, até mesmo, orgânicas. Não foi simples pontuar essas extremidades vivenciadas, já que Lucia tendia a projetar no outro suas próprias limitações. Parecia mais fácil, também, justificar seu quadro pelo acometimento físico e orgânico, defendendo-se de entrar em contato com sua forma de funcionamento psíquico.

O tratamento medicamentoso auxiliou na estabilidade do humor, propiciando um grau menor da ansiedade que acabava prejudicando sua reabilitação. Assim, foi percebendo, gradualmente, que podia retomar várias funções exercidas anteriormente, e que o uso da

⁶ A resiliência é um termo oriundo da física. Trata-se da capacidade dos materiais de resistirem aos choques. Esse termo passou por um deslizamento em direção às ciências humanas e hoje representa a capacidade de um ser humano de sobreviver a um trauma, a resistência do indivíduo face às adversidades.

prótese viria complementar esses ganhos, mas não defini-los, como havia fantasiado. Começou, então, o treino com a mesma, que faz parte de um outro momento do tratamento de reabilitação (vide 1.2.1), e se deparou com a dificuldade comum de andar com uma “perna mecânica”. Entrou, queixando-se do peso, da estética, do formato, do encaixe e de tudo o que diferencia uma prótese de uma perna real. Percebi sua decepção com o instrumento de deambulação no qual havia projetado tantas expectativas. Também o fato de sentir que a prótese machucava seu coto (o que geralmente é comum de acontecer inicialmente) a deixava mais desanimada. Fui trabalhando a fantasia elaborada em torno do uso da mesma, mostrando as diferenças reais existentes entre o que é desejado e o que é real nessa situação.

Aos poucos, ela foi assimilando o fato de estar utilizando um objeto auxiliar ao seu processo de andar, e não algo que substituísse sua perna - parte de seu corpo. Havia um problema relacionando ao seu coto, já que o mesmo apresentava inervações cutâneas que intervinham no uso da prótese. Assim, foi necessária a realização de uma cirurgia estética para a correção daquela alteração. Mediante esta intervenção cirúrgica, foi possível que Lucia realizasse de forma mais tranqüila o treino protético. Foi, também, a partir desse procedimento que ela pôde retomar um antigo sonho, que era o de fazer uma cirurgia estética para redução das mamas. Nesse aspecto, eu sentia que Lucia conseguia ir recuperando sua auto-estima, retomando sua feminilidade e consequentemente assumindo a mulher que estava adormecida dentro de sua psique. A mulher Lucia se presentificava, ocupando o espaço tomado pela deficiência, que era apenas uma parte de seu ser. A realização de seus sonhos e projetos funcionou como retomada dos aspectos adormecidos, mas que sempre estiveram ali, aguardando para serem acionados. Também estava em fase de mudança de casa, o que lhe gerava conflitos e expectativas, pois há anos haviam comprado um apartamento, ainda na planta, e agora o mesmo estava pronto para morar. Sentia-se feliz, mas lamentava o fato de deixar a casa onde vivia desde seu casamento, aos fundos da casa paterna, próximo também dos irmãos. Entretanto sabia que essa mudança era importante, especialmente neste momento em que vivenciava várias transformações em sua vida.

Ela foi compreendendo o quanto perdeu com sua amputação, porém revalorizou as partes de sua jornada, demonstrando novas maneiras de viver e replanejar as rotas determinadas previamente. Durante seu tratamento pôde encarar do horror do dilaceramento carnal à possibilidade de transformação corporal, que engloba também desejos (como a cirurgia das mamas). Mostrava-se mais aberta ao novo, às vicissitudes da vida, estava mais plena, usando ou não a prótese. O processo vinha se finalizando e Lucia se percebia cada dia

mais próxima à alta, o que simbolizava a reentrada ao cotidiano, mas com nova face. Já havia retomado suas atividades de artesanato, estava se mudando de casa e conseguia estabelecer um vínculo mais maduro com o esposo e as filhas. Reconhecia os ganhos que vinha obtendo e também se mostrava mais aberta ao contato com as pessoas do centro de reabilitação, com suas singulares histórias. Sentia-se mais satisfeita com seu corpo, que logo passaria por outras alterações, agora estéticas.

Para a realização das cirurgias (mamas e coto), teve que se afastar por algumas semanas da instituição, porém aguardei que voltasse para trabalhar a alta. Ao retornar, estava visivelmente diferente, suas roupas eram alegres, seus cabelos estavam mais curtos e novamente pintados, seus grandes olhos verdes pareciam maiores, Lucia voltara realmente. Abordou-me feliz, contando sobre as cirurgias, sobre o apartamento, que logo seria sua nova morada. Disse que estava retomando seus contatos profissionais e que já se programava para preparar a decoração de algumas festas (atividade que também desenvolvia anteriormente). Percebi que voltara ao seu eixo e se mostrava mais centralizada, assim pude ir realizando sua desvinculação da instituição de forma gradual. Alguns conflitos continuariam, sua maneira autoritária não mudaria totalmente, mas conseguia seguir adiante o seu caminho, “compondo a sua história e carregando o dom de ser feliz” (Almir Sater). Todo mundo o carrega, mas grande parte das vezes é necessário um auxílio, especialmente quando o corpo da história muda o rumo dos acontecimentos.

4.3. A limitação como possibilidade vivencial

Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: Quero é uma verdade inventada

(Clarice Lispector)

Sueli era uma mulher, de aproximadamente cinquenta anos, cabelos ruivos na altura dos ombros, pele clara, corpo um pouco acima do peso. Andava com dificuldades, sendo

auxiliada por uma bengala de quatro pontas. Ao falar, percebia-se uma leve afasia⁷, pois as palavras faltavam e a memória também falhava. Havia sofrido um AVC há alguns meses e estava no centro de reabilitação para realizar seus tratamentos.

Aparentemente suas seqüelas eram leves, se comparadas a outros pacientes com problemática semelhante, mas Sueli se sentia muito abalada. Causou-me a sensação de “estar fora de órbita”, como se não pertencesse àquilo que lhe ocorrera. Nas primeiras sessões trazia uma fala confusa e tinha a tendência de controlar tudo, até mesmo o horário do término da sessão, alegando não ter mais nada para me contar. Entretanto eu percebia que estava disposta a falar e se envolver no processo psicoterápico. Senti que necessitava de um tempo maior para confiar em mim, e fui permitindo que se revelasse aos poucos. Infelizmente, os atendimentos institucionais exigem que o acompanhamento seja breve, assim era difícil ampliar o prazo, que geralmente é de seis meses, dependendo da instituição. Mas, fomos construindo um vínculo dentro daquele prazo de tempo, sem que houvesse a necessidade de extensão.

Mesmo centrada em seu diagnóstico e referindo expectativas de melhora do mesmo, Sueli trazia queixas familiares relacionadas ora ao filho, ora aos pais. Era viúva há alguns anos e tinha um filho adotivo de dezesseis anos, com quem morava e apresentava vários conflitos. Estava difícil “ser mãe de um adolescente” ela me dizia, esperando sempre alguma orientação nesse sentido. A percepção de trazer seqüelas que a prejudicavam na realização de alguns movimentos fazia com que se imbuísse da compensação em controlar aquilo que conseguia. Contrária a sua sempre comum independência, sentia-se agora dependente em quase tudo e isso lhe incomodava mais do que as limitações propriamente ditas. Assim, exercia sobre a equipe de reabilitação uma espécie de controle ditatorial, já que não conseguia fazer o mesmo em sua casa. Devido a essa problemática, fui procurada por fisioterapeutas que estavam (i)mobilizados com sua resistência às terapias. Ao mostrar que tais atitudes eram pertinentes ao seu quadro, pude perceber a melhora no vínculo entre os mesmos e Sueli. Embora não devessem se submeter às suas ordens, poderiam contorná-las sem um embate frontal.

Ao longo do processo, conseguiu verbalizar mais sobre aspectos de seu passado, o que explicitamente lhe causava comoção. Seus olhos se enchiam de lágrimas ao remeter-se a algumas lembranças, que estavam guardadas e lacradas. Contou, um dia, com forte emoção que fora professora universitária e lecionava à época de seu AVC. O passado se descortinava e se revelava lentamente. Falava pouco, apenas quando inquirida, sobre o marido. O que sei é

⁷ Em termos gerais, a afasia é a perda da capacidade e das habilidades de linguagem falada e escrita. Existem classificações para ela, porém as mesmas não serão utilizadas neste trabalho.

que era um homem bem mais velho e que lhe atribuía toda espécie de bens, afetivos e materiais. À sua morte, necessitou reprogramar sua vida, assumindo todas as funções administrativas de sua casa e os cuidados com o filho. Nesse ínterim, foi lecionar em faculdades. Sentia-se feliz e realizada profissionalmente, porém para manter o mesmo padrão financeiro que tinha anteriormente, inflou seu tempo com trabalho. Saía muito cedo, voltava tarde; comia “qualquer coisa” na rua; preocupava-se com contas, filho, casa. Cronos⁸ tornou-se seu inimigo, eram raros os momentos de lazer e descanso. Sueli também já apresentava um quadro de hipertensão que era controlado por medicações. Com o ritmo tão acelerado, esqueceu-se de outros aspectos de sua vida, de seu corpo, chegando a sofrer uma isquemia que propiciou o Acidente Vascular Cerebral.

Sentia-se totalmente tomada pela mudança, a vida lhe “dera uma rasteira”, dizia, e agora, além da impotência física, trazia o sentimento de inferioridade frente aos seus compromissos diários. Percebi que culpava os fatos externos pelo seu quadro, tentando responsabilizar o mundo pelo que lhe ocorrera. O ritmo de vida acelerado que vinha mantendo era facilitador da aquisição de doenças cardiovasculares, e era importante que pudesse entender esse quadro, para modificar aquilo que vinha lhe prejudicando. Para lhe mostrar isso, perguntei sobre as possíveis causas que poderiam levá-la a ter sofrido um AVC, ao que me respondeu, de forma bastante confusa, que não via um motivo que justificasse. Senti que era necessário esclarecer todos os fatores externos e internos que podem influenciar nesse acometimento, para que pudesse visualizar se a forma como vinha procedendo em sua vida poderia também contribuir na piora do quadro vascular já instalado.

Fomos realizando um trabalho de resgate de como era sua vida anteriormente ao falecimento do marido e das atividades que gostava de realizar, além daquelas que eram necessárias. Sueli percebeu que realmente havia modificado seus hábitos, decorrente da necessidade em manter o mesmo padrão sócio-econômico que tinha. Assim, parecia compreender como algumas atitudes, inclusive de alimentação, podiam ter facilitado o problema que gerou a aquisição da deficiência. Porém, demonstrava dificuldades em mudar seus hábitos alimentares, que significavam naquele momento, praticamente, a única fonte de prazer. Ela freqüentava também o setor de nutrição da instituição, mas era sempre resistente às dietas propostas, relatando não suportar aquela “comida sem gosto” que eles “mandavam comer”. Fui trabalhando com ela o fato de depositar na comida todos os desejos que poderiam ser empregados em vários contextos. Porém, durante um tempo Sueli não conseguia visualizar

⁸ Deus grego que corresponde ao Deus romano Saturno e que era associado ao tempo pelos gregos, ao tempo contínuo e de passagem regular, que podemos aferir através de um relógio.

outras fontes que lhe garantiriam o prazer almejado, pois, devido às limitações físicas, sentia-se trancada em si mesma, sem condições de realizar nem mesmo algumas funções básicas de sua rotina.

Os seus pais, que moravam no litoral, logo após o acidente vieram para auxiliá-la; mas, ao fato da independência prévia juntaram-se alguns conflitos com a mãe, que ora exacerbavam-se. Percebi que a relação de Sueli com sua mãe era permeada por um vínculo competitivo, já que esta também era bastante controladora, e assim exercia sua influência sobre ela, especialmente agora com sua dependência situacional. Com o tempo, a mãe assumiu além de seus cuidados, funções que Sueli poderia exercer mesmo com as seqüelas, como a educação e criação do filho. Parecia estar sendo desprovida de todos os seus papéis. O pai, que se mostrava ausente, passou a ser seu tutor nos assuntos legais e financeiros. Sueli não precisava fazer e nem se preocupar com mais nada, tudo estava sendo administrado e cuidado. Ela sofria, mas não conseguia reagir contra tudo isso, embora manifestasse desejo de assumir aquilo que lhe cabia de direito e que a deficiência não a impedia. Eu tinha a sensação de que Sueli passava a ser o que Amaral (2004) descreve como alguém “café-com-leite”, que tem os direitos em participar, mas sem que isso de fato ocorra. “Que mal me fazia ser café-com-leite! Aquele faz-de-conta que é, mas não é, que não é, mas é. Um jogo de mentiras, de cartas marcadas, de fingimento, até talvez bem intencionado”(p.77).

Uma das dificuldades evidentes de Sueli era o fato de se mostrar confusa em algumas situações cotidianas. Esquecia-se das datas, dos nomes e das atividades que deveria realizar. No próprio centro de reabilitação, perdia a memória das terapias e dos horários agendados, sendo que algumas vezes aparecia no corredor do setor, sem ter horário marcado. Esses acontecimentos faziam com que se sentisse perdida e triste consigo mesma, achando que não poderia mais retomar a maioria de suas funções cognitivas. Trabalhei com ela alguns aspectos que deveriam ser mais estimulados, para que pudesse se concentrar melhor, além de se centrar mais nas atividades que realizava. Nos casos de pacientes com seqüelas neurológicas, é comum que haja alterações cognitivas (vide 1.2.1), e neste sentido é necessário realizar um trabalho que possa estimular estas áreas, além de orientar sobre possíveis estratégias que possam colaborar na restituição destes aspectos.

O uso de jogos como quebra-cabeça, jogo da memória, dominó, dama são importantes neste tipo de atuação, porém sem perder de vista as questões emocionais que estão sendo trazidas, assim como aquelas que são mobilizadas com as frustrações decorrentes destas atividades. No caso de Sueli esse foco acabava sendo mais manipulado num grupo de

estimulação, que fazia parte de seu tratamento. Assim, eu procurei conciliar um pouco o que era realizado lá, mas me atendo mais ao *como* se sentia com estas ‘fugas’ de memória e atenção.

Durante várias sessões, Sueli trouxe a queixa do conflito com a mãe, que lhe atribuía características de ingratidão pelo não valor de seus cuidados e préstimos. Mas, o que mais a incomodava era o vínculo difícil que havia traçado com o filho, que também lhe esvaziava de seu papel. Um dia, chegou dizendo que o mesmo havia pedido para trocar de quarto com ela, alegando que o seu estava pequeno para acomodar seus móveis e parafernálias tecnológicas (televisão, rádio, micro-computador etc.). Sueli sentia-se invadida, mas não conseguia dizer “não” ao filho, que segundo sua concepção, o “mundo já havia renegado”. Pelo fato de o menino ser adotivo, ela coagia-se a realizar todos os seus desejos, especialmente agora, que também dependia dele em várias situações corriqueiras. Ao que parece, o pai assumia a educação do filho com perfil mais firme e até certo ponto autoritário. Em contraponto, Sueli sempre fora mais permissiva. Após o falecimento do mesmo, estava aprendendo a exercer compensatoriamente esta função, mas parecia que com o AVC essa nova fase se invertera, pois agora era ela quem necessitava de alguns cuidados do filho. Ele chegou a acompanhá-la algumas vezes ao centro de reabilitação, porém parecia não entender e nem mesmo se envolver muito nessa história. A sensação causada é que aquilo tudo não lhe dizia respeito. Tentei intervir em orientações e explicações acerca do estado de sua mãe, mas quem se apresentava diante de mim era um jovem adolescente que até então vivia sua vida sem grandes compromissos e nem a vivência de regras, preservando um pensamento onipotente, típico a esta fase.

Ao mesmo tempo, eu via em Sueli o receio de que o filho negligenciasse cuidados, assim essa dinâmica era pautada por uma relação de poder, exercida pelo filho e da qual Sueli não conseguia se desvincular. Comecei a trabalhar pontuando suas potencialidades e eficiências em detrimento da deficiência, para que pudesse se apropriar primeiramente do novo corpo, que portava limitações, mas que não lhe impedia o contato com o mundo. O fato de o tratamento realizado ter um caráter multidisciplinar gera conscientização geral dos aspectos do quadro clínico, assim os outros setores (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia) também exerciam o papel de ampliar seus sentidos para a percepção de sua real condição. Mas, Sueli não conseguia enxergar potencialidades, já que estava esvaziada interna e externamente. Necessitei, assim, assumir enquanto terapeuta uma postura mais diretiva para que pudesse retomar algumas funções, indicando caminhos que poderiam ser

desbravados através da reapropriação de aspectos de sua persona anteriormente exercidos. O início foi moroso, pois ela relatava não se sentir a mesma, não se reconhecer em seu próprio corpo, julgando ser impossível revivenciar seus antigos papéis. Propus que tentasse se lembrar de tudo que gostava e não gostava antes da lesão; que pensasse nos projetos protelados, nos planos realizados, nos sonhos engavetados.

Numa sessão, trouxe o encanto e o interesse pelas artes plásticas; dizia ter pintado alguns quadros antes do AVC, mas apenas por lazer. Estava redescobrando esta paixão através do tratamento no setor de Arteterapia. Sentia-se tomada por aquela possibilidade vivencial de retratar na tela angústias que estavam visceralmente marcadas. As sessões começaram a versar sobre essa nova vereda que se mostrava e começava a preencher os vãos que Sueli tão fragilmente havia permitido que se abrissem.

As cores começaram a tomar conta de seu cotidiano, já conseguia olhar em direção a algo e enfrentar as angústias com maior confiança em si mesma. Percebia que seu ego estava se fortalecendo e que o chamado do seu Self em direção a uma reestruturação se pronunciava de forma mais evidente e que finalmente era correspondido. Sentia-se revalorizada, primeiramente por ela própria e também pelos outros. Com satisfação ia contando suas realizações e ao mesmo tempo se abria para outros feitos corriqueiros e até certo ponto considerados banais. Mas não eram assim para ela, afinal havia aprendido a mensurar cada pequeno gesto, cada palavra acertada, cada pedacinho de lembrança que escapava, e voltava, à memória.

A sua reabilitação estava se completando no que se referia à melhora física, cognitiva e também emocional. Alguns setores iniciavam suas programações de altas e Sueli sentia-se vitoriosa nessas situações. Mas, eu sabia que vários conflitos ainda permaneciam interferindo no seu processo. Às vezes eu tinha a impressão de que até manipulava algumas situações por receio de ir embora e se sentir só. O tratamento institucional promove, muitas vezes, este tipo de vínculo, já que o acolhimento do paciente pela equipe pode ser interpretado como uma espécie de “adoção”, ou afiliação. Assim, a notícia da alta é recebida, grande parte das vezes, de forma negativa e até mesmo hostil, pois pode representar uma rejeição por parte do profissional ao apelo de ser benquisto e “aceito”. Nesse sentido, fomos refletindo quais significados a alta poderia ter para ela e o quanto se sentia preparada para a mesma. Sueli dizia saber que este processo era saudável e positivo, simbolizando o término de uma etapa para dar início à outra. Compreendia que os objetivos de seu tratamento estavam sendo alcançados, mesmo que seqüelas permanecessem, como era o caso de sua locomoção,

auxiliada por uma bengala, de sua fala e memória devido à afasia mista⁹ e de sua cognição que era mais lentificada.

Poderia dizer, como os demais setores por que Sueli passava, que seu tratamento estava praticamente encerrado. Mas, eu entendo que mesmo com prazos e “metas” determinados pelo centro de reabilitação, os aspectos emocionais e psicológicos sofrem variáveis mais abrangentes e subjetivas que os padrões físicos. Assim, dei continuidade ao trabalho iniciado, focando um pouco mais seu tratamento no que se referia à sua deficiência física. Também a questão sobre a rotina alimentar ainda se mostrava difícil, pois Sueli, como me dizia, sempre fora “boa de garfo”, e se mostrava muito negligente no que se referia a mudanças na dieta. Assim, de forma mais diretiva, esclareci os riscos que estava correndo ao manter a mesma rotina alimentar que adotara. Nesse aspecto, senti que a ligação com a comida era forte, pois simbolizava também o vínculo estabelecido com as figuras de proteção.

Sabemos que é impossível separar o corpo de nossos processos mentais, por isso não costumo, em minha prática, delimitar o foco do atendimento e, com isso, desvalorizar outras questões necessárias à elaboração pelo paciente, porém em se tratando de acompanhamento institucional em centro de reabilitação para deficientes físicos, a especificidade se explicita e se faz urgente. Fui, então, visando àquilo que mais a incomodava em seu novo corpo e em sua nova forma de viver. Sueli dizia se frustrar com o fato de não poder mais exercer sua autonomia e por vezes se lamentava por não mais realizar atividades corriqueiras, como ir ao banco, ao supermercado, fazer uma caminhada... Fui expondo o que lhe era pertinente e possível dentro de suas limitações. Aos poucos, começou a notar que também boicotava sua melhora, pois estava, por mais que resistisse à idéia, acomodando-se ao fato de “ter tudo à mão”. Era necessário que resgatasse seu verdadeiro eu e voltasse a atender ao apelo de seu Self.

Oportunamente, no trabalho analítico, o terapeuta é levado a assumir um papel que compense o mito vivenciado pelo paciente. Assim, via-me na função de Deméter, buscando resgatar Perséfone¹⁰ do inferno e lhe trazendo para o mundo consciente e estruturado do ego. Sueli oscilava entre o desejo de independência e o comodismo, natural à situação. Utilizei de seu mais recente recurso - a pintura, para mostrar o quanto poderia empregar esta aptidão em outros momentos de sua vida. Eu sabia que já havia enfrentado o inferno de suas limitações e

⁹ Quando ocorre dificuldade de verbalização e compreensão dos conteúdos.

¹⁰ Em alusão à mitologia grega, Deméter era venerada como a deusa mãe da jovem Perséfone, que raptada por Hades (deus do inferno), foi levada às profundezas. “Deméter ouviu o eco dos gritos de Perséfone e apressou-se por encontrá-la. Procurou sua filha raptada nove dias e nove noites, por terra e por mar. Em sua busca frenética não parou para comer, dormir ou banhar-se” (Bolen, 1990; p. 238).

estava pronta para superá-lo. Nesse sentido, também acabei me colocando mais presente, pontuando o quanto suas ações estavam mais centradas (lembremos que Sueli apresentava leves alterações cognitivas) e pertinentes. Tornou-se imprescindível que ela recuperasse sua auto-estima, resgatando a persona que fora construída antes da lesão.

Numa das sessões, ela me mostrou algumas fotos antigas, gabando-se de sua beleza prévia. Era fato, Sueli havia sido uma mulher muito bonita e aparentemente vaidosa. Valorizei este aspecto, procurando despertar-lhe o interesse por sua auto-imagem e assim restituir-lhe aspectos egóicos que haviam sido abandonados. Também comecei a pontuar o quanto já havia melhorado, procurando reafirmar-lhe sua motivação e coragem para continuar sua vida, retomar seus projetos e realizar tudo que pudesse, dentro de suas possibilidades. Ela estava conseguindo assumir alguns pontos importantes de sua rotina, como as compras no supermercado, caminhadas pelas redondezas de sua casa e a realização de algumas atividades domésticas como cozinhar.

É necessário salientar que essas funções supracitadas podem denotar um significado irrelevante para pessoas que nunca passaram por situações de limitações físicas, porém para quem sofre uma alteração corpórea ao nível aqui mencionado, ganhos sutis são conquistas imensuráveis. Assim Sueli resgatava os sentidos de seu existir e devir, valorizando cada pequeno gesto que seu corpo conseguia executar. Eu poderia dizer que ela estava recuperando sua alma, no seu significado genuíno, que expressa a ousadia da vida, como “um *daimon* doador de vida, que conduz seu jogo épico sobre e sob a existência humana” (JUNG, 2000; p. 103).

As questões familiares ainda traziam muita preocupação, e como os pais, assim como o filho não compareciam ao centro de reabilitação, fui trabalhando esses conflitos com Sueli no sentido do que ela poderia fazer para amenizar as dificuldades encontradas. O fato de estar se sentindo mais independente contribuía para exercer sua autonomia frente a eles em algumas situações. Assim, não voltaria a realizar tudo independentemente como era antes do AVC, mas podia aos poucos ir mostrando o que conseguia fazer sozinha e ir se reapropriando de seu eu e do que isso abrangia.

Sueli estava, sob o ponto de vista físico, reabilitada, ou seja, já alcançara grande melhoria naquilo que se referia às seqüelas de sua lesão. Assim, veio a notícia da alta global¹¹, em que os setores deveriam lhe oferecer suas orientações e trabalhar sua saída da instituição. Como já mencionado, Sueli estava lidando satisfatoriamente com esse estágio de seu

¹¹ Momento em que o paciente recebe alta de todos os setores, passando por uma reunião com o médico responsável e por seus terapeutas (prática específica de alguns centros de reabilitação).

tratamento, pois acreditava que já estava apta a realizar outros procedimentos, que não necessitavam da intervenção dos terapeutas. Sueli queria sua liberdade de volta e a alta representava esta expectativa, ao menos no que se referia aos aspectos de seu tratamento. Dizia necessitar de tempo livre para realizar suas funções. Com efeito, sua semana estava realmente tomada por atendimentos terapêuticos, fato que já havia sido trabalhado em algumas sessões, pois se sentia presa ao centro de reabilitação.

No trabalho psicoterápico com pessoas portadoras de deficiência física, um dos objetivos é a assimilação saudável da deficiência, para que haja um acolhimento desta experiência, a fim de integrá-la no cotidiano e na vida. Nesse sentido, a aceitação ativa das características do acometimento físico requer uma adaptação a esta condição. Lembremos que Sueli sofrera um AVC, quadro que comumente, e especialmente no meio médico, é atribuído ao estilo de vida do paciente. Assim, o tratamento psicoterápico também assumiu o objetivo de orientá-la na necessidade de alterar comportamentos e atitudes que poderiam lhe prejudicar, como alguns hábitos hostis à sua saúde. A intenção não era de que se sentisse culpada pelo ocorrido, mas que pudesse se sentir responsável por sua vida, seu corpo e consequentemente por sua rotina. Assim, ela pôde se comprometer mais em sua reabilitação, exercendo seus papéis e adotando uma postura mais ativa no seu cotidiano. Os conflitos familiares não desapareceram obviamente, mas Sueli já estava contornando de forma mais tranquila as situações desgastantes. Conseguia, agora, falar para a mãe sobre algumas atividades que gostaria de realizar sozinha, além de se sentir mais segura no vínculo estabelecido com o filho.

Penso que ela estava conseguindo desbravar novos rumos de seu percurso e mesmo que as pedras alterassem parte do seu caminho, continuava levando consigo o desejo de viver e melhorar cada dia mais. Ela sabia que sua recuperação física não seria plena, mas estava aprendendo a lidar com suas dificuldades, a gerenciar seus conflitos e conciliar todos os aspectos de sua reabilitação, sendo eles positivos ou negativos. Eu, como terapeuta, acredito que Sueli tenha conseguido modificar alguns padrões que a prejudicavam, como o ritmo acelerado com que vivia e encarava tudo, além de se mostrar um pouco mais consciente com a alimentação, após o exercício de resgatar sua auto-estima. Para Jung uma das tarefas da psicoterapia consiste em mudar a atitude consciente, o que acredito que a intervenção, mesmo no modelo focal, conseguiu realizar.

A alta aconteceu tranquilamente, após aproximadamente oito meses de acompanhamento. As consultas médicas e reavaliações nos setores terapêuticos ocorrem de

quatro a seis meses, o que acaba funcionando como forma de manter o vínculo com a instituição, além de propiciar ao paciente o sentimento de estar sendo cuidado. Ela continuou pintando seus quadros com grande alegria, além de sentir que substituíra outra fonte de imenso prazer, que era lecionar. Pois, tinha consciência de que não poderia retornar à prática docente devido à alteração cognitiva. Entretanto, sabia que outra história se iniciava, com novos capítulos, que deveriam ser escritos por suas próprias mãos.

4.4. Não se anda somente com as pernas

...Quando você conseguir se locomover com as suas pernas, já terá aprendido a caminhar sem elas...

(Pecci).

Após mais um dia de trabalho, Rogério voltava para casa quando no semáforo foi abordado por duas pessoas que o ameaçavam, a fim de levar seu carro. Ele, relutante, tentou conversar com os rapazes, tentando convencê-los de abandonarem a façanha e deixarem-no partir. Sabia que se não os convencesse amigavelmente, lançaria mão dos recursos de que disponibilizava e a situação pioraria. Porém, como já esperado, não houve negociação e Rogério sacou sua arma, que sempre o protegia em suas missões profissionais. O seu intuito era intimidar os dois meliantes; não pensava em atirar, mas pretendia se defender. Entretanto, essa atitude foi erroneamente interpretada por seus opositores, que rapidamente o balearam, atingindo-o no pescoço e abandonando o propósito inicial de roubar o carro.

Rogério não viu mais nada, foi levado para o hospital, permanecendo internado por vários meses, realizando diversas cirurgias e driblando as inúmeras infecções recorrentes e conseqüentes à lesão medular. Estava tetraplégico, com um grau “C5” (no linguajar médico), o que significava que não tinha mais movimentos abaixo da quinta vértebra cervical. No hospital, como me dissera depois, foi enxergando e entendendo o que lhe ocorrera, mas acreditando que “sairia dessa”, pois confiava em seu potencial e, principalmente “em Deus”. Na sua profissão, a iminência do perigo era constante, aprendera desde o início a sobrepujar qualquer ameaça, vivenciando o mito do herói, pertinente à ocupação que escolhera para exercer, na função de policial militar.

Havia trabalhado, durante algum tempo “na rua”, em policiamento de área, porém fazia alguns meses que realizava funções administrativas, em posto interno do batalhão. Estava com trinta e cinco anos, mantinha um casamento feliz com dois “lindos filhos”, que estavam aprendendo a olhar o pai sob outro ângulo, literalmente. Residia numa casa simples, que estava terminando de reformar, para se tornar a casa “dos sonhos” dele e de sua esposa. O meu primeiro contato com Rogério foi nessa casa, já que por sua impossibilidade de ir até o centro de reabilitação, foi providenciada uma visita da equipe multidisciplinar. Devido ao recente retorno para casa e às dificuldades advindas da lesão, não se locomovia de forma nenhuma, permanecendo na cama hospitalar que a esposa havia providenciado. Toda a casa havia sido adaptada à atual condição de Rogério e percebi que a família estava muito chocada, apresentando um quadro de negação. Essa visita teve a função de conhecer o “nosso futuro paciente”, e orientá-lo quanto ao seu real estado e possível prognóstico, acolhendo sua angústia e a de seus familiares.

Após aproximadamente um mês, Rogério iniciou seus tratamentos na instituição, começando a realizar várias atividades, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia

(devido ao uso da traqueostomia) e psicoterapia. O contato inicial foi tranquilo e Rogério se mostrou suscetível à realização do trabalho psicoterápico. Contou-me detalhadamente sobre o dia do acidente, demonstrando certa indignação, especialmente por não estar trabalhando no momento do assalto. Tive a sensação de que se o fato tivesse ocorrido enquanto atuava profissionalmente, sua percepção seria mais positiva, já que seria uma “ocorrência de trabalho”, previsível a quem escolhe esse tipo de ocupação. Aparentemente, Rogério estava calmo e parecia negar o quadro que se apresentava, demonstrando um contato idealizado com a situação da deficiência. Acreditava na reabilitação plena, e como praticamente todas as pessoas que sofrem uma lesão medular, sonhava em voltar a andar e retomar seus projetos. Estes versavam sobre a estabilidade profissional, um curso superior de direito e continuar cuidando da esposa e dos filhos, incluindo o plano de terminar a reforma de sua casa. Senti que estava numa fase de sua patologia em que a crença nessa fantasia era o que o mantinha motivado a iniciar seus tratamentos, mesmo com todas as dificuldades que lhe eram inerentes.

Rogério precisava ser transportado em maca, não conseguindo se manter sentado, nem com apoio. Assim, seu traslado era extremamente complicado, pois podia aspirar¹² a qualquer momento, sendo que para prevenção desse tipo de evento, necessitava da presença de um cuidador com experiência nessas situações. Precisava da presença de pessoas ao seu lado todo o tempo, para a realização de todos os procedimentos indispensáveis ao seu bem-estar, como a aspiração, as transferências de decúbito¹³, a alimentação, além de todas as atividades de vida diária, como banho, higiene pessoal e outros. Na primeira sessão, veio acompanhado da esposa, que posteriormente se tornou sua cuidadora e de um auxiliar de enfermagem, que fora contratado temporariamente, pois a situação financeira de Rogério não comportava empregá-lo de forma estável. A própria entrada no consultório de psicoterapia foi trabalhosa, já que a locomoção com a maca era um tanto complicada. Ao iniciarmos a sessão, Rogério me contou, com muita dificuldade de verbalização decorrente do quadro clínico, como estava se sentindo após seu acidente, demonstrando estar disposto a interagir satisfatoriamente comigo.

Percebi o quanto sua fala era permeada pela fantasia de cura, já que dizia ter superado todas as dificuldades pelas quais tinha passado até então. Viera de uma família pobre e

¹² Consiste na sucção por sonda introduzida na via aérea fisiológica ou artificial, como é o caso de R. que faz uso de traqueostomia, que é um procedimento utilizado para pacientes que necessitam de ventilação mecânica prolongada, realizado através de uma cirurgia que abre a traquéia, implantando uma cânula que permite a comunicação entre a traquéia e o pescoço.

¹³ Termo técnico utilizado para explicar a mudança de lado a que a pessoa com alterações de funções motoras deve se submeter para a prevenção de úlceras de pressão (escaras).

desestruturada, com a mãe alcoólica; não conhecera o pai, e havia perdido um irmão por assassinato. Procurou como forma inconsciente de reparação, uma profissão onde pudesse exercer a função heróica de proteger e “salvar vidas”. Rogério demonstrava bastante sensibilidade, e talvez essa característica tenha contribuído para sua transferência ao setor administrativo do batalhão, na realização de funções menos agressivas, mas ainda de grande responsabilidade. Contou-me essas coisas, e ia falando, embora com muita dificuldade devido à traqueostomia, de forma leve e empática. Pareceu-me querer mostrar o quanto era bom profissional, e também, bom pai de família. Nessa primeira sessão, pude verificar que Rogério se encontrava numa fase aguda da deficiência, em que esta ainda é vista como doença e não como lesão crônica e, portanto, clinicamente definitiva. Sua fala se pautava na esperança de cura e retorno ao cotidiano habitual, encarando o problema como mais uma “ocorrência” na sua vida, da qual estaria livre agora que iniciara seus tratamentos. Era questão de tempo...

Na semana seguinte, a locomoção para a sala já foi mais fácil, embora fosse necessário o auxílio de várias pessoas. Mas Rogério vinha mais animado e eu senti que essa saída, mesmo trabalhosa, era sua forma de contato com o mundo, já que se mostrava bem aberto às pessoas que vinham com ele conversar e questioná-lo sobre o ocorrido. O ambiente contribuía bastante para esse sentimento de pertença, pois as pessoas se mostravam acolhedoras de sua situação. Embora muito debilitado, apegava-se a essas demonstrações fartas e às palavras de otimismo, pois era nelas que se apoiava para iniciar seu novo caminho, de tratamentos invasivos, pessoas estranhas ao seu redor, dependência demasiada, enfim um arsenal de novidades desconhecidas. Parecia-me que ele estava encantado com tudo, pois demonstrava ser o tipo de pessoa em que a gratidão é inerente, assim por mais comorbidades que tivesse, decorrentes da lesão, expressava-se sempre com carinho e desvelo para com tudo e todos. Durante a sessão não era diferente, elogiando o trabalho da equipe e sempre agradecendo a cada procedimento. Mas eu sentia que, embora sua gratidão fosse real, também era uma forma de “mascarar” a verdadeira face dos acontecimentos, não cedendo espaço para falar ou pensar, e, no sentido psíquico, elaborar a situação que se discorria.

Após algumas sessões, pude começar a questionar como estava encarando o que lhe havia ocorrido, já que estava sempre tão disponível a falar sobre os acontecimentos. Senti que não entendera a pergunta, pois logo começou a falar da forma como já estava habituado, remetendo-se de forma muito otimista ao fato. Assim, acabei sendo mais incisiva, perguntando como estava se sentindo emocionalmente, e ele de forma tranqüila, disse:

—Tirando as aspirações e o fato de ficar na cama quase o tempo todo, me sinto bem. — Ele se referia à cama hospitalar, que ficava na sala de sua casa, dificultando sua privacidade.

—E como se sente ao estar na cama?

—É muito ruim, porque dependo de todos para tudo. Mas, ainda bem que tem a Márcia que me ajuda muito. — Reportou-se à esposa.

—Eu sei que ela está ficando muito cansada, mas ainda bem que posso contar com ela, e com minha sogra que é uma mãe.

Nesse momento, Rogério começa a elogiar todo o empenho da esposa e da sogra (que fora morar com eles, para auxiliá-los), e vai desviando o foco de sua vivência em relação ao diagnóstico. Precisei retomar a maneira como se sentia, mas de forma a não desvalorizar aquilo que vinha me mostrando, o quanto a dedicação de todos também servia para que ele não se chocasse com a realidade. Assim, fomos criando um vínculo empático, onde Rogério aos poucos vinha se expondo. Como estava sempre “disposto a servir”, parecia não entrar em contato com seus próprios sentimentos, preocupado com o bem-estar de quem o ajudava. Na relação terapêutica, também demonstrava essa maneira de agir, já que mesmo com tantas dificuldades (até mesmo para falar), era aderente e extremamente responsável com seus compromissos e horários, além do discurso sempre otimista e parecendo vir de encontro ao que ele supunha que eu desejasse. Aos poucos, fui mostrando essa forma de se colocar, que acabava ocultando a sua verdadeira reação aos acontecimentos, já que havia sempre uma referência ao outro, e nesse sentido os aspectos negativos da deficiência também não pareciam estar nele próprio.

Essa observação se tornou mais contundente quando em uma sessão começou a falar sobre a gravidade dos quadros que eram atendidos naquela instituição, e de como gostaria de poder fazer algo para ajudar. Tive a sensação de que falava de um outro lugar, de quem está de fora do processo de reabilitação, e percebi como a negação ainda estava bastante exacerbada. Falei, então, sobre essa minha sensação, ao que ele de forma surpresa contestou, dizendo saber que estava deficiente, mas que isso não o impedia de se interessar em continuar auxiliando as pessoas.

—Acho que nessa situação, posso até entender melhor o que eles sentem. Antes eu tinha uma mera noção do que era ser deficiente e achava que era o “fim do mundo”. Mas, ao mesmo tempo não deixo de acreditar que posso ir melhorando, se eu não acreditar nisso, daí não consigo viver.

—E como você enxergava a deficiência antes de adquiri-la?

—Ah, acho que todo policial militar pensa que uma coisa dessas pode vir a acontecer porque, quando escolhemos a profissão, já sabemos dos riscos. É claro que não ficamos pensando nisso todo o tempo, porque senão nem trabalhamos direito. Mas eu sempre achei perigoso, por isso até preferi trabalhar num cargo administrativo, já que na rua é mais fácil isso acontecer.

—E quando pensava sobre isso, como se sentia?

—Sempre achei que deveria ser uma coisa muito triste, principalmente por causa da dependência, mas também algo muito próximo devido aos perigos da profissão... Só que a gente acha que nunca vai acontecer com a gente.

—E agora que está nessa posição, como se sente? – eu precisava trazê-lo para o contexto real da *sua* situação.

—É tudo muito novo, não “caiu a ficha” ainda do que aconteceu. Às vezes, parece que estou sonhando e que vou acordar a qualquer momento.

Pude começar a trabalhar esses aspectos da aceitação do quadro, a partir da intervenção mais diretiva, pontuando as dificuldades advindas da deficiência. Percebi que por trás de todo aquele perfil de gratidão, escondia-se um sofrimento velado e de difícil acesso. Assim, durante as sessões, eu precisava apontar os aspectos referentes à limitação física nos temas que trazia, pois não costumava falar sobre isso, se não fosse instigado, a não ser que estivesse com muita secreção, o que dificultava sua comunicação. Daí costumava falar sobre o fato, justificando-se por não poder verbalizar muito, parecendo querer se desculpar por não poder colaborar da forma como acreditava que deveria.

O uso da traqueostomia e as conseqüências com relação a ela eram bastante freqüentes e sempre deixavam a equipe em estado de alerta, pois nessas situações era necessário fazer a aspiração rapidamente. Também por esse fato, Rogério era um paciente bastante conhecido na instituição, já que acabava mobilizando os cuidados multiprofissionais de forma intensa, fazendo com que fosse visto com grande preocupação por todos. Acabava sendo uma espécie de “xodó” dos profissionais, o que acolhia, mas ao mesmo tempo o colocava numa situação regressiva. Sabemos que o acolhimento da história (incluindo os problemas) do paciente é importante para seu desenvolvimento e, naquele caso específico, para a assimilação de seu quadro, porém a superproteção pode gerar uma forma infantil e pouco autônoma de lidar com as dificuldades. Nesse sentido, nas reuniões de equipe, ao discutirmos os casos, eu pontuava este fato, com o intuito de amenizar esse tipo de relação, que também poderia exacerbar as transferências por parte do paciente e a contratransferência dos terapeutas.

Quando Rogério tinha intercorrências por conta da “traqueo”¹⁴, ou por outros motivos, eu sugeria que a esposa entrasse no atendimento (já tendo conversado com o paciente a respeito e com sua aprovação), pois a mesma era bastante atuante no seu tratamento, além de se mostrar abalada com o ocorrido. Na primeira vez em que conversamos, Márcia se mostrou uma mulher introspectiva, tímida, mas com muita vontade de estar junto do marido e apoiá-lo. Trazia um discurso de esposa zelosa e apaixonada, elogiando as características do mesmo, ressaltando aqueles pontos já comentados anteriormente. Ao falar sobre o acidente sofrido, chorou muito, demonstrando tristeza e desapontamento com a vida, que lhe parecia ter sido muito ingrata. Contou sobre a casa que estavam reformando e de como haviam sonhado com ela, também falou dos filhos e da reação dos mesmos ao que acontecera. Também se sentia perdida com o fato de se ver tendo que administrar contas e despesas que eram antes organizadas por Rogério. Tentei tranquilizá-la, mostrando que estavam sendo amparados e que também ela tinha um espaço para falar e ser ouvida. Ao contrário de Rogério, Márcia falava do ocorrido com forte comoção, parecendo estar mais consciente do que ele com relação ao prognóstico. Essas intervenções eram realizadas sem a presença de Rogério.

Senti que seria necessária uma intervenção com ela, tanto para lhe propiciar apoio como para facilitar a compreensão de Rogério do que lhe ocorrera realmente. A relação conjugal parecia ser estável e ambos se mostravam muito satisfeitos um com o outro. Haviam se casado há mais de dez anos, bastante apaixonados e continuavam nessa admiração recíproca, que fortalecia a relação agora que estavam sofrendo um problema tão complexo. Márcia demonstrava grande carinho no tratamento a Rogério, mas pude perceber que embora amasse muito o marido, estava começando a vê-lo em outro papel, que o colocava numa situação de grande dependência e fragilidade. Este tipo de situação ocorre muito freqüentemente quando um membro da família adoece, porém é importante trabalhar a não cristalização daquela persona. Entretanto, como acabou assumindo todos os cuidados com o marido (alimentação, higiene pessoal, transferências), além dos cuidados administrativos da casa, como o pagamento de contas, era difícil não colocá-lo no lugar de “incapaz”, e assim, impotente.

Pude falar mais especificamente sobre essa inversão de papéis em outras sessões, e ela confirmou essa situação, dizendo que não conseguia mais enxergar o marido da maneira como ele era, pois era difícil “trocas as fraldas” do homem com quem se casou, e continuar a vê-lo como o mesmo homem. Nesse aspecto, era necessário que eu também pudesse trabalhar as

¹⁴ Forma abreviada para traqueostomia.

questões referentes à relação conjugal e sexual, que estava prejudicada com a aquisição recente da deficiência. Coincidiu que Rogério também começava a falar mais sobre este fato (que é um tema recorrente no trabalho com portadores de lesão medular, devido às consequências da mesma – vide item 1.2.1). Um dia, ele me perguntou sobre as alterações sexuais que vinha sentindo, e do fato de perceber a ereção voluntária, mas inoperante no momento. Também não se sentia totalmente à vontade com o fato de a esposa ter que assumir aquelas funções, que interferiam na forma como ela o via anteriormente. Revelou-me que não se sentia à vontade em falar sobre isso com a mesma, e que “para descontraí-la”, acabava levando na brincadeira essa situação tão delicada.

Aos poucos, este tema foi se ampliando e Rogério conseguiu expor o que sentia a respeito da problemática sexual para Márcia, que também se mostrava mais aberta. Entretanto existia, além das dificuldades físicas do paciente, o fato de estar “habitando” a sala, o que dificultava a privacidade do casal, dificultando a possibilidade de relacionarem-se sexualmente. Numa sessão, Márcia disse que se sentiria constrangida em se relacionar com o marido na sala, pois havia o risco de alguém entrar, sendo que também não tinha a coragem de falar sobre isso com a sua mãe, para que ela protegesse o ambiente da chegada de outras pessoas, ou de seus filhos. Além desses fatores, para a realização do encontro sexual, Rogério precisaria ser transferido para um colchão no chão, e depois colocado novamente na cama hospitalar, o que acabava envolvendo outras pessoas. Mesmo com esses inconvenientes, Rogério quis tentar, pois era importante se sentir novamente o homem de sua mulher, e Márcia “para agradá-la” (sic) aceitou.

O fato repercutiu de maneira diferente em um e outro, já que Rogério chegou contente por ter ocupado seu lugar de homem, enquanto Márcia se sentia exposta e triste em perceber o quanto seria complicado retomar a relação afetiva e sexual com o marido naquele momento e daquela maneira. Para trabalhar a negação do mesmo, orientei que Márcia falasse a ele sobre seu constrangimento e de como se sentira realmente naquela ocasião. Ela sempre tentava protegê-lo e isso exacerbava sua forma mascarada de enxergar os acontecimentos. Como terapeuta, eu também incentivara as tentativas que possibilitavam retomar os papéis exercidos previamente, porém era necessário pontuar o fato de que a situação não era realmente simples, e mostrar minha empatia pelo que Márcia havia sentido. Fomos trabalhando estes aspectos durante algumas sessões, entretanto ela se mostrava mais resistente a novas tentativas de relação sexual com o marido, tanto pela exposição a que se sentia submetida, como pelo fato

de não estar mais conseguindo sentir atração por ele. Fui, então, tentando resgatar a imagem que Márcia tinha do marido antes da lesão.

Como já citado, ela o admirava nos vários papéis exercidos, de esposo dedicado, pai amável e profissional responsável. Mas, após a aquisição da deficiência, via-se tendo que lidar com a sua intimidade de forma muito explícita e para enfrentar a situação, acabava infantilizando-o. Tivemos a oportunidade de pensar em alternativas que pudessem contemplar este lado da relação, mas sem machucar nenhuma parte. Embora Rogério quisesse muito voltar a ter um casamento “normal”, entendia que Márcia se constrangia muito, especialmente com o envolvimento de outras pessoas na situação, e por isso não insistiu mais sobre o tema, retomando o seu foco no tratamento.

Aqui, sinto necessidade de enfatizar que o acompanhamento psicoterápico visa à reabilitação de vários aspectos da vida do paciente, principalmente quando os mesmos são conseqüências da deficiência adquirida, como nesse caso. A reabilitação sexual de pessoas com lesão medular é um tema muito importante a ser trabalhado, já que o acometimento físico interfere drasticamente nesse ponto, o que gera muita angústia ao portador e, por conseguinte, ao (a) parceiro (a). Geralmente, a vida afetiva acaba sofrendo grandes alterações decorrentes dos problemas sexuais advindos do ferimento na medula e sob esse aspecto, a atuação junto ao parceiro se faz necessária.

Esses acontecimentos possibilitaram a Rogério perceber que vivia uma limitação em que as dificuldades iam lhe apontando o caminho a ser seguido, além de favorecer a conscientização dos fatos reais. Diante das intercorrências de seu quadro, pôde se defrontar com os aspectos negativos da lesão, assimilando-os ao seu cotidiano e começando a compreender a permanência crônica dos mesmos. Assim, ele iniciava um novo percurso, onde se entendia como portador de deficiência física, porém possuidor de várias habilidades, que com o tempo poderiam se revelar de forma mais explícita. Falava mais de como vinha se sentindo e do quanto as limitações o incomodavam; senti que se deparava com os aspectos sombrios da deficiência, demonstrando dificuldades em aceitá-los, mas mais aberto a enxergá-los.

Após aproximadamente três meses de tratamento, começou a utilizar uma cadeira de rodas adaptada à sua limitação e este fato lhe trouxe mais vivacidade e motivação, pois embora totalmente dependente na locomoção, sentia-se mais próximo do padrão “normal”, mesmo dentro da deficiência. Afinal não precisava mais ser transferido através de uma maca, pois agora tinha seu veículo de locomoção. A cadeira de rodas para uma pessoa deficiente

acaba sempre simbolizando sua incapacidade e dependência, assim geralmente ocorre forte resistência ao uso da mesma e muitos pacientes acabam protelando seu emprego. É como se aceitando utilizar uma cadeira de rodas estivesse “dando o braço a torcer” na situação em que se encontra e com isso não acreditando mais na reabilitação plena. Afinal, todos os lesados medulares, impreterivelmente, iniciam o tratamento acreditando que voltarão a andar.

Com o uso da cadeira, Rogério se sentia mais apto a olhar o que vinha pela frente no seu tratamento; senti que o início desse uso podia ser encarado como um marco, ou mesmo um divisor de águas na sua reabilitação. Passada a fase de negação e de elevadas expectativas para voltar a andar, ele se via agora diante do “que eu posso fazer daqui em diante”? E fomos trabalhando o verdadeiro prognóstico, com as reais possibilidades dentro do que estava vivendo. Também fomos retomando como se sentia diante das mudanças ocorridas e o que poderia ser feito eficazmente para melhorar alguns fatores que clamavam transformações. Com o desejo de retomar aos poucos sua vida afetiva e sexual, estipulou um prazo para voltar a freqüentar seu quarto, mesmo fazendo uso da cama hospitalar (que ainda era necessária, devido às aspirações). Conversou com a esposa a esse respeito e puderam modificar e reorganizar o quarto do casal. Sabia que precisaria de tempo para que Márcia pudesse retomar o papel sexual de esposa (o que vinha sendo também trabalhado com ela), mas estava disposto a efetuar as mudanças que julgava importantes e possíveis.

Também se dispôs a retomar de forma mais incisiva seu contato com os filhos, que estava prejudicado com a limitação física, pois receava ter que compartilhar a realidade com os mesmos. Adotava com eles a mesma maneira que vinha encarando o problema, utilizando-se da negação. Às vezes, na sua fala, eu tinha a impressão de que assistia a um novo episódio do filme “A vida é bela” (1997), em que o filho é poupado da realidade no campo de concentração. Falei sobre essa sensação a Rogério, que questionou se aquela não seria a melhor forma de mostrar a verdade às crianças. Expliquei que elas também tinham o direito de saber o que realmente acontecia e participarem de maneira mais ativa de sua reabilitação.

—Penso que o relacionamento deve ser autêntico e neste sentido, os filhos também devem ser inseridos nessa forma de relação. A proteção ocorre pela forma de contar os fatos, e não por eles em si.

—É, eu já percebi que se estou mais triste eles também ficam, e se estou bem, mesmo nessa situação, eles também ficam mais alegres. Às vezes eu tento brincar um pouco com isso tudo; já até coloquei o Lucas (filho mais novo) no colo para dar uma voltinha com a cadeira

de rodas. A Andréa demonstra que entende mais, e quer sempre ajudar Márcia a fazer o que puder comigo.

Como já citado, Rogério tinha dois filhos: Andréa era uma menina de oito anos e Lucas o filho de dois anos e alguns meses. Ambos eram crianças bonitas e bastante ativas.

—E como você vem reagindo a esses cuidados por parte dela?

—Ah eu deixo, porque eu vejo que ela gosta, e também porque a Márcia se sobrecarrega se fizer tudo sozinha.

—E o Lucas como reage com você?

—Às vezes, eu acho que ele fica meio triste, pois como ele é muito arteiro, se fica mais quieto é porque está triste. Logo que eu cheguei em casa, após a internação, ele me olhou de um jeito muito estranho e perguntou se eu ia ficar daquele jeito pra sempre. Aí foi aquele ‘chororô’, eu tive que me conter para não chorar.

—E porque se conteve?

—Acho que seria pior se eu chorasse, porque toda a família já estava muito abalada, eu precisava demonstrar que estava bem.

—Parece que sempre está tentando proteger as pessoas, mas com isso não se depara com sua verdadeira dor.

Falamos mais sobre esta forma de reação, e também sobre a relação com os filhos, já que agora se sentia mais preparado para reassumir as funções paternas, que haviam sido temporariamente negligenciadas. Dizia que queria compartilhar da educação dos filhos com Márcia, mas temia não ser respeitado devidamente pela situação de deficiência. Pontuei que as limitações físicas não o impossibilitavam de falar com eles e orientá-los da forma que achasse pertinente. Era importante participar, mesmo que à distância em alguns casos, de tudo que envolvesse a vida dos filhos, opinando e falando aquilo que estava pensando a respeito, como fazia antes da lesão.

Fui sentindo o quanto Rogério estava mais adaptado (esta seria a palavra?) à sua condição, mas sempre demonstrando motivação e desejo de continuar a realizar tudo o que podia fazer. A organização de sua casa, visando o retorno ao seu quarto foi razão de grande alegria para ele e para Márcia, que estava receosa com as expectativas do marido referentes ao contato sexual. Eu percebia um movimento contraditório em algumas situações, pois enquanto Rogério queria melhorar e voltar, com suas devidas limitações, a realizar tudo o que podia, inclusive na vida conjugal, Márcia estava mais retraída com esse movimento, sentindo-se cada vez mais distante do homem com quem havia se casado.

Numa sessão, expôs o fato de não conseguir sentir mais atração, pois por ter que cuidar das partes que envolviam auxílios higiênicos, acabava sentindo certa repulsa em manter outros contatos. Dizia amar o marido e demonstrava intenção em continuar cuidando, convivendo e compartilhando sua vida com o mesmo, mas não se sentia ainda preparada para retomar a vida sexual. Como aquela era uma situação bastante delicada para o casal, resolvi continuar mediando a conversa, pois embora fosse necessário que Márcia dissesse para Rogério que não estava disposta, no momento, a se relacionar com ele, também era importante não ferir sua auto-imagem, que estava já abalada com sua mudança corporal.

Assim, falei a ele sobre a importância de respeitar o tempo que Márcia precisava, também, para se reconstituir, já que a perda sofrida não era só dele, mas também ela, como esposa, havia perdido o corpo do seu marido. Com essa perda, ambos haviam se transformado, e estavam agora tentando se ajustar à nova situação, assimilando aquilo que era novo ao que já era antigo e habitual. Estavam vivendo uma transição, onde a delicadeza, a compreensão e o respeito pela alteridade eram sumamente importantes para a continuidade do casamento. O fato era que Rogério estava fisicamente impedido de realizar suas funções sexuais, mas seu desejo continuava ali, intacto. Precisei orientá-los sobre a possibilidade de retomar a fase de namoro, com carinho, cumplicidade, leveza, mas sem o ato propriamente sexual, ao menos por enquanto. Ele se mostrou compreensivo ao apelo de “ir com calma”, dizendo que com Márcia sempre fora assim, desde o início do namoro, o que não o surpreendia.

Já se passavam seis meses do acompanhamento e eu sentia que embora estivéssemos evoluindo em muitos pontos, ainda era necessário trabalhar os aspectos negativos que vinham defrontando-o com a deficiência, pois era habitual que fugisse um pouco dos fatos reais. Ao mesmo tempo em que entendia como alguns fatores eram ruins e de difícil aceitação, parecia compensar os mesmos, criando um mundo à parte, onde fantasiava seu prognóstico. Essa estratégia se mostrava saudável por um lado, pois o protegia das conseqüências assustadoras de seu quadro, mas por outro, parecia prejudicar a possibilidade de pensar em estratégias reais de aceitação e mudanças em sua vida. O foco no desejo de voltar a trabalhar ou realizar alguma atividade que pudesse desempenhar começou a se fazer presente. E com isso pude pontuar o que era possível dentro de suas limitações e o que eram idéias fantasiosas.

Estava difícil assimilar que não pudesse mais retomar seu trabalho dentro da corporação, porém o apoio de outros profissionais da área que também haviam passado por situação semelhante e mesmo dos colegas foram extremamente importantes neste movimento.

De forma diretiva, sugeri que pensasse em atividades que gostaria de realizar e que achasse viáveis em sua situação. Ele me contou que a esposa vinha pensando em abrir “algum negócio”, para ajudar nas finanças, e ele estava bem propenso a aceitar, para também ter um espaço onde pudesse estar e se sentir “mais útil”. O fato de “ter que se aposentar” abria uma ferida aguda em Rogério, que sempre fora um profissional idealista e apaixonado pela profissão, como por tudo mais que fazia. Assim, sofreu bastante com esse acontecimento, que simbolizava o término de sua carreira na polícia. Como estávamos no processo de reflexão acerca das verdadeiras possibilidades, encarou esse fato de forma mais realista, embora com profunda dor pela perda de mais uma conquista.

Rogério passava por diversas mudanças conseqüentes à aquisição de sua deficiência, efeito do tiro que levava, e esse fato necessitava ser avaliado e devidamente refletido, já que tudo o que vinha passando era resultado de um ato de violência por parte de outra pessoa. Quase não citava o acontecimento, e eu poupando-o também, sem entrar muito nesse tema, repetia a mesma atitude dos demais. Até que resolvi perguntar mais especificamente o que sentia pelos homens que o haviam agredido, ao que me respondeu que ficava com raiva ao pensar no resultado do tiro, mas que com a profissão, aprendera a tolerar melhor esses atos. Olhava para o fato com olhos de policial e não com os de vítima. Assim, parecia que ao mesmo tempo em que lutava contra as pessoas que cometiam crimes, também banalizava a forma de sentir a atitude de violência, encarando o acontecimento com uma surpreendente (para mim) normalidade, como se fosse mais uma “ocorrência” profissional.

Também Márcia passava por várias mudanças, no que se referia à administração de algumas situações da casa e do cotidiano familiar. Antes da lesão de Rogério, ela não dirigia embora tivesse a carta de habilitação, “nunca precisou” (sic) dirigir, já que o marido o fazia. Pelo fato de dependerem de outras pessoas (parentes e amigos) para sair com eles, reaprendeu a dirigir e driblou o medo, que a prejudicava. Na primeira vez que foi à instituição dirigindo, chegou eufórica de contentamento, assim como Rogério que via, ali, maiores possibilidades de sair de casa, não somente para tratamentos, mas para alguns passeios também.

Com todas essas mudanças, Rogério estava mais otimista e realista, incentivando Márcia na decisão de abrir um bar próximo à sua casa. Sentia mais vontade de sair e participar de alguns eventos que não mais freqüentara, como festinhas da família e comemorações do batalhão onde trabalhara. A sua situação física continuava a demandar muitos cuidados, pois ainda fazia uso da traqueia, não mantinha o controle de tronco, o que impedia que ficasse mais elevado na cadeira, além das dificuldades esfinterianas que obrigavam o uso de fraldas. Mas,

mesmo com todas essas complicações, Rogério se sentia mais tranqüilo e envolvido na rotina tanto da casa, como de outros contextos. Precisaria continuar realizando fisioterapia e fonoaudiologia por um longo período, para melhorar sua condição clínica. O tratamento psicoterápico também era necessário, especialmente para que eu pudesse acompanhar as suas novas investidas e o adentrar em outros projetos, que até então eram inéditos em sua vida. No centro de reabilitação, estava envolvido em atividades manuais através da terapia ocupacional, e vinha se mostrando muito motivado na execução de cartões de natal e outras atividades artesanais.

O acompanhamento a Rogério durou aproximadamente um ano e, durante todo este tempo, coloquei-me em posição de muita atenção a tudo que lhe acontecia, especialmente devido às inúmeras intercorrências, que o debilitavam física e emocionalmente. Assim, cada novidade poderia trazer outras conseqüências, que eram vistas sempre como inéditas, mas não mais inesperadas, pois compreendia que seu corpo não mais o obedecia, trazendo profundas marcas que assinalavam seus limites. Mas, a mente é ilimitada e Rogério sabia disso, aliás acho até que aprendi a acreditar nessa idéia através dele e de tantos outros que me mostram que o corpo é parte de um todo, mas que viver compreende muito mais. Encerramos o processo de forma tranqüila e empática, ele aprendera a encarar as dificuldades de frente, mas sem perder a forma cuidadosa como enxergava as coisas, protegendo-se e resguardando aqueles que lhe eram queridos. Rogério continuava a servir, pois mudanças acontecem, mas sem abandonar o que se é em essência.

Oh Deus, que faço desta felicidade ao meu redor, que é eterna, eterna, eterna, e que passará daqui a um instante porque o corpo nos ensina a ser mortal (LISPECTOR, 1999b).

V. Análise das histórias

5.1. Persona e sombra nas deficiências físicas motoras

Eu sabia que nós somos aquilo que tem de acontecer

(Clarice Lispector)

Ao falar sobre o conceito de persona, é necessário formular o que Jung propôs como definição da mesma, que seria a designação original para *máscara*, aquela usada pelo ator, que assinalava o papel que ia desempenhar na peça.

Como seu nome revela, ela é uma simples máscara da psique coletiva, *máscara que aparenta uma individualidade*, procurando convencer aos outros e a si mesma que é individual, quando na realidade não passa de um papel ou desempenho através do qual fala a psique coletiva (JUNG, 2003; p.134).

Apropriamo-nos da persona nas relações que estabelecemos, e assim nos apresentamos de acordo com o perfil necessário ao contexto. “Ela acaba funcionando como um compromisso entre o indivíduo e a sociedade, delimitando aquilo que alguém parece ser: nome, título, função e isto ou aquilo” (Ibid.).

Pensando sobre o papel do ego e do Self na psique, é importante definir a que estou me referindo e que local estes conceitos ocupam aqui. Para Jung, o Self representa a personalidade global, que não pode ser captada em sua totalidade, sendo que para o ego essa instância assume uma abrangência maior, delimitando-o. Em Neumann (1980, p.14) vemos que “o ego vivencia o Self como um oposto, que se manifesta no interior da psique como o centro do Self e, no exterior como o mundo ou como outro ser humano, ou como a projeção de uma imagem arquetípica”.

Quando pensamos em uma pessoa que porta deficiência física, somos levados a imaginar alguém que carrega desvantagens e dificuldades, enfim características que inferiorizam e sobrepõem outros aspectos da personalidade, como se a pessoa fosse a sua

própria deficiência, como aponta Amaral (1987) no título de sua dissertação “A deficiência como figura e a vida como fundo”, o que demonstra a força desse arquétipo quando “encarnado”. Tudo aquilo que se diferencia da maioria provoca uma intensa carga afetiva, que pode ser configurada na cristalização de uma persona reduzida à característica mais marcante de uma pessoa. Isso não acontece somente pela apropriação do indivíduo daquilo que o distingue, mas também pela estigmatização inerente à figura do deficiente, que culturalmente é percebido como inferior, devido às desvantagens que porta. Ainda, segundo Amaral (1995, p.35), ocorre uma condição desviante na anatomia humana, quando “por exemplo, há falta ou excesso. É ou não é um corpo desviante, da espécie humana, conforme esteja ou não constituído segundo os parâmetros fixos e imutáveis da natureza”.

Essa condição perpassada por gerações promove a forma negativa de se encarar aquilo que é diferente, e nesse sentido a pessoa que adquire uma deficiência tem que se haver com seus próprios preconceitos arraigados anteriormente. Os sentimentos inerentes que circundam o deficiente geralmente se caracterizam por pena e comiseração, ele “nos remete, queiramos ou não, a uma relação vertical: temos piedade de alguém a quem olhamos *de cima para baixo*, que (em nosso entendimento ou de fato) sofre – mas sofre num *patamar inferior* ao que estamos solidamente instalados (AMARAL, 1995; p.184). Sob esse aspecto, vemos como a persona do deficiente é comumente incorporada aos aspectos da psique de quem a porta e das pessoas com quem convive. Visualizamos essas afirmações nas três intervenções expostas, seja na forma como o paciente chega à sessão, geralmente muito fragilizado ou como fala de suas limitações, com forte auto-comiseração. O que parece ocorrer é que a persona do deficiente assume o papel principal, invadindo todos os outros aspectos do ego, interferindo na maneira de se relacionar com o mundo e consigo próprio.

Obviamente, não podemos generalizar a afirmação de que *todas* as pessoas que adquirem uma seqüela física se sintam fragilizadas, pois isso depende da maneira individual de como cada pessoa lida com o ocorrido. Em condições *normais* utilizamos inúmeras máscaras que vão se adequando ao contexto em que nos inserimos,

temos de descobrir que usamos nossas vestimentas representacionais para proteção e aparência, mas que também podemos nos trocar e vestir algo mais confortável quando é apropriado, e que podemos ficar nus em outros momentos. Se as nossas vestes grudam em nós ou parecem substituir a nossa pele é bem provável que nos tornemos doentes (WHITMONT, 1969; p.140).

Ainda para esse autor, quando ocorre a indiferenciação entre ego e persona, pode surgir um pseudo-ego, que é um “precipitado estereotipado dos padrões coletivos” (Ibid.).

Esse ego está distanciado das intenções do Self, já que não corresponde mais àquele que vinha se desenvolvendo. Podemos dizer que houve uma ruptura da vida e de tudo que vinha se realizando, inclusive na formação do ego, o que leva a crer que um outro se configura, distante do original.

Num primeiro momento, é bastante natural que isso ocorra, quando não há uma negação maciça da condição que se estabeleceu. Assim, é importante que ocorra a identificação com a persona do deficiente, para uma melhor assimilação do quadro. Porém, como esta carrega tanto estigma, a identificação acaba se realizando pela sombra coletiva, que simboliza os aspectos negativos e velados que envolvem o conceito de deficiência.

Assim como a loucura, a deficiência na Antiguidade oscilou entre dois pólos bastantes contraditórios: ou um sinal da presença dos deuses ou dos demônios; ou algo da esfera do supra-humano ou do âmbito do infra-humano. Do venerável saber do oráculo cego à ‘animalidade’ da pessoa a ser extirpada do corpo sadio da humanidade. Assim foi por muito tempo, em várias civilizações (ancestrais da nossa) (AMARAL, 1994; p. 14).

Nos casos aqui discutidos, podemos verificar que a sombra do estigma referente à desvalia e inferioridade representadas pela marca da deficiência também faz parte do inconsciente coletivo dos pacientes, o que inicialmente dificulta a relação do mesmo com sua deficiência. Assim, podemos notar como os aspectos sombrios são mais difíceis de serem elaborados, justamente pelo estigma que carregam, deflagrando complexos e mobilizando conteúdos de significado negativo.

Nesse contexto, sem me ater demasiadamente, é importante falar sobre o conceito junguiano de complexo que se evidencia durante o processo analítico. Um complexo é um aglomerado de associações, funcionando como uma espécie de quadro de natureza psicológica mais ou menos complicada e que pode ser às vezes de caráter traumático, outras, apenas doloroso e altamente acentuado (JUNG, 1996).

O complexo, por ser dotado de tensão ou energia própria, tem a tendência de formar, também por conta própria, uma pequena personalidade, comportando-se enfim como uma personalidade parcial (Ibid; p. 66).

Ao pensar nas histórias aqui contadas, percebemos como a maneira de lidar com a situação da aquisição da deficiência explicita os complexos que estão sendo vivenciados. A forma de assimilar um fato se reflete na maneira como essa “personalidade parcial” está constelada.

Então, vemos que além dos aspectos da persona e da sombra, também somos *assombrados* pelos complexos. Entretanto não são somente essas instâncias que surgem das “profundezas de nosso inconsciente”, mas também as influências da anima e do animus. Chamamos de *anima* à

“personificação de todas as tendências psicológicas femininas na psique do homem – os humores e sentimentos instáveis, as intuições proféticas, a receptividade ao irracional, a capacidade de amar, a sensibilidade à natureza e, por fim, mas nem por isso menos importante, o relacionamento com o inconsciente” (VON FRANZ, 1975; p. 177).

No processo psicoterápico de abordagem junguiana, este conceito assume relevante importância ao considerarmos os aspectos inconscientes que estão atuando sobre a consciência. Da mesma forma, na mulher, ocorre a manifestação do *animus*, que é o elemento masculino interior, cujo caráter é basicamente influenciado pelo pai da mulher. É o pai que dá ao animus da filha convicções incontestavelmente ‘verdadeiras’ e de um colorido todo especial, convicções que na maioria das vezes não tem nada a ver com a pessoa real que é aquela mulher. (Ibid.).

Nas histórias aqui retratadas, vemos como esses aspectos inconscientes se manifestam de forma reveladora. O fato de Lucia estar “tomada” por características de seu animus faz com que não consiga entrar em contato com suas dificuldades reais, prejudicando, inclusive, a relação com seu homem externo. Este, por sua vez, manifesta características de sua anima, que parecem confrontar com os arquétipos da esposa, ao invés de ocorrer uma complementação dos papéis. A dificuldade estabelecida entre o casal indica a necessidade do reconhecimento dessas formas de ação, para que possam ser integradas à consciência criativamente. Em Jung (1998, p.13) vemos que “todas as vezes que o animus e a anima se encontram, o animus lança mão da espada de seu poder e a anima asperge o veneno de suas ilusões e seduções”.

Também Sueli se depara com os conflitos típicos de quem é mãe de um adolescente, chegando a expressar uma passividade em relação a tudo que lhe acontecia, por se submeter ao complexo de que deveria ser uma mãe permissiva, já que fantasiava sobre a rejeição que o filho sentira ao ser colocado para adoção. Esta falta de iniciativa também é interpretada por von Franz (1975, p.191, grifo do autor) como influência do animus:

Uma estranha passividade, uma paralisação de todos os sentimentos ou uma profunda insegurança que pode levar a uma sensação de nulidade e de vazio é, às vezes, o resultado de uma opinião inconsciente do *animus*.

Essas personificações inconscientes exercem uma autoridade muito forte sobre o ego, limitando seu poder de se definir e encarar as situações de forma mais realista, ou melhor, mais consciente. Isso ocorre porque o ego acaba se identificando com elas, não conseguindo reconhecê-los como fruto do inconsciente.

Também a noção de arquétipo assume importância quando utilizamos como base teórica a psicologia analítica, e nesse sentido a definição de Jacobi (1991, p.37) parece explicitar de forma mais simples este conceito, que segundo ela é não é uma tarefa comum, nem mesmo para Jung. “Os arquétipos são fatores e motivos que coordenam elementos psíquicos no sentido de determinadas imagens (que devem ser denominadas arquetípicas) e isso sempre de maneira que só é reconhecível pelo efeito”. Como construto também biológico de natureza psicóide, Jung define que seu surgimento ocorre com a vida e não como uma instância que aparece em determinado momento da mesma, assemelhando-se sob esse aspecto ao conceito de instinto. Os arquétipos se representam através de imagens que se refletem no inconsciente pessoal, mas que fazem parte do inconsciente coletivo.

Os conteúdos arquetípicos são dados à estrutura psíquica do indivíduo, na forma de possibilidades latentes, tanto como fatores biológicos como históricos. De acordo com as condições proporcionadas pela vida externa e interna do indivíduo, atualiza-se cada vez mais o arquétipo correspondente e, ao receber forma, ele aparece diante da câmara do consciente, ou como Jung diz, é ‘apresentado’ ao consciente (Ibid, p. 40).

Esses conceitos foram expostos para fins elucidativos, entretanto o foco deste capítulo recai de forma mais evidente sobre os conceitos de persona e sombra, cuja relevância se explicita na interpretação e avaliação das intervenções aqui relatadas.

Na psicologia analítica, a sombra se refere com frequência à parte da personalidade que foi reprimida e que, portanto, foi renegada como algo ruim, que deve ser afastado da consciência.

Infelizmente, a repressão não elimina as características ou impulsos, nem as impede de funcionar. Apenas as remove da consciência do ego; elas permanecem como complexos (...) A sombra, portanto, consiste nos complexos, nas características pessoais que repousam em impulsos e padrões de comportamento, os quais são uma parte *escura* definida da estrutura da personalidade (WHITMONT, 1969; p.146, grifo do autor).

O diferente traz sempre a marca do que é negado, já que expressa o oposto do que é comumente aceito e, nesse sentido, explícito e claro. Em contrapartida à luz do que é conhecido e genérico, somos “assombrados” com aquilo que não conhecemos e que, portanto,

rejeitamos. Na deficiência, somos obrigados a olhar para um corpo que é marcadamente diferente, revelador de uma história que aguça a curiosidade, ao mesmo tempo em que nos afasta do que é considerado ideal. “Para quem pode ler o corpo, ele guarda o arquivo de nosso lado rejeitado, revelando o que não ousamos falar, expressando nossos temores passados e presentes” (CONGER, 1993; p.103). Num corpo deficiente, ocorre a explicitação de um acontecimento, que geralmente reflete muita dor, mas que está ali o tempo todo, de forma evidente. Nas representações históricas em que há deficientes, estes são personificações maléficas, a quem atribuímos o mal. Nesse aspecto, a projeção de conteúdos negativos recai sobre aquele que se desvia do padrão do que consideramos “normal”. “Na Idade Média, muitas vezes, o deficiente era considerado possuído pelo demônio, pois se entendia que quando faltavam a razão e a perfeição aí estava o mal” (AMARAL, 1995; p.49).

Antes da aquisição da deficiência, as pessoas cujas histórias foram contadas, assumiam personas compatíveis com os cargos profissionais, papéis na família e outros condizentes com a situação. Assim, vemos em Rogério a personificação do policial militar, que mesmo em condição distante do contexto profissional, continua a se comportar de forma a manifestar essa máscara já arraigada. Os papéis familiares também trazem uma marca indelével, mesmo que haja inversão dos mesmos temporariamente. Mas o pai de família deseja continuar sendo visto dessa forma, assim como a mãe, que já não pode mais acompanhar o filho em todas as situações, mas cuja proteção e carinho permanecem. Para Jung (2003, p.72):

não é por acaso que da palavra *persona* derivam os conceitos modernos de ‘pessoal’ e de ‘personalidade’. Assim como posso afirmar que meu *eu* é pessoal, ou que é uma personalidade, também posso dizer, no que se refere à minha persona, que constitui uma personalidade com a qual me identifico num grau maior ou menor .

A aquisição da deficiência assinala o confronto com esses aspectos que até então estavam encobertos pela não experiência vivenciada. Só podemos reconhecer algo inconsciente quando este se revela na consciência, seja através dos sonhos, fantasias (incluindo as imagens) ou neste caso, experiências de vida a que somos submetidos. Em Alves (2006), verificamos como a deficiência assume o cenário principal, escondendo as outras partes da pessoa que está ali vivenciando o drama de adquirir uma seqüela que se revela corporalmente e nesse caso, na face - via direta de comunicação com o mundo.

A sombra é a contraparte do ego, e como tal se apresenta de forma não aceitável, pois representa aquilo que renegamos em nós mesmos. Assumir que se tem um preconceito com

relação ao diferente parece ser algo condenável, e assim se torna mais fácil negar este fato e não lidar com os aspectos que estão sendo reprimidos.

O reconhecimento da sombra pode ocasionar efeitos muito marcantes na personalidade consciente. A própria noção de que o mal da outra pessoa poderia estar apontando para nós mesmos apresenta impactos de vários graus, dependendo da força das suas convicções éticas e morais (WHITMONT, 1969; p. 147).

Em Rogério vemos que o preconceito também chega de forma velada, o que dificulta, inclusive, o trabalho de assimilação da deficiência e de seus aspectos ruins.

Talvez seja interessante pensar que a deficiência não precisa ser encarada nem como algo bom, nem ruim. A unilateralidade das nossas concepções e juízos de valor faz com que sempre criemos o *bom* e o *mal*, porém não pensamos na possibilidade de existir os dois lados. Como cita Ribas (1985, p.73) “a deficiência não é boa nem ruim, é a deficiência apenas” e nesse aspecto é necessário refletir sobre as polaridades e ambigüidades que esse conceito desperta. Como já disse, ser deficiente não é nada simples, pois além de todas as limitações físicas que impedem ou prejudicam alguns movimentos, ocorre também o estigma cultural, social, familiar ou pessoal. E nessas situações, a importância de se considerar essas vertentes é extremamente pertinente. A visão unilateral (e tendenciosamente patriarcal) ocorre nas histórias aqui contadas, especialmente quando aferimos a forma unipolar com que Lucia vivencia suas experiências, antes mesmo da amputação. A possibilidade de perceber como lidava com as situações cotidianas, promoveu mudanças que suscitaram a melhora nos relacionamentos e no seu quadro clínico. A manifestação do transtorno bipolar parecia simbolizar a resistência que possuía em olhar para o outro lado das coisas. Para Freitas (1987, p.15):

algumas pessoas acabam encontrando formas de finalmente manter, ou recuperar, o diálogo entre as duas vertentes. Passam por crises, que nada mais são que a vivência do desencontro e da solicitação para o encontro entre as duas vertentes; e ao superar as crises conseguem formas mais abrangentes de atender às demandas do Self, ampliando assim seu campo de consciência. Isto é, dando mais um passo no processo de individuação .

As sombras individuais se manifestaram de forma semelhante nos pacientes, tendo como pontos comuns a vergonha na exposição de seu corpo mutilado, o que pode ser evidenciado na forma coletiva como a deficiência é visualizada. Os sentimentos de vergonha sugerem outros tantos mobilizados com a perda física, como os de inferioridade, não aceitação, feiúra e outros que interferem na relação da pessoa com a sociedade e com ela

mesma. O fato de acreditar que uma pessoa com deficiência se depara com situações de maior complexidade que outras *normais*¹⁵ e por isso é vítima de uma condição inferior também simboliza a forma arraigada de como o deficiente é visto culturalmente, o que alimenta o pensamento individual de limitação e incapacidade. A sombra vem representar os medos e anseios sofridos após a aquisição da deficiência, porém demonstra a maneira explícita de como essa questão é evidenciada socialmente, pois está associada ao arquétipo do inválido e conseqüentemente da inutilidade.

A preocupação estética também deve ser considerada como uma característica dos aspectos da persona, já que a forma como nos apresentamos ao mundo também requer estereótipos mais aceitos em determinadas culturas. Assim, possuir uma deficiência estigmatiza, trazendo sentimentos de vergonha e comiseração, especialmente numa cultura que preza valores relacionados à beleza e uniformidade. Para Fine e Asch (1989), as mulheres deficientes são consideradas assexuadas, desprovidas de sensualidade, o que pode ser verificado quando descrevo na história de Lucia, que se sente menos mulher por estar amputada e como esse sentimento altera a forma de se relacionar com seu marido.

O nível de amputação também interfere na assimilação da deficiência, assim pessoas com amputação abaixo do joelho geralmente possuem marcha mais independente devido ao movimento da articulação do joelho, nos casos de amputação transfemural (acima do joelho), pode ocorrer uma dificuldade maior. Isso acarreta sentimentos de auto-desvalorização e impotência, além do receio real de não conseguir deambular seguramente com uma prótese. Essas afirmações podem ser corroboradas no estudo de Rybarczyk, Nicholas e Nyenhuis (1997), que compara pessoas com níveis e causas de amputação diferentes, demonstrando como esses fatores interferem na qualidade de vida da pessoa e em sua saúde mental. Segundo esses autores, quando ocorre uma amputação transfemural, há uma tendência a se sentir menos potente, o que influencia a auto-estima.

Venho através da prática percebendo a necessidade de, após o acolhimento ao paciente, ir pontuando de forma mais diretiva todos os aspectos (considerados negativos e positivos do quadro). Essa forma se diferencia conforme a maneira de enfrentamento do paciente. Existem casos em que negação é tão forte, que ocorre a necessidade de pontuar mais diretamente quais as verdadeiras limitações físicas em contraposição à sensação experienciada da mesma, que pode ser mais exacerbada que a realidade enfrentada. Segundo Kovács (1997, p.108):

¹⁵ Itálico meu.

os modos de enfrentamento mais eficazes têm um elevado grau de flexibilidade: o que pode ser altamente adaptativo num período pode não sê-lo em outro (...), os principais preditores de uma boa capacidade de enfrentamento envolvem: 1) busca de resolução do problema; 2) manejo da doença/deficiência num processo dinâmico, ocorrendo modificações em função das circunstâncias e constante avaliação da situação; 3) flexibilidade; 4) apoio familiar, da comunidade, dos amigos e dos profissionais de ajuda).

Não acho que se deva generalizar a conduta, que depende da forma como o paciente chega e de como enfrenta as dificuldades oriundas do acometimento físico. Porém, acredito na importância de acessar esses conteúdos para ajudá-lo a lidar com as fantasias que permeiam seu caminho e podem tanto auxiliar na aceitação do prognóstico, quanto frustrar pelas falsas expectativas.

Apenas quando reconhecemos aquela parte de nós mesmos que ainda não vimos ou preferimos não ver é que podemos seguir em frente, questionar e encontrar as fontes em que ela se alimenta e a base em que repousa (WHITMONT, 1969; p. 148).

O paciente sempre chega contaminado com o imaginário coletivo da deficiência como algo extremamente negativo, caracterizado pelas mais diversas definições: aleijado, incapaz, impotente, manco, defeituoso, limitado, mutilado, parálítico etc. Assim, vê-se obrigado a enfrentar, além de seu próprio preconceito, aquele que existe social e historicamente. Por esse fator, chega identificado com a persona construída coletivamente, esquecido de seus outros tantos atributos, esquecido de si mesmo. Retomo aqui o conceito de persona, para dizer que esta aparece impregnada de sombra, também de caráter coletivo e histórico. Podemos até mesmo dizer que aquele pseudo-ego (em alusão a Whitmont, 1969) traz uma mistura de persona coletiva e sombra (pessoal e social).

Se a persona está *colada* de forma rígida demais, se falta à pessoa a distinção necessária entre a pele individual e as vestes coletivas, ela se encontra numa posição precária; é como se a pele não pudesse respirar (...) A coletividade e a individualidade são um par de opostos polares, daí haver um relacionamento de oposição e de compensação entre a persona e a sombra (Ibid, p. 142, grifo do autor).

Vemos em todas as histórias relatadas, que o contato inicial com a deficiência é sempre negativo e depreciativo, sendo assim o Self parece distanciado daquele novo ser que se desponta.

O apego à persona é um dos grandes problemas do ego no desenvolvimento da personalidade. Este apego pode inverter a função normal da persona na qual ela é

estruturante e evita formar a sombra. Ao se apegar ao que passou, o ego não desenvolve o novo que irá se expressar pela sombra (BYINGTON, 1988; p.20).

Em outras situações, a persona do deficiente assume o papel principal, substituindo atitudes que pareciam não contemplar aquilo que era vivido pela pessoa. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido por Freitas (1990) demonstra o quanto a identificação com a máscara pode expressar aspectos também da sombra, que emergem no trabalho que ela realiza com o uso de máscaras. “Algumas pessoas se sentem protegidas e escondidas atrás da máscara, e outras se sentem demasiadamente expostas. Coisas da sombra... E da persona. E do ego... Coisas do ser humano, enfim”(Ibid, p.89). Com a máscara do deficiente, esse processo parece ser semelhante, já que a identificação ocorre pelas várias atribuições que ela pode comportar.

Também é importante salientar aqui (sem pretender me aprofundar neste tema) o quanto a persona do profissional imbuído de poder, como o policial militar prevalece sobre as demais características. Observamos como Rogério se sente desolado com o fato de não ter adquirido a deficiência numa “ocorrência policial”. Parece que se o acontecimento que o deixou tetraplégico tivesse ocorrido enquanto estava trabalhando seria encarado de forma bem diferente, pois continuaria na persona do policial, mesmo com a deficiência, como se o tiro pudesse simbolizar um prêmio pelo bom desempenho profissional.

O policial militar, através de sua atuação profissional acaba assumindo características que delimitam as práticas no seu cotidiano e na sua maneira de ser. Dessa forma, uma pessoa que escolhe trabalhar naquela corporação, quando por opção ditada pelo desejo de “servir” através de um poder que lhe é manifestamente atribuído, está seguindo seu impulso natural, já trazendo em seu perfil características pertinentes às funções que deverá exercer. Ao assumir essa persona de forma rígida, perde grande parte das vezes o contato com outras qualidades de sua personalidade. “O homem dotado de persona não tem a menor idéia das realidades interiores, do mesmo modo que o tipo a ele oposto tem apenas o valor de um pátio de recreio divertido ou fantástico” (JUNG, 2003; p. 75). A flexibilidade em alterar as várias personas nas quais nos “fantasiamos” garante que tenhamos maiores possibilidades de adaptação às mais diversas situações. O que parece não acontecer quando ocorre a fixação num papel determinado, como aquele do profissional que pensa se estabelecer através das características inerentes à uniformização do cargo.

A fixação nos aspectos característicos da persona pode funcionar como um mecanismo para não entrar em contato com outros aspectos da psique, que poderiam explicitar conteúdos até então reprimidos pela consciência, como a própria sombra. Mas, essa rigidez acaba facilitando o extravasamento daquilo que se é, mesmo quando represado,

até mesmo o homem iluminado permanece aquilo que é nada mais do que o seu próprio eu colocado em face daquele que habita em seu íntimo, cuja figura não tem ‘limites’ definidos e reconhecíveis, e que o envolve por todos os lados, profundo como os fundamentos da terra e imenso como a vastidão dos céus (JUNG, 1986; p. 113).

Vejo que, nesse contexto, também é importante que eu possa mencionar como a persona do terapeuta em contraposição à sombra da deficiência é mobilizada, inclusive no inconsciente do paciente, podendo gerar uma transferência negativa, onde a capacidade física do terapeuta é compreendida como um fator assimétrico na relação terapeuta-paciente. Assim, o fato de interagir com a própria sombra, com as próprias feridas instaura no terapeuta a possibilidade de sair do papel seguro que a persona oferece.

No arquétipo do *terapeuta ferido* o analista tem um paciente interior. No entanto, se ocorre a repressão deste pólo, o psicólogo sente que as deficiências estão somente no paciente e ele próprio está protegido. Não será mais o terapeuta ferido que confronta os pacientes e neles constela o fator curativo interior. Deste modo, o analista reprime um pólo do arquétipo e projeta a deficiência completamente no paciente, identificando-se exclusivamente com o pólo da saúde (SILVA, 2006, p.6).

A possibilidade de transitar entre os diversos papéis a que nos submetemos e somos impelidos permite a flexibilidade necessária para que o ego possa acumular experiências e retomá-las quando o contexto exigir. Assim, também para os pacientes trazidos a este trabalho, o fato de não ficarem cristalizados apenas na persona do deficiente auxilia na retomada de funções anteriormente exercidas ou mesmo na implantação de outras não planejadas previamente. Estar imobilizado numa cadeira de rodas estimula a pensar em mudanças de projetos, de características, de desejos, de presente e futuro. Rogério precisou, então, assimilar a persona do deficiente físico, para a partir daí se refazer e entrar em contato com outras *máscaras* a serem utilizadas. Lucia pôde retomar papéis que estavam perdidos ou esquecidos e que lhe traziam outros sentidos e, finalmente, Sueli conseguiu exercer novamente algumas funções que haviam sido proteladas por conta do AVC.

5.2. O Corpo como expressão simbólica da relação com o mundo e consigo mesmo

É a experiência da corporificação que nos dá a experiência de estarmos vivos

(Stanley Keleman)

Viver envolve muitas possibilidades, porém o que nos remete a sensação de estarmos vivos é o que perpassa a noção de ego, que se presentifica no corpo. Assim, somos o que nosso corpo projeta, aquilo que ele revela, desvelando formas, determinando metas, incorporando desejos. Nossa forma corporal funciona como símbolo do Self, permeando nossa relação com o mundo, e assim a exprimindo. Keleman (2001), em seu “Mito e Corpo”, revela que a corporificação determina a forma de se estar vivo e que o corpo funciona como imagem e experiência somática, engendrando a própria visão de futuro. Embora esse autor não siga a orientação junguiana, sua visão dos aspectos somáticos contribui para a ampliação de alguns conceitos necessários a este trabalho.

Para Jung, o corpo é a primeira base do ego, sendo este originário do arquétipo do Self, contendo elementos psíquicos e somáticos. Neste sentido a formação da imagem corporal não resulta apenas de experiências pessoais, mas da relação entre ego e Self, a qual segundo Ramos (1994) tem uma representação corpórea. Para essa autora, a consciência corporal é a percepção de uma parte do corpo total, que seria representado pelo Self corpóreo. Este, também denominado por seguidores junguianos de Self corporal, tem suas raízes no aspecto biológico, considerando que após o nascimento, constitui-se na unidade biopsíquica do corpo da criança em conexão com o corpo da mãe.

Erich Neumann (1980) traça o desenvolvimento do ego a partir do Self corporal, que no início da infância representa a totalidade corporal em junção com o corpo materno. Para

esse autor, o Self do bebê se encontra “fundido” à mãe, sendo que o desenvolvimento do ego está sob a influência total desta.

Mas tanto a ligação da criança com seu corpo como sua ligação à sua mãe são uma expressão do fato de que nesse estágio a totalidade corporal, o Self Corporal, é de maior importância do que o ego, que apenas gradualmente se configura. Assim, a experiência de mundo da criança é a experiência de sua mãe, já que para aquela, a mãe não está dentro nem fora, mas faz parte dela mesma, enquanto expressão de seu corpo (Idem, p.111).

Também para esse autor, o Self, paradoxalmente, consiste naquilo que mais essencialmente nós somos, mas que ao mesmo tempo assume a forma como um “tu”; para a nossa consciência trata-se do centro individual da personalidade, mas simultaneamente possui um caráter universalmente humano e cósmico. “Essa natureza dupla paradoxal do Self manifesta-se precocemente na infância; enquanto a ‘própria essência’ da criança, o Self é o Self corporal; enquanto um “tu”, é a mãe dessa criança” (Ibid, p.14).

Várias são as definições que a palavra *corpo* permite, mas segundo Greiner (2005), o substantivo corpo vem do latim *corpus* e *corporis*, que são da mesma família de corpulência e incorporar. Ela também cita o fato de que *corpus* sempre designou o corpo morto, o cadáver em oposição à alma ou anima. A denominação grega usou *soma* para o corpo morto e *demas* para o corpo vivo. Parece ser desta distinção que nasceu a divisão entre o material e o mental, o corpo morto e o corpo vivo. Daí, a eterna cisão entre corpo e mente, que também foi reconhecida pelo filósofo Leibniz, “que chegou à surpreendente conclusão de que Deus criou o corpo e a alma separadamente, assegurando que sempre ocorreriam paralelamente, em uma espécie de harmonia preestabilizada” (GREINER, 2005; p. 60).

Alguns estudos confirmam que Jung, mesmo não se atendo especificamente aos temas referentes ao corpo, cita a relação corpo-psique em várias passagens. Em artigo à revista *Hermes*, Farah (1996) traz uma compilação do quanto Jung falou sobre o corpo nas “Conferências de Tavistock”, conhecidas no Brasil sob o título “Fundamentos de Psicologia Analítica”. Ela contabiliza noventa e sete parágrafos entre os quatrocentos e quinze totais nas cinco conferências, o que para ela representa a importância desse tema para Jung, embora sua obra não se destinasse a conceituá-lo. Nas passagens do artigo, cita: “Não fuçamos e não nos tornemos inconscientes dos fatos corporais, pois eles nos mantêm na vida real e ajudam-nos a não perder nosso caminho no mundo das meras possibilidades, onde estamos simplesmente de olhos vendados” (Idem, p.111). No levantamento realizado por Farah, é evidente como a indissolubilidade da junção físico e psíquico se torna condição essencial para o que Jung

chama de transcendência. Para este estudo, este aspecto é considerado, especialmente ao nos defrontarmos com aquilo que parece estar dissociado deste caráter transcendental, de corpo e psique. O corpo que se torna deficiente parece estar desligado dos desejos e enlevos da alma, e neste sentido a integração corpo-mente proposta por Jung parece estar danificada também, assim como aquele corpo.

A relação com o mundo expressa a forma como a experiência se realiza e se projeta através do corpo que a vivencia. Para Jung (1985, p.36), “nossa mente inconsciente bem como nosso corpo, é um depósito de relíquias e memórias do passado”. No caso proposto, do corpo deficiente, pode-se dizer que o caráter simbólico é intrínseco a essa relação com o mundo. O símbolo representa alguma coisa além do que sua própria imagem apresenta; assim a experiência advinda do relacionamento sujeito-mundo imprime sua marca e forma um sistema de equivalências em que a deficiência caracteriza a expressão do vivido e assume simbolicamente a maneira como o sujeito se exprime no mundo e o percebe. Jung afirma que o inconsciente só pode ser experimentado no corpo, sendo esta manifestação externa do Self. Para Edinger (1972, p.167):

enquanto estivermos inconscientes da dimensão simbólica da existência, experimentaremos as vicissitudes da vida como sintomas. Os sintomas são estados mentais perturbados que somos incapazes de controlar e que, essencialmente, não têm sentido – isto é, não contêm valor ou significação.

A palavra *símbolo* deriva da palavra grega *symbolon* “que combina duas raízes - *sym*, que significa *junto* ou *com*; e *bolon*, que significa *aquilo que foi colocado*. O significado básico, é por conseguinte, ‘aquilo que foi colocado junto’”(EDINGER, 1972; p. 182). Vivemos experiências que podem ser simbolicamente traduzidas muitas vezes através de sonhos, imagens e idéias num nível psíquico e refletidas corporalmente quando o conteúdo se encontra mais inconsciente. Ramos (1994, p.56) suscita um questionamento quanto a esse aspecto:

Poderíamos indagar se quanto mais uma disfunção (doença) se manifestar corporalmente mais ela seria a expressão do inconsciente coletivo e universal. Será que uma doença de representação claramente corpórea pode ser considerada a expressão de um conteúdo mais inconsciente, mais coletivo? Será que os pacientes tidos como ‘psicossomáticos’ expressam conteúdos mais arcaicos do que os indivíduos menos fisicamente doentes?

Pensar sobre o simbolismo da doença que se expressa no corpo traz possibilidades de pensar acerca dos conteúdos inconscientes que estão utilizando o corpo como via, no caso do

corpo que sofre uma deficiência, o símbolo parece se exprimir concretamente, no sentido carnal.

Estudos sobre a relação psique-corpo evidenciam o aspecto simbólico que as doenças revelam, caracterizando alterações fisiológicas que funcionam como chave na compreensão dos aspectos emocionais envolvidos na patologia. Nesse caso, segundo Ramos (1994, p.68) “o símbolo aponta uma disfunção, um desvio que precisa ser corrigido quando a relação entre o ego e o Self se altera”. Na deficiência física, tal *correção* não é possível, considerando a cronificação do quadro físico permanente. Embora possa haver melhora e evolução da condição motora dependendo do nível de comprometimento e do diagnóstico considerado, não há possibilidade de cura efetiva; assim, o eixo corpo-psique acaba sendo afetado de outra forma, que também merece ser conceituado para propósitos acadêmicos e de possíveis intervenções psicológicas. Nas doenças orgânicas, ocorre a expressão simbólica através das mesmas, que visam compensar o que está reprimido e inconsciente, “religando o ego ao seu eixo com o Self” (Ibid, p.73). No corpo deficiente, o símbolo ocorre concretamente nas marcas que ele porta em consequência da perda física. Nesse caso, a deficiência parece registrar o acometimento que provocou aquele dano, expondo no corpo a representação explícita do choque vivenciado.

Para Byington (1988) o corpo tem influência nos símbolos que estruturam as etapas da vida, que são a infância, a juventude, a maturidade e a velhice.

É o corpo que determina grandemente a dependência infantil, a revolução sexual da puberdade, a plenitude da maturidade e a carga sacrificial da velhice que culmina na morte. O corpo é a batuta da orquestra que expressa a vida dentro da finitude. É ele que marca o início, o ritmo, os quatro movimentos e a duração da última nota da sinfonia existencial. Seu papel na expressão dos dois acordes extremos da vida, o nascimento e a morte, por si só dão à dimensão do corpo importância central na delimitação da consciência. Este fato só pode ser suficientemente valorizado se lembrarmos que parte fundamental da formação da consciência consiste na diferenciação e delimitação do ego de todas as outras coisas (o outro). Cada parte do corpo forma símbolos específicos (Idem, p.29).

Também Keleman (2001, p.94) compartilha do conceito de que o corpo é representante do ser e revelador de sua história, que pode ser visualizada como experiência mítica, sendo que o mito representado na em nossa história é a vida do nosso corpo em uma ou outra de suas formas. “Todos nós estamos inventando histórias, descobrindo histórias, encontrando fatos para falar da nossa origem somática, da sua maturação e do seu fim”.

O corpo é um canal de comunicação entre o eu e o outro, mediando as trocas e simbolizando um canal de expressão psíquica, sendo uma fonte viva de símbolos (FREITAS, 1992). Para esta autora:

há diferentes maneiras de se vivenciar o corpo, como aquela em que ele precisa ser afagado, alimentado, agasalhado, acariciado; ou aquela em que ele requer treino, desafio no desenvolvimento de habilidades, modelagem. E além destas, o corpo pode ser ‘ouvido’ (Idem, p.138).

Assim, percebemos como esse veículo que nos coloca em contato com o mundo vai se expressando através daquilo que é compreendido internamente, através da psique.

Neste trabalho, optei por expor um pouco do meu trabalho com portadores de deficiência, utilizando casos diferentes, inclusive na etiologia, já que Sueli sofreu um AVC, e nos casos de Lucia e Rogério a causa foi o que chamamos de “traumática”¹⁶. Poderíamos inferir se em Sueli já ocorria uma forma de se expressar simbolicamente através de seu corpo, que pode ter contribuído para seu quadro clínico. Nesse caso, poderíamos supor do ponto de vista da relação inconsciente entre psique e doença que o acometimento denotava simbolicamente a forma como estava lidando com sua vida? Em Rogério e Lucia, a troca entre indivíduo e sociedade parece permear o caráter de suas seqüelas, já que o primeiro sofrera um ferimento por arma de fogo e a segunda fora atropelada sobre a calçada, os dois foram vítimas de atos violentos, reflexo (e por que não dizer símbolo?) da maneira como a sociedade vem se expressando.

Percebemos ao longo das narrativas que a forma de se relacionar com o mundo, incluindo todas as maneiras de contato social e físico, sofre alterações após o acometimento físico, que interferem em outros processos vivenciais e na própria trajetória estabelecida até então. Assim, “o corpo não pode ser entendido como um produto pronto e que muda de estado no momento em que ocorre uma ação. Este é um processo complexo que começa antes mesmo de se organizar uma representação passível de reconhecimento” (GREINER, 2005; p.36). As conseqüências de uma deficiência adquirida afetam a persona do indivíduo, que assiste às mudanças ocorridas em sua vida, sem muitas vezes, poder optar ou escolhê-las.

A história de Sueli exemplifica esse modelo a que me refiro. Ela perde sua autonomia diante não só dos aspectos em que está limitada, mas de todos os papéis que lhe competiam, seu corpo restrito projeta a dificuldade em assumí-los. No primeiro momento após a lesão, estas atitudes de cuidado extremo são satisfatórias para a reabilitação do paciente, para que

¹⁶ Por não ter ocorrido como conseqüência de problemas de saúde.

possa se sentir cuidado e motivado a melhorar, porém quando a superproteção se cristaliza, a chance de recuperação da persona anteriormente experienciada e da própria vida vai se distanciando. Conseqüentemente, a percepção do mundo também se altera, envolvendo outras possibilidades que necessitam de olhos despertos e animados, isto é, referentes à alma para enxergarem o que está por vir.

Nas histórias relatadas, percebemos como o impacto da ferida física desencadeia experiências emocionalmente marcadas e enraizadas na alma, “na doença, o corpo perde contato com a alma, e não se parece com ela” (FARAH, 1996; p.113). Quando alguém adquire uma deficiência física, parece que nem seu corpo se parece mais com ele próprio. Percebemos como essa perda física altera o significado que o corpo tinha anteriormente para aquela pessoa. Nessa perspectiva, ocorre a necessidade de assimilação da nova estrutura corpórea, que tem aspectos diferentes e negados pela consciência, já que simboliza um corpo “defeituoso” e propício ao preconceito. É comum encontrar o deficiente desfigurado de si mesmo, no sentido de não se reconhecer e se sentir dissociado de seu corpo.

Manter-se fiel à terra significa manter-se em relacionamento consciente com o corpo. Não fujamos e não nos tornemos inconscientes dos fatos corporais, pois eles nos mantém na vida real e ajudam-nos a não perder nosso caminho no mundo das meras possibilidades, onde estamos simplesmente de olhos vendados (FARAH, 1996; p. 111).

A aquisição da deficiência é encarada como um evento extra ego, no sentido de não fazer parte do mundo psíquico, ocorrendo, mesmo, uma espécie de disjunção do corpo à mente. “Devo ter me apropriado paulatinamente de meu corpo da forma como era, e não da forma como eu gostaria que ele fosse. Fui aceita com ele, rejeitada com ele, amada com ele” (AMARAL, 2004; p. 15).

A perda física pode ser interpretada e simbolizada como uma morte de algo, que não pode mais retornar, como as próprias funções realizadas anteriormente. Em Kovács (1997, p.96), vemos que:

as deficiências físicas adquiridas estão ligadas à perda ou deterioração de uma parte do organismo e daí serem associadas com uma vivência de morte em vida. Mudanças corporais, desfiguramento, alterações na potencialidade de realização do sujeito na vida pessoal e profissional, podendo implicar situações semelhantes ao processo de perda por morte.

Verificamos, nas histórias expostas, o quanto essa sensação é evidente, especialmente, logo após a aquisição da deficiência. A sensação de que “nada mais vale a pena” é comum nos casos em que mudanças tão significativas se fazem presentes.

É importante lembrar que o deficiente físico está comumente relacionado àquele que porta desvantagens, e sob este aspecto acaba sendo representado como alguém socialmente inferior. Ao pensarmos no conceito de persona de Jung (1987), como a expressão do impulso arquetípico para uma adaptação à realidade exterior e à coletividade, é simples constatar que as características do deficiente físico são acopladas àquela imagem coletiva. Ele, por sua vez, adere a essa forma de se expressar no mundo, podendo ocorrer o que Whitmont (1969, p.142) chama de “relacionamento inadequado com o arquétipo da persona”, que pode gerar uma fixação nos aspectos negativos da mesma. Com efeito, a modificação do corpo provoca mudanças na persona, pois a alteração ocorre em sentido total, envolvendo variação na estrutura egóica e assim acometendo as instâncias conscientes e inconscientes.

Na vida de Rogério a modificação foi tão profunda, que já não conseguia mais se ver como era, pois a lesão medular atingiu um nível extremamente intenso de seu existir. A alteração corporal compromete todas as relações estabelecidas com o mundo. Passar a se locomover através de uma cadeira de rodas, dependendo do auxílio de outros durante todo o tempo, modifica bruscamente a vida de qualquer ser humano. Até mesmo o espaço enxergado já não é mais o mesmo que era visto anteriormente. Não enxergar mais a vida de pé provoca enormes mudanças internas. O elevado nível de sua lesão (quinta vértebra cervical) afetou substancialmente seu corpo, culminando no abandono de muitos projetos, que foram dilacerando sua alma e abalando seus sonhos. “Para quem pode ler o corpo, ele guarda o arquivo de nosso lado rejeitado, revelando o que não ousamos falar, expressando nossos temores passados e presentes. O corpo como sombra é, predominantemente, o corpo como *caráter*, o corpo como energia contida” (CONGER, 1993; p.103). Nesse sentido, a deficiência reflete de forma evidente e encarnada os aspectos sombrios inconscientes naquele corpo marcado.

Se pensarmos na sombra como a ausência da consciência, os locais do corpo esquecidos e não percebidos são possíveis moradas da sombra no corpo. O corpo esquecido é o corpo sombrio. Do contrário, quanto maior a consciência corporal, menor é a possibilidade de uma vivência sombria do corpo (MIORIN, 2006; p.66).

A parte do corpo em que não há mais movimento ou sensibilidade acaba fazendo parte do velado, daquilo que deseja ser conscientemente escondido, e inconscientemente é rejeitado, tornando-se sombrio.

Através dessas passagens, percebemos como a forma de relação com o corpo vai se delineando e originando outras maneiras simbólicas de se localizar no mundo. Lucia necessitou introjetar aquilo que era negado e implícito, alterando sua rota, ao negligenciar metas que lhe eram caras, como o trabalho, assumindo uma rotina que não condizia com seus desejos anteriores. Era essencial que pudesse incorporar os papéis que estava reaprendendo ao seu novo estilo de vida e se confrontar com os aspectos sombrios para superá-los, pois como afirma Jung (1975) o homem deve atravessar o inferno de suas paixões, para superá-las. Finalmente em Sueli, como já pontuado, a persona de deficiente, no seu significado de “ineficiente”, acabou sendo predominante, pois todo o ambiente familiar a colocara nessa posição. O enfrentamento dessa situação ocorreu de forma intrincada, já que os membros de seu círculo familiar dificultavam o processo, através inclusive da resistência ao comparecimento à instituição. A necessidade de pontuar essas questões é o que pode engendrar outras possibilidades de vivência com o novo caminho que se impôs, assim:

os sintomas do corpo esquecido são gritos que apontam para uma forma de reencontro com o Self. Não vale a pena eliminá-los ou suprimi-los, pelo contrário é preciso iluminá-los, restabelecendo seu sentido mitológico e arquetípico, acolhendo-os como parte da totalidade da psique (MIORIN, 2006; p.67).

Retornando um pouco à teoria formulada pelos autores junguianos, vemos que para Jung o corpo é a base do ego e nesse sentido expressa todo e qualquer tipo de alteração nele sofrida, podendo também ocorrer o oposto. Nos experimentos de associação, ele pôde verificar como a vivência psíquica de algum conteúdo pode afetar a estrutura corporal. Ao estudar Alquimia, Jung (2002) define os termos ‘corpo sutil’, ‘corpo pneumático’, ‘corpo respiração’, ‘corpo-interno’ e *corpus glorificatus*. O primeiro – *corpus subtile* é o corpo transfigurado e ressurrecto, um corpo que é ao mesmo tempo espírito. O *corpus glorificatus* é aquele que sobrevive na ressurreição como forma de renascimento; o corpo-respiração é algo imaterial, cuja característica principal é animar e ser animado, representando o princípio da vida. A forma em que o corpo expressa se relaciona aos aspectos egóicos, assim como também aquilo que o inconsciente projeta, e assim o movimento, a postura, as inclinações corpóreas vão delineando as expressões da consciência e do que está inconsciente. A limitação física confina o corpo a padrões rígidos e formas inflexíveis, assumindo o Self corporal uma predominância sobre o ego, que não pode mais exercer seu “livre” arbítrio. Neste sentido, a experiência psíquica tende a se ampliar em relação ao corpo que simboliza um invólucro, mas nem por isso limita o que vai na alma.

Pensando nas trajetórias dos três pacientes supracitados, evidencia-se a forma como se apropriaram da deficiência, no sentido de optarem pela continuidade de alguns projetos, como a aceitação da mudança de outros em decorrência da limitação corpórea. Em Lucia a amputação foi encarada, num primeiro momento, como a interrupção da vida que vinha traçando, o que posteriormente promoveu alterações em alguns aspectos que também necessitavam mudar, mas que estavam mascarados. Após ter assimilado de forma criativa a deficiência à sua vida, pôde olhar para outros aspectos de seu corpo que poderiam ser modificados de forma saudável e até mesmo estética, como o fez com a cirurgia das mamas.

O corpo amputado, lesado, hemiplégico não corresponde mais ao desejado e cultuado, não realizando mais os movimentos esperados ou necessários e assim ocupa o espaço do impossível, do velado, do sombrio. A estética tão cultuada em nossa sociedade favorece sentimentos de desvalia com um corpo que não se enquadra ao esperado, e, assim portar um corpo com deficiências traz a experiência da não aceitação, do não pertencimento ao meio no qual se sentia inserido. Ao abordar a questão da sexualidade, também me refiro a mudanças significativas no corpo, que culminam não só em aspectos emocionais que interferem na vivência sexual, mas também na alteração física que suprime o ato, mas não abole o desejo.

O que vemos em paraplégicos e tetraplégicos, em termos de desejo, não difere muito das pessoas que dispõem de um corpo pleno, ou no mínimo, satisfatório, que se lançam à vida. O desejo está preservado, é isso que pensamos, e com ele uma incessante busca de objetos, revestidos de caráter erógeno, para reduzir a tensão, em seu processo de esvaziamento incompleto e transbordamento gozoso, mesmo que parcialmente. Mesmo sendo uma esperança de restauração de algo perdido (SILVA, 2005; p.92).

Ao relatar a história de Rogério, venho mostrar o quanto esta preocupação com o corpo enquanto veículo para o prazer é aguda nos casos de pessoas com lesão medular. Não limito essa problemática somente a esses pacientes, mas neles a dificuldade na concretização do ato sexual parece comprometer todas as outras áreas onde possam ocorrer desenvolvimento e criatividade do Self.

Em Rogério essa questão é complexa, mas o fato de poder conversar com sua parceira, considerando também as vicissitudes dela, parece ter desviado seu foco para outros aspectos de sua reabilitação. Porém, não poder mais atender seus desejos sexuais, pela limitação corporal afetou sua auto-estima e seus valores como homem. Seu corpo delimita o espaço de seu prazer e assim das suas relações, não podendo mais se concretizar na união sexual. Tornou-se necessário refletir sobre outras possibilidades na relação afetiva, valorizando

componentes que passaram a não fazer mais parte do cotidiano conjugal, como carícias, beijos e diversas manifestações carinhosas.

Para Vash (1999) a sexualidade envolve aspectos simbólicos profundos, que devem ser considerados na relação amorosa. Para ela, o sexo é uma expressão transcendental, que pode ser vivenciada de várias formas e não somente na copulação propriamente dita. Logicamente que dizer para um paciente que tem sua vida sexual ativa que ele deve *transcender* seus desejos não é uma tarefa das mais simples, entretanto é importante que haja o resgate das diferentes maneiras de se expressar o sentimento e a libido presentes, como citado anteriormente.

O corpo como expressão simbólica demonstra como essas manifestações pontuam os limites e suas conseqüências para todas as experiências cotidianas. “O sintoma expressa uma variação do estado supostamente normal de saúde. O símbolo aponta para além de si mesmo, indicando um significado que está fora do alcance das palavras conhecidas de nossa língua” (WHITMONT, 1991, p.23). O Self está ligado àquilo que os símbolos exprimem na vivência consciente, e sob este aspecto vai se revelando através de acontecimentos que consideramos plenos de significados. Pode acontecer de não estarmos tão atentos para essas sinalizações inconscientes, porém quando isso ocorre no nível corporal, há uma expressão do símbolo nessa dimensão. Em casos onde ocorre uma doença, podemos avaliar a mesma como uma forma de o inconsciente se manifestar no corpo; entretanto na deficiência física, esse corpo já é a expressão concreta do que se viveu. A possibilidade de inferência dos aspectos psíquicos, através da deficiência expressa no corpo, torna-se uma via importante no trabalho psicoterápico, já que falar desse corpo é poder expressar as marcas profundas que se expressam na consciência, refletindo o que está imerso no inconsciente.

5.3. A psicologia analítica de Carl G. Jung e o conceito de destino

Sei apenas que nasci e que existo; experimento o sentimento de ser levado pelas coisas. Existo à base de algo que não conheço. Apesar de toda a incerteza, sinto a solidez do que existe e a continuidade do meu ser, tal como sou.

(Jung)

Ao conceituar *destino* sob a égide junguiana, utilizo de seu caráter enquanto arquétipo do Self, cuja realização e concretização se faz dentro dos limites impostos pelo ego e pela realidade externa do sujeito. Emprego a definição de Whitmont (1991, p.227) para melhor elucidação desse termo: “o conceito de destino, assim, não implica um determinismo fatalista nem a predestinação calvinista. Constitui um padrão pré-pessoal, porém individual de uma totalidade intencional”. A questão do destino como forma que concebe o ser para suas realizações implica na elevada gama de possibilidades que vão surgindo no caminho do indivíduo, e impondo a necessidade de se fazer escolhas. O que venho enunciar se refere ao fato desse impulso do Self ter que sofrer desvios, devido a um acometimento físico que irrompe mudanças na vida de quem o sofre. A história de vida, que vinha sendo composta é abalada de forma tão lancinante que, podemos dizer, afeta o destino que vinha se configurando.

A psicologia do indivíduo tem atrás de si uma longa cauda sauriana, formada pela história da família, da nação, do continente e do mundo todo. Somos humanos e não podemos esquecer que carregamos um pesado fardo por sermos apenas humanos (JUNG, 1996; p. 75).

Nesse sentido, é importante avaliar como as mudanças vão se acomodando ao padrão de vida que a pessoa já vinha desenvolvendo. Nos casos relatados, a deficiência física chegou de forma abrupta, sem aviso prévio, sem propiciar tempo para um ajustamento, promovendo modificações que à primeira vista não permitiriam elaboração simbólica da vivência.

O *como* aconteceu a deficiência é outro fator a considerar. É um elemento (real ou fantasioso) de alguém: o próprio indivíduo, o pai, a mãe ou qualquer outra pessoa. Também incidem sobre o fator 'como' outras facetas: a ocorrência sendo repentina ou gradativa, traumático-acidental ou insidiosa, por auto ou hétero indução, com contraposição à morte ou não, socialmente glorificante ou não (AMARAL, 1995; p. 95, grifo do autor).

Nas três histórias, o *como* significou a ruptura com os planos e sonhos, representando a necessidade urgente e impreterível de transformações.

Com isso, vemos como a assimilação desses acometimentos deve ser efetuada, conciliando-os ao drama vivenciado. Para Jung (2002a, p.52):

é o caráter mítico de uma vida que imprime justamente o seu valor humano universal. Psicologicamente falando, nada impede que o inconsciente ou o arquétipo se apodere totalmente de um indivíduo e determine o seu destino até mesmo nos mínimos detalhes.

Parece-me importante que haja a integração da experiência do acometimento físico aos projetos de vida que vinham se desenvolvendo. A assimilação do mito presentificado confere a possibilidade de aceitação dos fatos, convertendo essa experiência numa forma de crescimento pessoal e coletivo.

Sejam quais forem os problemas, dificuldades, prazeres e possibilidades que nosso destino eventualmente nos traga, eles podem tanto acontecer *a fim* de nos ajudar a perceber coisas novas, como ocorrer *por causa* do que sucedeu antes (WHITMONT, 1991; p.229).

É interessante perceber como a vida vem se desenvolvendo e conduzindo os acontecimentos de forma a ocasionar um confronto com aquilo que está implícito e, assim, inconsciente. Nossa sombra vai se mostrando conforme as escolhas que vamos realizando, sendo que grande parte delas parece nos escolher. Foi assim com as três pessoas citadas ao longo desta dissertação, três destinos que vinham se estruturando pautados por caminhos

diversos, interrompidos por um brusco acontecimento. Poder olhar essa experiência como algo a ser integrado é o desafio que se impõe, pois obriga a pessoa a se deparar com a sua história até aquele momento.

Nossas histórias de vida podem ser consideradas como resultado de traumas e condicionamentos passados. Contudo, esses acontecimentos passados podem também ser vistos como elementos necessários ao enredo, ao padrão do destino, para que possam produzir ou ensinar os futuros impasses, eventos e descobertas necessários ao conteúdo e ao significado do drama da vida (WHITMONT, 1991; p.232).

Olhar para a amputação de uma parte do corpo, considerando-a como algo intrínseco ao fenômeno do existir de agora em diante, não é tarefa simples. Contudo, entender como essa perda pode transformar todos os aspectos da vida, possibilitando uma ruptura daquilo que vinha sendo engendrado pelo ego, faz com que se amplie a consciência entre o desejo e a realidade. “O indivíduo tem que aprender a aceitar a discrepância entre o si-mesmo desejado e o si - mesmo real. A individualidade única de cada um é seu destino” (WHITMONT, 1991, p. 209). A assimilação dessa realidade não desejada parece possibilitar que uma nova maneira de encarar os fatos se torne presente, legitimando-os enquanto experiência do vivido. O corpo preso a uma cadeira de rodas, dependente em todas as atividades de vida diária, parece corresponder ao destino imposto a deuses olímpicos, porém mesmo a eles as tarefas possibilitavam a chance de evoluir e se individuarem, ao aceitarem as agruras daquele fardo.

A capacidade de reagir automorficamente protege a autoconfiança do indivíduo frente às exigências do mundo e os golpes do destino, aos quais o ser humano encontra-se inevitavelmente exposto. Numa escala pequena, fracassos e desapontamentos; numa escala grande, infelicidade, doença e morte, são provas que desafiam não só a ‘capacidade de interação com um ‘tu’ mas também a ‘capacidade’ de interação com o Self de um indivíduo, com sua capacidade de ser ‘autêntico’, de ser um Self. Deste modo, a capacidade de um ser humano para superar essas situações cruciais da vida pressupõe um automorfismo não bloqueado, o poder de se integrar e a existência de um eixo ego-Self sadio (NEUMANN, 1980; p.59).

O conceito de automorfismo, formulado por Neumann pressupõe a capacidade inerente ao ser humano de se auto-superar, fortalecendo-se diante das situações conflituosas a que o ego é submetido, em indivíduos considerados psiquicamente “normais”. Complementando esse conceito, a definição de centroversão indica a tendência universal, presente na psique humana de posicionar o ego como centro da personalidade na primeira metade da vida e à posterior reversão que conduz o indivíduo na realização de suas potencialidades (Idem).

Vemos que o conceito de individuação está relacionado ao destino configurado pelos aspectos inconscientes e que nos guia como se estivessem de acordo com um desígnio secreto. “É como se algo nos estivesse olhando, algo que não vemos, mas que nos vê a nós – talvez o Grande Homem que vive em nosso coração e que, através dos sonhos, nos vem dizer o que pensa a nosso respeito” (VON FRANZ, 1964; p. 162). As seqüelas físicas também podem ser encaradas como “tarefas” impostas pelo Self, em que o ego se vê obrigado a assimilá-las, na tentativa de integrá-las à experiência individual.

Em todas as histórias relatadas, podemos observar egos sadios, que estavam se desenvolvendo de forma natural, seguindo aquilo que o Self traçava, ou ao menos tentando caminhar nesse sentido, embora inconsciente desse conceito. O caráter trágico dos fatos vivenciados parece expressar o quanto nossas vidas vão se compondo através de experiências que se assemelham a tramas mitológicas.

Ao retomar os mitos, a tragédia os apresenta de maneira viva como conflitos da alma humana. Segundo nosso ponto de vista, a tragédia tomando o mito como acontecimento típico atemporal, talvez quisesse salientar com isso, que os conflitos humanos têm suas raízes nos deuses. Daí o poder catártico da tragédia, pois quando tocamos o fundamento de nosso ser (deuses/arquétipos) nos curamos (GORRESIO, 2005; p.92).

Ainda, fazendo referência à mitologia, vemos que a tragédia parece ocorrer quando os deuses fogem àquilo que está determinado pelo destino (*moira*). O conceito de *moira* se refere ao lote atribuído a cada ser humano, para a construção de sua história, o que pode ser aproximado ao inconsciente pessoal, que pressupõe a possibilidade de desenvolvimento dentro do campo delimitado pelos aspectos inconscientes de cada um.

Jung aproxima o inconsciente ao destino como algo pré-ordenado à consciência individual, como diriam os gregos, ao lote que a cada um as *Moirai* conferem, ou seja, como os limites ocultos de cada ser, estranhos à consciência individual, inerentes a todo ser humano, apenas não revelados e que estão em aberto para virem a ser experimentados pela consciência individual (GORRESIO, 2005; p. 136).

Observamos também que os acontecimentos que culminaram nas seqüelas físicas vão delimitar a forma de olharem para o mundo e para si mesmos, aprofundando essa visão e modificando os significados do caminho vivido até então. O medo da morte também é observado nessas pessoas, que passaram por uma situação muito próxima a ela, além do fato de, com as perdas sofridas, experienciarem a morte em vida.

A maior parte das doenças psicológicas está vinculada ao temor diante do conhecimento de si mesmo, das emoções, dos impulsos, das lembranças, das capacidades, das potencialidades ligadas ao próprio destino. Tememos quaisquer conhecimentos que denunciem nossa fragilidade, reprimimos funções corporais que expressem a nossa mortalidade (KOVÁCS, 1992; p.25).

A morte está relacionada a todas as perdas sofridas, que são inúmeras, como a limitação física, as dificuldades sexuais, a perda dos papéis exercidos anteriormente, as complicações nas atividades diárias, enfim a perda da vida prévia.

A proximidade com o tema da morte parece também engendrar um drama mitológico, promovendo mudanças que interferem no caminho que vinha sendo demarcado. Afinal, ao sentirmos essa presença (sombria), nosso ego parece se deparar com a certeza da finitude e daí a necessidade de se realizar alterações acaba se tornando uma exigência. Porém, geralmente, como relatado nas histórias, a transformação não é imediata, pois inúmeros mecanismos de defesa são acionados, retardando as possíveis, e essenciais, transformações.

A sensação, num primeiro momento, é de abandono por parte de Deus e do que ele representa como personificação da vida. Em Jung, vemos como o Self é simbolizado pelo arquétipo de Deus, o que possibilita pensar que num plano inconsciente, essa sensação de abandono se remete ao sentimento de desamparo de seu próprio Self, como se tudo o que a pessoa foi e fez até então se perdesse com a deficiência, promovendo um descrédito de si mesmo.

Conceber a autoridade interna como ‘vontade de Deus’ (o que implica admitir que as ‘forças naturais’ são ‘forças divinas’) tem a vantagem de a decisão se apresentar, em tal caso, como um ato de obediência e o resultado deste último caso, como algo planejado por Deus (JUNG, 1988; p.24).

Como consequência desses sentimentos mobilizados, a dificuldade de retomar a linha da vida, abrangendo planos, sonhos, realizações se torna grande, já que o destino é encarado de forma negativa e, como já dito, trágica. Afinal, a responsabilização de alguém é intrínseca, e culpando a Deus, o ego acaba se defendendo de suas próprias atribuições ao fato ocorrido, despertando também um sentimento de impotência e desamparo. O sentimento de culpa também é comum, especialmente nos casos em que o estilo de vida impregna algumas características factíveis, como o tabagismo, compulsão alimentar, o acúmulo de atividades e outros. Nesses casos, é importante conscientizar a pessoa de que assumir responsabilidades sobre o ocorrido pode trazer benefícios, entretanto *carregar o fardo*, culpando-se, acarreta maior sofrimento e dificuldade de aceitação.

Com Deus a gente também pode abrir um caminho pela violência. Ele mesmo, quando precisa mais especialmente de um de nós, ele nos escolhe e nos violenta (LISPECTOR, 1999b; p. 75).

Também sob esse aspecto, é importante considerar como essa “vontade de Deus”, que parece nos guiar, como personificação do que chamamos de *destino*, influencia a maneira de vivermos e olharmos para os acontecimentos que se apresentam. Assim, a crença e a forma como esta ocorre, vai também influenciar no processo de individuação, que poderá ser vivenciado mais criativamente ou não.

Quando digo que impulsos encontrados dentro de nós devem ser considerados como ‘vontade de Deus’, não é minha intenção insistir em que devemos considerá-los como desejos e vontade arbitrários, mas como dados absolutos com os quais é preciso, por assim dizer, saber conviver de maneira correta (...) Eu gostaria também que o termo ‘Deus’, na expressão ‘vontade de Deus’, não fosse tomado em sentido cristão, mas no sentido de Diotimia, como o vocábulo grego ‘demônio’ (daimon) exprime um poder determinante que vem ao encontro do homem, de fora, tal como o poder da Providência e do destino (JUNG, 1988; p. 25).

Nesse sentido, percebemos como o destino está internamente arraigado, cabendo a cada um encontrar qual a forma de vivenciá-lo, integrando-o ao ego. A vivência de uma ambivalência relativa aos aspectos religiosos é comum, já que o mesmo deus que pune é o deus que consola. E, assim, vemos como a conexão com a função religiosa/espiritual pode auxiliar no enfrentamento da dissolução do destino anteriormente planejado. Estudos sobre a importância da fé na superação de doenças ou problemas crônicos vêm sendo desenvolvidos e são importantes na fundamentação deste trabalho. Saad et al. (2001) realizam uma pesquisa que busca confirmar a evidência de que a crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente importantes para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Apontam diversos estudos que confirmam a hipótese de que a religiosidade funciona como propiciador de bem estar emocional às pessoas vítimas de doenças físicas ou em situações de crise.

E entregando-me com a confiança de pertencer ao desconhecido. Pois só posso rezar ao que não conheço. E só posso amar a evidência desconhecida das coisas, e só me posso agregar ao que desconheço. Só esta é que é uma entrega real. (LISPECTOR, 1999b; p.65).

O que vemos é que, para Jung, todos nascemos com um destino que pode se cumprir segundo a escolha de cada pessoa, “parece-nos que a liberdade para Jung está na responsabilidade de atender ao chamado do destino, tarefa que não é simples, pois, da mesma forma que nascemos com ele, também nascemos com uma abertura para nos distanciarmos dele” (GORRESIO, 2005; p.127). A não aceitação dos fatos a que estamos sujeitos pode trazer consequências negativas internamente, pois segundo Jung (2003, p.80):

vivemos exteriormente num mundo em que continentes podem submergir a qualquer instante, os pólos deslocar-se, ou uma nova pestilência fazer sua irrupção; paralelamente, vivemos interiormente num mundo em que algo semelhante pode acontecer, sob a forma de uma idéia, nem por isso menos perigosa e nociva. A desadaptação ao mundo interior é uma omissão de graves consequências, tal como a ignorância e a incapacidade frente ao mundo exterior.

Para Jung, algo que venha desviar a rota preestabelecida pode representar simbolicamente a necessidade de mudança, especialmente, do olhar sobre determinadas situações, que podem já estar cristalizadas. Ele mesmo em *Memórias, Sonhos e Reflexões* (1975, p.259) comenta:

Foi só depois da minha doença que compreendi o quanto é importante aceitar o destino. Porque assim há um eu que não recua quando surge o incompreensível. Um eu que resiste, que suporta a verdade e que está à altura do mundo e do destino. Então uma derrota pode ser ao mesmo tempo uma vitória.

Pensando no conceito de destino, reflito se em algum momento, eu cheguei a tocar nesse tema com algum desses pacientes, e acredito que eles, mesmo de forma implícita, responderam com suas jornadas a esse questionamento. Não há necessidade em se falar de algo que já está ali, acontecendo. A estrada se faz enquanto caminhamos, antes disso ela não pode ser conceituada como tal. O destino também só acontece à medida que vamos vivendo, caminhando e assimilando aquilo que nos chega.

5.4. A deficiência física como catalisadora para o processo de individuação

Um choque de natureza emocional é muitas vezes necessário para que as pessoas acordem e se dêem conta da maneira que estão agindo (Jung).

Para Jung, o processo de individuação, significa o amadurecimento gradual da personalidade, demandando tempo e continuidade. Assim, não se chega ao que poderíamos chamar de término desse processo. “De um certo ponto de vista este processo ocorre no homem (como em qualquer outro ser vivo) de maneira espontânea e inconsciente; é um processo através do qual subsiste a sua natureza humana inata” (VON FRANZ, 1964; p.162). Do ponto de vista da psicologia analítica, o homem caminha para sua individuação ao longo de toda a sua existência, pois há sempre um chamado do Self, que lhe garante sua legitimidade no presente e à busca contínua do devir. A jornada vai configurando a história de vida da pessoa, com seus contornos e paisagens, ora floridas, ora áridas. O que diferencia a forma de vivenciar estas passagens é a maneira como cada um vai assimilando as experiências e acontecimentos.

Por processo criativo de individuação, entendemos as inúmeras possibilidades que estão presentes na psique humana e que podem ser acionadas sempre que o contexto solicitar. A individuação é considerada como um *processo de diferenciação*, que tem por alvo o desenvolvimento integral da personalidade individual (JUNG, 2002). A possibilidade de se desenvolver criativamente a ponto de se transformar num ser integral, ou mais próximo das exigências do Self é o que pressupõe esse conceito.

A perda, então, de um membro do corpo, como no caso de Lucia, ou de funções motoras, como em Sueli e Rogério são fatos que denotam prejuízo para eles e para os familiares e pessoas próximas. Assim, vemos que a privação de algumas atividades anteriormente exercidas ocasiona mudanças que se refletem em toda a estrutura familiar. Todos são obrigados a se reorganizar, além de também necessitarem elaborar o luto pela perda do que o outro era e realizava. No discurso de Márcia, esposa de Rogério, podemos, por exemplo, verificar como a perda do papel do marido nas funções administrativas da casa produz dificuldades que contribuem para um sentimento de impotência dela própria. Vemos como a elaboração criativa e, diria, adaptativa à situação, incide não só sobre o paciente, mas sobre os membros mais próximos. Neste aspecto, podemos dizer que todos estão passando pela experiência de modificar suas vidas repentinamente e de buscar *como* isto poderá ser feito.

No estudo de Murta e Guimarães (2007), vemos que existem variáveis relevantes para que a assimilação saudável das mudanças provocadas por uma lesão na medula aconteça. Lazarus e Folkman (apud MURTA, GUIMARÃES) classificam o padrão de enfrentamento como "focado no problema" e "focado na emoção". O primeiro tipo consiste no uso de estratégias que visam remover o evento ameaçador ou reduzir o seu impacto, enquanto o segundo consiste no uso de estratégias que visam reduzir as emoções provocadas pelo evento ameaçador. As pesquisadoras dividem em quatro grupos principais as variáveis que influenciam o enfrentamento, tais como fatores inerentes à deficiência, como gravidade da lesão; fatores relativos à pessoa, como nível de instrução e locus de controle interno; ambiente imediato, como serviço de saúde e oportunidades de trabalho existentes e contexto cultural amplo, como legislação em vigor e preconceito social. A conclusão para esse estudo é de que o enfrentamento bem sucedido à lesão medular está mais relacionado a variáveis ambientais e psicossociais do que variáveis físicas relativas à seqüela. Neste trabalho essa premissa também se verifica ao avaliarmos as narrativas aqui pontuadas.

Jung enfatiza em sua teoria a *metanóia* ou metade da vida, fase na qual ocorre uma expansão da consciência para aspectos que estavam apenas implícitos. Vemos que Sueli e Lucia estão passando por essa fase, o que presume uma abertura para novas experiências. Porém, como relata Freitas (1992, p.115):

muitas vezes aparece a sensação de perda de sentido da vida, de estar perdido e desorientado na floresta, no deserto, ou numa viagem noturna pelo oceano. Os referenciais antigos da consciência não servem mais; é preciso encontrar novos. É preciso se voltar deliberadamente para o Self, ou arquétipo central, na procura de uma nova orientação. Não se trata mais de ‘eu sou, eu quero, eu posso, eu decido’, mas impõe-se também a vivência do ‘eu dependo’.

Essa fase ocorre de maneira geral em todas as pessoas, o que significa que esses questionamentos quanto ao grau de autonomia se processam inerentemente; na situação de deficiência parece que eles tendem a se exacerbar, já que o limite do eu é concreto.

O fato de já estarem vivenciando uma fase que incute as dúvidas e questionamentos inerentes à mesma parece potencializar tal estado, quando ocorrem perdas físicas. A necessidade de transformação do que vinha sendo construído acaba se realizando impreterivelmente, sem tempo para maiores reflexões. Mudar a rota, realizar alterações necessárias, mas proteladas, “fazer a faxina na casa” acaba sendo indispensável naquele momento, onde a mudança do corpo representa modificações em todos os âmbitos do existir.

Nossa vida consciente se compõe de uma série de disposições, sentimentos, idéias e necessidades prementes. Os estágios psíquicos sucessivos por que passamos constituem uma espécie de contas presas a um colar. Dependendo de nossa atitude consciente, experimentaremos esse rosário da vida tanto como uma sucessão de sintomas sem sentido, quanto, através da consciência simbólica, como uma série de encontros numinosos entre o ego e a psique transpessoal (EDINGER, 1972; p.167).

A apropriação da responsabilidade sobre o fato ocorrido também desperta motivações para mudanças na forma de viver. Assim em Sueli vemos como o fato de compreender que seu estilo de vida contribuiu provavelmente para o AVC, promove mudanças em sua forma de viver.

É importante enfatizar aqui as fantasias idealizadas que ocorrem após a situação de perda física, pertinente ao quadro de negação da realidade, que freqüentemente é assustadora. Vemos que no caso da amputação, a idealização recai sobre o uso da prótese, que é vista previamente como uma substituta da perna. É bastante comum que o paciente chegue para o tratamento, acreditando que irá colocar uma “perna” no mesmo dia, como se isto fosse algo

extremamente simples. Com o tempo, vai percebendo a complexidade do processo e compreendendo que a protetização requer vários fatores que serão trabalhados na fisioterapia e nos outros setores. Com relação ao paciente lesado medular, acontece algo semelhante, mas no que se refere a voltar a andar. Todos, sem exceção, acreditam no retorno da marcha, mesmo que seja “mancando”, ou tendo que fazer uso de instrumentos facilitadores da locomoção, como muletas ou bengalas. O uso da cadeira de rodas, como referido na história de Rogério, é o símbolo concreto da incapacidade e deficiência.

Trabalhadas essas fantasias, a possibilidade de compreender a real situação e reiniciar a jornada se torna mais verdadeira, já que o desejo que se revela passa a ser focado dentro das reais possibilidades. Embora, como cita Gorresio (2005, p.85) “da dimensão do anímico: é a idéia de profundidade, que não tem sentido se fizesse referência aos órgãos do corpo. A profundidade designa o característico da alma”, é importante trabalhar essa “profundidade” que diferencia a forma de vivenciar a deficiência, mas observando as expectativas prováveis. Todos nós trazemos internamente o arquétipo do “curador ferido”, em referência a Quíron, o centauro que foi capaz de ensinar a Asclépio a arte da cura justamente por ter feridas incuráveis. Esse arquétipo pressupõe a possibilidade de sentimentos empáticos ao “ferimento” serem despertados dependendo da situação. Em contrapartida, os sentimentos que podem amenizar a sensação de dor também são acionados, e o terapeuta interior pode se presentificar.

O enfermo procura um terapeuta exterior, mas ao mesmo tempo se constela o terapeuta intrapsíquico. Costumamos nos referir a este, no paciente, como ‘fator de cura’. É o médico dentro do próprio paciente – e sua ação terapêutica é tão importante quanto a do profissional que entra em cena externamente (GUGGENBÜHL-CRAIG, 2004; p.85).

Sabemos, também, que o fato de vivenciarmos os preconceitos de uma sociedade que não encara sua sombra, influencia na forma como a pessoa deficiente se enxerga e se coloca no mundo. Assim, olhar para a deficiência do outro mobiliza uma imersão nos próprios conteúdos que insistem na não explicitação, permanecendo no lado escuro do inconsciente. Para a pessoa com deficiência, lidar com esse fato requer, também, uma auto-aceitação que demanda tempo e assimilação das novas características da atual condição. Nesse sentido, individuar-se não é um processo solitário, mas solicitante da aprovação e da aceitação do outro, que pode enxergar de forma reducionista a deficiência, mas também pode olhar outras características que vão compondo a personalidade daquela pessoa. “Pois bem, para enfrentar a dificuldade da comunidade em conviver com a diferença, a pessoa portadora de deficiência

deve caber no leito de Procusto¹⁷, mesmo que isso signifique esticar-se ou mutilar-se – para então se adequar ao molde pré-estabelecido” (AMARAL, 1994; p. 44).

A individuação foi conceituada por Jung como um processo que começaria na vida das pessoas após os quarenta anos, porém ao longo de sua trajetória foi percebendo que delimitar a idade para esse processo não correspondia ao que acontecia na realidade. Através de seu trabalho, deparou-se com jovens cuja experiência psíquica já assinalava tal evolução, como também com pessoas mais velhas que insistiam em continuar repetindo padrões do passado. Assim, conceituou o termo como “processo que gera um *individuum* psicológico, ou seja, uma unidade indivisível, um todo. Presume-se em geral que a consciência representa o todo do indivíduo psicológico” (JUNG, 1975; p. 272). Em Edinger (1972, p.222) vemos a formação da palavra indivíduo, utilizada por Jung na raiz de seu conceito de individuação;

a palavra *indivíduo* deriva de duas raízes: *in* = não e *dividere* = dividir. Assim sendo, seu significado básico é: algo indivisível. Isso corresponde ao fato de a experiência da individualidade ser fundamental; não pode ser analisada ou reduzida a elementos mais simples.

Observamos, então, através dessas designações, como o conceito de individuação está relacionado ao processo de evolução psíquica que se relaciona ao desenvolvimento do ego e de sua conseqüente ligação ao Self.

O vínculo entre o ego e o Self se faz mediante às solicitações deste em relação ao primeiro, o que preconiza o caráter de destino discutido anteriormente. No processo de alternância entre a união do ego ao Self e a separação entre ambos, vai ocorrendo o processo que aqui chamamos de individuação, que se realiza continuamente durante toda a vida. O Self funciona como centro ordenador da psique total, envolvendo consciente e inconsciente, enquanto o ego é o centro da psique consciente. Assim, segundo Edinger (1972, p.23) “a relação entre o ego e o Self é altamente problemática e corresponde, de maneira bastante aproximada à relação entre o homem e seu Criador, tal como é descrita na mítica religiosa”. A diferenciação destas duas instâncias pode alcançar o nível da consciência, surgindo uma relação dialética entre ego e Self, que simboliza a individuação.

Quando o eixo ego-Self está prejudicado por alguma situação interna, ocorre maior dificuldade em se estabelecer o desenvolvimento psíquico que caracteriza a individuação, e

¹⁷ Uma antiga lenda grega conta que um homem muito poderoso, chamado Procusto tinha por hábito convidar pessoas estranhas para seu palácio, sendo que o hóspede era recebido com todo requinte no que se referia à alimentação, às vestes e ao leito, porém Procusto impunha um desafio ao visitante: encaixar-se perfeitamente no leito. Havendo discrepância entre o tamanho do leito e do convidado, este era cortado ou esticado para que se adequasse às proporções; assim a perspectiva de morte era enorme, sendo que somente raros convidados se adequavam à dimensão pré-estabelecida e sobreviviam.

sob este aspecto podemos supor que acontecimentos inesperados, cujas conseqüências alterem tanto os aspectos conscientes como os inconscientes, possam mediar esta ligação. As histórias aqui explanadas pontuam esta hipótese, pois ao longo das mesmas, percebemos como o retorno ao caminho da individuação, faz-se mediante os fatos que causaram as seqüelas físicas. Refletindo sobre os desdobramentos que ocorrem após a aquisição da deficiência, compreendo como esse fato promove o questionamento sobre a vida que vinha se delineando e as mudanças subseqüentes. Estas podem surgir de maneira profunda, como a força de um arquétipo que determina alterações no que vinha sendo construído. “O arquétipo não apenas parece realizar-se, como de fato se realiza: psicologicamente no indivíduo, e objetivamente, de um modo exterior” (JUNG, 1986; p. 52).

Acontecimentos trágicos são, muitas vezes, melhor assimilados quando ocorre uma visão de ordem religiosa sobre eles, e nesse aspecto, a pessoa pode se ver como um “escolhido” para passar por determinada situação que requer maior coragem e heroísmo.

A moderna terapia espiritual usa o mesmo princípio: a dor ou doença é comparada com o sofrimento de Cristo na cruz, e essa idéia dá consolação. O indivíduo é elevado acima de sua miserável solidão e colocado como quem suporta um destino heróico e significativo que, finalmente, reverte em bem para o mundo, como o martírio e a morte de um Deus (JUNG, 1996; p. 96).

Pensar que está vivendo um fato como uma “missão” parece ter um efeito mais acalentador, além de exacerbar alguns complexos que se relacionam à auto-estima e autoconfiança. O aspecto religioso, independente da religião exercida, também é um fato que auxilia na assimilação simbólica da deficiência, e conseqüentemente na própria jornada de individuação. Podemos confirmar essa informação, citando um importante estudo que compreende a religiosidade como fator importante no enfrentamento de problemas, contrapondo-se à idéia freudiana de refugio ou esquiva. Esse estudo foi realizado por Faria e Seidl (2005) e teve como objetivo revisar a literatura no concernente ao tema da religiosidade e enfrentamento em situações de doença. Assim, por meio de uma vasta pesquisa na área, concluíram que o uso adequado do papel da religiosidade na vida de uma pessoa auxilia na assimilação das dificuldades, podendo ocorrer efeitos positivos ou negativos, dependendo da forma de lidar com esses aspectos.

A vivência simbólica dos fatos que nos assolam possibilita o olhar criativo sobre o contexto, suscitando uma entrada mais legítima e autêntica na situação dramática. Poder viver uma experiência que parece negativa, defrontando-se com o significado mais profundo e pessoal pode interferir de maneira favorável na assimilação da mesma, que passa a ser

encarada como abertura para o inefável e condição de evolução individual. Também Ramos (1994) ressalta o fato de que ao sofrer dificuldades que limitam suas vivências, a pessoa se depara com os aspectos da individuação, assim “o paciente que se negava a tomar conhecimento (do processo de individuação), emergiu com um símbolo na polaridade concreta, corpórea, obrigando o paciente a se confrontar com seus complexos e corrigir seu desenvolvimento unilateral” (Idem, p.121). Rogério, Sueli e Lucia foram levados a enfrentar as mudanças que deflagravam suas maneiras de lidar com as situações e pessoas com quem conviviam. Parece não haver meios de fugir desse confronto, já que as transformações advindas da deficiência “empurram” a pessoa a refletir sobre sua vida até aquele momento.

A necessidade inexorável de transformações abre espaço a reflexões, engendrando inúmeras formas de olhar para o fato que assolou a vida que vinha sendo experienciada. Não há como fugir a essas mudanças, que (como grande parte dos acontecimentos) fogem ao controle consciente e egóico e incitam o Self a propor reorganizações físicas e psíquicas¹⁸. Em muitos casos, vemos que as mudanças de rotas exprimem a retomada do caminho que havia se interrompido ou mesmo não percebido com demandante do Self. O fato de uma pessoa se envolver com outros trabalhos, relacionar-se mais com a família ou se dedicar a um *hobby* pode simbolizar um regate de situações rejeitadas pelo ego, mas importantes ao Self.

Mais uma vez o processo de individuação se presentifica de forma explícita com a necessidade em se conciliar as demandas do Self às possibilidades do ego. Quando isso não ocorre, pode haver a instauração de uma neurose ou de sintomas que simbolizam esse desequilíbrio. Vemos que a negação, mecanismo de defesa bastante utilizado nas histórias contadas, também funciona a priori como forma velada de não perceber esta dissociação das demandas que o Self em consonância às limitações do corpo impõe após a aquisição da deficiência. É sempre mais fácil acreditar que “tudo voltará a ser como era antes”, sem a necessidade de mudanças na rotina ou nos vínculos que se constelam em torno da pessoa. O desejo de não pensar muito acerca do que está acontecendo é uma forma comum ao lidar com as “novidades” impostas pelos aspectos externos ou internos. Como diz von Franz (1964, p.128) “Nossa vontade é sempre interrompida por outras intenções a que nos devemos submeter ou ao menos considerar com seriedade”.

Eu, que jamais me habituarei a mim, queria que o mundo não me escandalizasse
(LISPECTOR, 1995; p. 42).

¹⁸ A separação entre o físico e o psíquico, aqui, é feita para fins didáticos, meramente elucidativos.

A máxima socrática “Conhece-te a ti mesmo” parece se esvaecer diante de um acometimento que assola o corpo e com ele tudo o que a pessoa acreditava ter concretizado sobre si mesmo. Daí, a retomada de um caminho diferente do que vinha sendo traçado confere a busca em se aproximar ego e Self, conciliando desejos e frustrações, peculiares ao projeto de individuar. O trabalho de Wahba (2006) elucida como o cérebro pode se regenerar gradualmente quando os neurônios são acionados na realização de atividades diferentes das habituais. A autora relata experiências com pessoas vítimas de lesão encefálica que se submeteram a processos de dramatização e que apresentaram melhora, especialmente na reinserção social.

E também o trabalho psicoterápico “promove o desenvolvimento da personalidade, sua integração (...) permite que a pessoa retome seu caminho de desenvolvimento, de individuação, isto é, de busca de si mesmo” (FREITAS, 1987; p. 77). Refazer sua trajetória, reconquistar seus planos, aceitando as adversidades é um dos objetivos do trabalho do psicólogo que trabalha com a reabilitação e, portanto, com a transformação de pessoas (deficientes ou não).

5.5. Individuação e morte

É bom partir enquanto as coisas estão em seu pleno esplendor... (Jung).

Este capítulo foi criado para legitimar e dar forma àquilo que senti ao saber que o paciente cujo percurso me incentivou a contar sua história deixou-nos após tantas caminhadas com suas pernas e, posteriormente, em sua cadeira de rodas. Soube em meados de 2007 que Rogério (nome fictício, como já previamente citado) havia falecido alguns meses antes devido às dificuldades respiratórias que apresentava por conta da lesão medular. Ao saber do fato, de uma forma muito informal, fiquei impactada e triste com a notícia. Cheguei a pensar se deveria manter sua história neste trabalho, já que venho falar sobre as possibilidades do viver após a aquisição da deficiência e a morte, num primeiro momento, parece ser tão contraditória a esse processo.

O fato de estar numa fase da dissertação onde o tema da morte simbólica experienciada na deficiência estava sendo evidenciado, possibilitou que eu pudesse enxergar o quanto o morrer era atual naquilo que eu estava refletindo. Eu havia terminado de escrever essa história poucos dias antes, após várias dificuldades para encerrá-la, tanto pelo longo tempo desde o término do acompanhamento, como também pela força que essa história foi

tomando internamente, em mim, ao lembrar os fatos vivenciados pelo paciente na época do seu tratamento. A finalização dessa história foi tão imbricada que até o meu computador apresentou problemas quando iniciei o último parágrafo. Afinal mal eu sabia que ela não terminava ali...

Existem coisas que acontecem sem muita explicação racional e eu, como Jung, acredito na energia que os conteúdos assumem quando necessitam ser explicitados. Assim, ao me deparar com esse fato, percebi o quanto era importante contá-lo, e através dele refletir sobre a morte como mais uma etapa da individuação. Insiro, pois, este capítulo, na tentativa de trazer maiores observações sobre a questão da morte, que está tão presente na vida e nas histórias contadas aqui, também de forma concreta e não somente simbólica, como já havia presumido.

O tema da morte está mesmo implícito neste trabalho, pois além de Rogério, também Ligia Amaral, cuja inspiração me motivou a narrar as histórias, passou há pouco tempo por este processo e não está mais por aqui corporalmente. Mas os dois estão imortalizados por suas atividades, por seus projetos, por suas vidas e pelas pessoas que podem relatá-las. “Refletir sobre a morte pode levar uma pessoa a ver a vida sob o prisma da eternidade. A origem e o desenvolvimento da consciência parecem estar ligados à experiência da morte” (FREITAS, 1992; p. 119). Somos seres mortais e racionais, capazes de pensar e sentir o que este tema suscita, já que, por mais natural que seja este fenômeno, é percebido de forma sombria e complicada.

A morte é vista como término e neste sentido mobiliza as mais diversas sensações e receios, que vão desde o medo da própria morte aos sentimentos despertados pela morte do outro. Nosso processo de vida e de individuar-se ocorre, também, pela iminência da morte, já que através desta noção de finitude é que estabelecemos metas e traçamos os planos que pretendemos realizar. Nós nos desenvolvemos, vivenciando mortes diárias, desde o nascer ao pôr do sol, que simboliza o término do dia, até situações em que percebemos mais concretamente o fim de alguns acontecimentos.

Para melhor conceituar este tema, considero as classificações citadas por Alves (2006) sobre a morte: a) morte concreta: o fato em si, a morte da pessoa em determinada circunstância; b) morte sublimada da vida: fatos que implicam em perdas, associados à morte, mas que são considerados pequenos, como furtos; c) morte do filho idealizado: é o caso de crianças que nascem portadoras de qualquer condição diferente do esperado, em que é preciso enfrentar a morte do filho idealizado; d) morte de si mesmo em vida: quando ocorre algo que

obriga a pessoa a mudar o caminho planejado e reestruturar sua vida em função da nova condição, como ocorre no tema deste trabalho.

Podemos dizer que o arquétipo da morte está relacionado aos aspectos de transformação que ocorrem em nossas vidas, como se a finalização de alguns conteúdos possibilitassem o início de outros. “Convivemos diariamente, o tempo todo, com a perspectiva da morte. Estamos sempre morrendo um pouco. A expressão ‘Morri e nasci de novo!’ é comum, acompanhando momentos de grandes mudanças” (FREITAS, 1992; p.136).

Parece que nos preparamos, ao menos conscientemente, para a morte de pessoas mais velhas, seguindo a máxima de “como as coisas devem ser”, e não aceitamos o fato de que ela pode acontecer antes do previsto, ou do que supomos ideal. Pensar em como alguém jovem pode passar por esse processo tão doloroso é, no mínimo, desafiador, mas quando essa pessoa é portadora de uma deficiência, cuja morte simbólica de alguns aspectos do corpo já fora implicitamente vivenciada parece que a questão toma um rumo um pouco diferente. Em todas as histórias aqui relatadas, a iminência da morte era fato, já que nas três situações aconteceram episódios de impacto físico e clínico que poderiam ocasionar óbito. Tanto no caso de Sueli que sofreu um AVC, como nos eventos traumáticos de Lucia e Rogério a possibilidade do morrer foi presenciada, sentida e temida. Depois de passado o período de maior gravidade, é comum que o paciente se sinta mais distanciado dessa possibilidade, o que pode ser encarado como um fator positivo, tendo em vista que ele está com uma deficiência física que compromete outros aspectos de sua saúde, porém não está do ponto de vista médico, “doente”.

Pode ocorrer, também, de forma até mesmo comum, o desejo de morrer, tendo em vista que a deficiência é percebida como algo extremamente ruim, prenunciadora da morte. A sensação de perda, suscitada pela aquisição da deficiência, pode engendrar fantasias de “que seria melhor ter morrido”, o que também é despertado nos familiares dos portadores. Quando uma pessoa adquire uma deficiência, à primeira vista, tanto para ela quanto para as outras pessoas, ocorre a expectativa de que não mais poderá realizar as atividades que estavam previamente planejadas. Dessa forma, parece haver uma ruptura naquilo que vinha sendo construído, ao ponto de se acreditar que aquele acometimento significa um término do sentido do existir. Porém, é sempre necessário acreditar no potencial psíquico que o ser humano possui. É esse potencial que parece se inibir posteriormente ao incidente que causa a deficiência, como se não existissem mais saídas. Daí ocorre uma vivência correspondente à

sensação de morte, que se relaciona à perda sofrida, assinalando uma desintegração do sentido de *eu*, o que interfere no crescimento individual.

O tempo todo experimentamos sentimentos de perda, seja em questões cotidianas e corriqueiras, como “perder um ônibus”, seja em contextos mais drásticos, quando se perde alguém querido, ou uma função física necessária no dia-dia. Para Kovács (1992, p.150),

a perda e a sua elaboração são elementos contínuos no processo de desenvolvimento humano. É neste sentido que a perda pode ser chamada de morte ‘consciente’ ou de morte vivida. A morte como perda nos fala em primeiro lugar de um vínculo que se rompe, de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta.

Sob este aspecto, a morte como perda está presente no processo de individuação, como todas as experiências pelas quais passamos. A maneira como lidamos com elas é o que parece diferenciar a jornada, como algo assimilado criativamente ou não.

O tema da morte é sempre muito complexo de ser trabalhado, pois em nossa cultura ocidental não nos permitimos pensar muito a esse respeito, reduzindo inclusive o tempo de luto, o tempo para se elaborar a perda de um ente querido. Como nos fala Freitas (1987, p.118) “com toda essa simplificação, perdemos uma oportunidade de trabalhar a morte em cada um de nós, que também morreremos um dia. E o que acontece é uma perda da possibilidade de conexão com a totalidade” A morte aqui representada é a perda real da vida, que se encerra após anos da aquisição da deficiência física e cuja trajetória de vida não poderia deixar de ser pontuada neste espaço.

Refletir sobre esse foco, enquanto falamos de vida, individuação, retomada de projetos, mudanças... parece se imbuir de contradição, porém vejo como a morte está simbolicamente inserida no cotidiano e como é importante referir sobre seus aspectos, que nos parecem tão sombrios. Vivenciá-la pode evocar a experiência da passagem à sombra, tanto no seu caráter pessoal como coletivo, possibilitando através da integração desses conteúdos uma forma mais criativa de lidar com os mesmos. O fato de ser um tema considerado negativo é que parece caracterizá-lo como portador de um lado sombrio, que é reprimido até quando falamos sobre isso. A morte é encarada em nossa sociedade ocidental como um inimigo, que chega para nos impedir de continuar realizando nossos projetos, e nesse sentido acaba sendo vivenciada como *sombra*,

o inimigo e o conflito com o inimigo são fatores arquetípicos, projeções da nossa própria divisão interior, e não podem ser legislados ou banidos dos nossos desejos. Podemos lidar com eles – se é que podemos – apenas ao confrontar a sombra e curar nossa divisão individual (WHITMONT, 1969; p. 151).

A imagem que temos da morte parece ser tomada por idealizações, ocorrendo a necessidade de sempre pensar na *vida* após a morte, como um fator que compensa a partida eterna. Porém, como diz von Franz (1984, p.19):

a grande dificuldade que temos em imaginar nossa própria vida após a morte, ou a dos que já se foram, pode ser explicada pelo fato de que, enquanto vivos, nos identificamos quase que totalmente com o corpo. Nosso senso de identidade prende-se ao corpo. Esse tipo de vivência tem uma longa tradição histórica e aparentemente sempre foi problemática para o homem.

Vemos como a questão permanente da aceitação da morte está muito relacionada com a integração de seus aspectos sombrios, bem como ao fato de caracterizá-la como algo conhecido (uma “vida” no além) e, portanto, menos ameaçador.

Para Jung (1975), a morte é composta por polaridades, tristeza e alegria, que acabam se concatenando nos sentimentos mobilizados à sua chegada. Em “Memórias, Sonhos e Reflexões”, ele fala sobre suas sensações ao perceber a morte próxima da mãe, embora também se sentisse alegre com os estímulos do ambiente onde se encontrava naquele momento.

Eis uma cruel realidade que não deveria dissimular. A brutalidade e a arbitrariedade da morte podem provocar no homem tal amargura que ele chega a descrer num Deus misericordioso, na justiça e na bondade. Entretanto se nos colocarmos diante de outro ponto de vista, a morte parece ser um acontecimento alegre (...) A alma, pode-se dizer, alcança a metade que lhe falta, atinge a totalidade (Ibid, p.273).

Sob esse aspecto, a importância de considerar os pólos, integrando-os é o que parece propiciar um confronto mais adequado com a tão temida morte.

No trabalho desenvolvido com portadores de deficiências, também sou submetida a refletir sobre a morte durante todo o tempo, já que esta se presentifica, tanto no fato que culminou na perda física, presente nas fantasias que freqüentam a psique de quem a sofreu. Assim, é necessário se aprofundar naquilo que mais tememos, que é morrer ou perder alguém querido. E pensar sobre esse tema também não é uma tarefa das mais simples, já que estamos sempre lançados a viver, a superar as dores, a se motivar diante das dificuldades. Vivemos num mundo onde a independência é extremamente valorizada, e o temor diante das situações parece não ter justificativas, culminando até em sintomas mais complexos, como fobias, pânico e outros que se representam como patologias, por estar condenado o sentimento de fragilidade diante daquilo que é considerado ruim. Então, nesse contexto, falar sobre perdas,

luto, morte... parece ser censurável, pois se contrapõe ao tão propagado “ser feliz a todo custo, o tempo todo”.

Os temas de morte e nascimento parecem fazer parte do inconsciente coletivo, como fenômenos coligados, o que fundamenta e justifica a necessidade de se considerar a morte quando estamos falando de vida, de *histórias de vida*. Von Franz (1984), ao escrever sobre os sonhos de pessoas próximas à morte, relata que em alguns casos, ocorrem sonhos onde o nascimento é a tônica principal. “A imagem de uma passagem escura e estreita para o nascimento também faz parte do conjunto de temas arquetípicos que antecipam o curso da morte” (Idem, p.77). Com isso, podemos aferir que a presença constante do morrer deve ser integrada à experiência simbólica que propaga a vida, com suas dificuldades e deleites. Ao entendermos com a morte está internamente ligada à vida, talvez possamos olhar para ela como mais um caminho, ou como prefiro, mais uma ponte para o processo contínuo que é se individuar.

VI. Considerações finais

6.1. Propostas de intervenção psicológica na abordagem junguiana para pessoas portadoras de deficiência física

A meta de uma psicoterapia que não se contenta apenas com a cura dos sintomas é a de conduzir a personalidade em direção à totalidade (Jung).

Para falar sobre intervenção psicoterápica, é necessário, primeiramente, embasar teoricamente o que Jung entendeu como psicoterapia e a forma como a aplicou em sua prática clínica. Ele sempre priorizou a história de vida do paciente como canal a ser avaliado e estudado, a fim de auxiliar o mesmo em suas problemáticas. Assim, ao atender pacientes psiquiátricos, inovou ao *simplesmente ouvir* aquilo que eles tinham a falar. “Para mim, a verdadeira terapia só começa depois de ser examinada a história pessoal. Esta representa o

segredo do paciente, segredo que o desesperou. Ao mesmo tempo, encerra a chave do tratamento” (JUNG, 1975; p. 110). Sob este aspecto, coloco-me em posição semelhante, ao utilizar a psicologia analítica na minha atuação profissional, pois a ênfase na história de vida integral do paciente é o que revela seus conflitos, possibilitando a abertura para entendimento das demandas do Self.

No tratamento à pessoa portadora de deficiência física, a importância de sua trajetória prévia ao acometimento físico também é considerada, porém ao trabalhar institucionalmente, o foco recai sobre este. Infelizmente, o atendimento institucional no Brasil requer agilidade e diretividade, o que torna um acompanhamento psicoterápico de longo prazo impraticável. Assim, o atendimento tende a priorizar o conflito emergente, neste caso específico, as consequências advindas através da deficiência. Na entrevista inicial¹⁹, são coletadas as informações que passam a compor o quadro de vivências do paciente e também, o acontecimento que suscitou o diagnóstico clínico. A partir dessa primeira intervenção, tento compreender qual o significado daquele evento na trajetória de vida daquela pessoa, e quais as mudanças sofridas.

O momento de entrar em contato com o terapeuta, de admitir que pode ser ajudado e abrir-se para tal, traz em si a perspectiva de um novo equilíbrio psíquico. Os potenciais para mudança e crescimento, até então latentes, encontram-se nessa ocasião em estado de prontidão para serem despertados e integrados aos recursos à disposição da consciência (FREITAS, 1987; p. 37).

A partir do primeiro encontro, tento avaliar como está a relação Self e ego dessa pessoa, e como ela está lidando com o que lhe ocorreu. Como o trabalho requer maior diretividade, ao longo das sessões vou desenvolvendo um vínculo que possa propiciar um acolhimento e um espaço onde a persona do deficiente possa se expressar. A autonomia na manifestação de seus conteúdos é respeitada, já que:

em psicologia é muito importante que o médico não tente curar a qualquer custo. Deve-se ser excepcionalmente cuidadoso para não impor a própria vontade ao paciente; temos de dar-lhe uma certa liberdade. Não se pode desviar as pessoas de seu próprio destino (JUNG, 2002a; p.122).

As resistências também são consideradas e, oportunamente, pontuadas, para que possa ocorrer um trabalho de integração dos aspectos reprimidos com aqueles mais disponíveis à consciência. Também é importante salientar que nesse trabalho, ocorre uma grande interação

¹⁹ O paciente chega ao setor de psicologia após ter passado em consulta com o médico fisiatra e mediante encaminhamento deste para uma avaliação psicológica.

com as outras áreas que cuidam do paciente, e o diálogo com os profissionais envolvidos acaba fazendo parte do tratamento à pessoa. Seguindo o modelo médico institucional, é natural que falemos sobre o prognóstico, para que haja uma assimilação criativa das reais possibilidades dentro do quadro clínico. “O prognóstico não implica em um poder extranormal do terapeuta em prever o desenrolar do processo terapêutico, mas em saber avaliar cuidadosamente o presente” (FREITAS, 1987; p.42). Assim, o processo psicoterápico visa atingir alguns objetivos, independentemente da forma como está ocorrendo, seja na clínica particular ou no contexto institucional.

Para Jung, a psicoterapia deve promover transformação, o que nesse contexto significa não somente as mudanças egóicas demandadas no contexto clínico, como também a assimilação criativa do acometimento físico, simbolizado pela deficiência. Para isso, torna-se necessário que a experiência vivenciada seja explicitada tanto verbalmente como através de outras técnicas não verbais. Nos casos relatados, a técnica verbal foi a mais utilizada, já que os pacientes pareciam necessitar utilizar do espaço psicoterápico para falar sobre o ocorrido, além do fato de poderem “dar voz” àquilo que estava marcado corporalmente.

Cada situação requer uma forma diferente de abordagem já que as pessoas vivenciam episódios semelhantes de formas distintas. O fato de entender, junto ao paciente, como está sendo o momento experienciado faz com que o processo se desenvolva gradualmente, possibilitando mudanças psíquicas que se harmonizem com a nova situação corporal. Como citado por Alonso (2004), para Jung não existia uma terapêutica única e válida para todos os pacientes, fato que alerta o terapeuta sobre estereotípias com relação a determinados casos.

Assim, não cabe a mim, formular uma prática profissional exclusiva ao deficiente físico, como já enunciado por Kovács (1997), mas sim propor reflexões sobre alternativas de trabalho que correspondam às especificidades do atendimento institucional a portadores de deficiência física numa abordagem junguiana. Nesses casos, não há uma expectativa de cura, por apresentarem seqüelas corporais permanentes, mas como disse Jung (2002, p.8), “cura não significa tornar sadio, cura significa transformação”.

Nesse sentido, a importância em se delimitar o campo da psicoterapia a pessoas com deficiência física acontece pelas especificidades dos casos abordados. Cada ser humano é único e requer um trabalho que vise sua unicidade, porém quando nos referimos ao processo de reabilitação física, devemos pontuar alguns aspectos mais comuns nesse trabalho pela aquisição de uma melhor qualidade de vida, como bem cita Amaral (1994, p.73):

alguns pontos são essenciais: a) realista visão de si mesmo (abrangendo potencialidades e limites); b) aquisição ou re-aquisição de auto-estima; c) construção ou re-construção da dignidade de pessoa humana perante si mesmo, a família e a comunidade. Meta final: equilíbrio intra-psíquico e equilíbrio pessoa/meio.

Sabemos que em alguns casos esse equilíbrio pode não ocorrer, devido às inúmeras dificuldades encontradas no meio do caminho, como dificuldades de transporte que impedem a ida do paciente ao centro de reabilitação, desestruturação familiar e outros, porém a possibilidade de tornar isso possível faz parte da atuação psicoterápica e multidisciplinar.

Na situação referida neste trabalho, ocorre no início uma alienação do ego, natural ao processo, já que a profundidade da queda proporciona um confronto com as mais difíceis fantasias de desvalia, rejeição, impotência e outros sentimentos alienantes. Sob esta influência, o paciente se torna mais vulnerável ao processo psicoterápico, pois segundo Edinger (1972, p.81):

em termos psicológicos, a experiência do aspecto de suporte da psique arquetípica tem mais probabilidades de ocorrer quando o ego exauriu seus recursos próprios e está consciente de que, por si mesmo, é essencialmente incapaz: O limite do homem é a oportunidade de Deus .

O encontro com o paciente promove uma abertura para o inexprimível, já que a maioria das pessoas que chegam à instituição nunca teve a oportunidade de serem observadas num contexto psicoterápico. Assim, não é somente a dor expressa na ferida física que chega, mas a pessoa em sua completude, com seus anseios, receios e expectativas. Quem chega é um ser complexo, com seus complexos, máscaras e sombras. A alma se presentifica e o acolhimento a essa pessoa que traz sua história impregnada e encarnada se faz mediante à dor simbolizada no corpo. O terapeuta necessita estar atento ao fato de não supervalorizar a dificuldade física em detrimento de outros aspectos da vida do paciente, como também não negligenciar a ferida tão contundente e revelada pelo aspecto corporal.

O psicoterapeuta, cujo campo específico de trabalho se situa precisamente na esfera crítica da interação entre corpo e alma, acha que é sumamente provável que o psíquico e o físico não constituam dois processos paralelos entre si, mas dois processos unidos pela interação do corpo e da alma, embora sua natureza específica escape ainda inteiramente, por assim dizer, ao campo de nossa experiência (JUNG, 2002a; p.27).

De fato, é importante considerar o ser humano tal como é, em sua inteireza e integridade, para, a partir da relação entre físico e psíquico, ou melhor, entre corpo e alma, promover uma vivência simbólica real e criativa. O trabalho com os aspectos da sombra,

simbolizados pelo corpo deficiente, também são abordados, no sentido de que a aproximação com o obscuro e negado possa ocorrer de forma gradual e sustentada pelo vínculo terapêutico. *Confessar* ao terapeuta que acha estranho ver um deficiente atravessando uma rua ou passeado no shopping pode parecer uma atitude preconceituosa, porém poder falar sobre essa sensação sem ser julgado, pode se tornar uma experiência libertadora para o encontro com suas reais dificuldades e preconceitos.

E, para poder falar sobre esses aspectos, a empatia entre terapeuta e paciente é de suma importância, considerando que a técnica profissional do psicólogo compreende a sua personalidade ali envolvida, também composta por máscaras e sombras. Diz Jung (2002b) que o encontro entre duas personalidades é como o contato entre duas substâncias químicas, pois, havendo qualquer reação, as duas se transformam. Nesse sentido, o terapeuta também sofre uma influência, de forma semelhante ao paciente. A transformação ocorre duplamente, no paciente que chega afoito por ajuda, procurando um apoio para enfrentar a brusca perda e no terapeuta, que desperta para suas próprias deficiências.

Considerando a individualidade de cada pessoa, é importante olhar para o contexto de vida pela qual a pessoa passava antes da aquisição da deficiência, o que vinha construindo, ou mesmo se estava num momento de maior estagnação. A forma de lidar com as adversidades de cada um vai diferir conforme as condições daquele momento.

As verdades psíquicas fundamentais se alteram enormemente no decorrer da vida. Tanto é que quase podemos falar de uma psicologia do amanhecer e outra do entardecer da vida (...) Assim, como o jovem neurótico teme a vida, o velho receia diante da morte (JUNG, 2002a; p.65).

O fato de se comportar de forma mais masculina, como vimos em Lucia, ou ser mais submissa às influências externas, como em Sueli, também são consideradas no processo psicoterápico, embora, no contexto deste estudo, essas especificidades não sejam detalhadamente conceituadas. Entretanto, é importante considerar essas variáveis que podem interferir na melhora dos aspectos emocionais buscados na psicoterapia.

Nesse sentido, anima, animus, complexos, e principalmente as polaridades que vão se constelando na psique fazem com que o psicólogo de orientação junguiana se utilize dessas referências, em todas suas áreas de atuação, entretanto, na psicoterapia a longo prazo, ocorre a possibilidade de seu aprofundamento. Quando falamos em psicoterapia breve em reabilitação física, a necessidade em se tocar de maneira mais intensa nas perdas físicas delimita o campo de atuação, configurando, inclusive, o enquadre.

Mesmo com essas pré-determinações, vemos através das histórias, como vamos, terapeuta e paciente, enveredando por outros caminhos inesperados. Os relacionamentos conjugais, as dificuldades familiares, os anseios e expectativas de cada um são vislumbrados conforme vão aparecendo, e embora o trabalho objetive ser mais focal, não há como desviar os olhos daquilo que se escancara diante de nós. Em Rogério, o conflito conjugal decorrente da limitação física e sexual aponta para a necessidade de se trabalhar esses aspectos, tanto no paciente como na esposa. A individuação abrange todas as partes do eu, e nesse sentido tudo o que parece prejudicado, especialmente se decorrente da seqüela física. O trabalho com familiares e cuidadores assume grande importância no processo psicoterápico com pessoas deficientes, já que toda a família sofre alterações que devem ser consideradas. Para Neder (1992; p. 3) “o doente e sua família guardam estreita relação na maneira de ser e de se comportar. Doente um de seus membros, doente também está a família”

Não vou me ater demasiadamente a esse tema, pois estaria me desviando do foco deste trabalho, mas tratando do trabalho realizado junto às pessoas com deficiência, torna-se esclarecedor pensar em formas de acompanhamento para os familiares. Geralmente, faço intervenções esporádicas com os mesmos, a fim de perceber como compreendem o momento vivenciado pelo paciente e quais as expectativas que têm diante do quadro. O trabalho informativo também é essencial, para amenizar fantasias e ajudar o cuidador a perceber as reais dificuldades do paciente, sem superprotegê-lo, nem negligenciar nos seus cuidados. Nessa área, costumamos dizer que a reabilitação se constitui de um tripé formado pelo paciente, família e equipe clínica (incluindo médicos e terapeutas). Assim, é imprescindível trazer a família para perto, na participação ativa do processo de reabilitação.

Quanto à intervenção psicológica propriamente dita, é preciso enfatizar que o seu objetivo principal é a busca da qualidade de vida e do bem-estar do paciente. Visa, por isso, a facilitar a compreensão, a elaboração das perdas, dos lutos, a favorecer as modificações na imagem corporal, e ao fortalecimento da auto-estima, possibilitando a significação de tudo o que ocorreu (KOVÁCS, 1997; p. 114).

Os artigos pesquisados para a execução deste trabalho pontuam algumas pesquisas referentes à forma de lidar com a deficiência, como é o caso do estudo de Pereira e Araújo (2005), onde através de uma pesquisa que se considerou a pré-reabilitação e pós-reabilitação de pessoas com lesão medular, perceberam-se mudanças especialmente no enfrentamento da situação. Foi constatado que na primeira fase aspectos como religiosidade, pensamento positivo e busca de suporte emocional assumiam grande importância nas estratégias de enfrentamento, o que na fase pós-reabilitação se alterou no que concerne aos aspectos

religiosos, que passaram a um nível mais baixo de importância, sendo que a prioridade foi a focalização no problema.

Nesse sentido, a atuação profissional do psicólogo na área da reabilitação de pessoas com deficiências é semelhante, apresentando diferenças conforme a linha adotada e o modo de intervenção prestigiado dependendo dos objetivos da psicoterapia, como o trabalho individual, grupal, de estimulação, de apoio etc. Essas modalidades podem ser tanto elegidas pelo profissional, como já serem alternativas utilizadas no centro de reabilitação a que o psicólogo deve assimilar, assumindo aquilo que já está cristalizado, mas incutindo a sua forma individual de olhar e trabalhar. Como Alves (2006, p.53) enfatiza: “o profissional da saúde é um *Restaurador de vidas* e deve reparar o corpo humano como uma obra de arte preciosa, pura, rara e sensível, que se quebra e deteriora”.

Cuidar do outro também requer cuidar de si e estar em contato com as próprias feridas, que afloram à compreensão da dor alheia. Para Miorin (2006, p.124) “mais do que a sapiência e a técnica, nas artes da cura são necessários amor e compaixão, pois como já era dito na antiguidade, do verdadeiro terapeuta cabe curar quando possível, aliviar o sofrimento muito frequentemente e oferecer consolo sempre”. A cura não deve ser vista como meta, já que no caso das deficiências supracitadas, isso ainda é impossível do ponto de vista médico, porém há de se investir no caminho que leva a pessoa a refletir sobre suas reais potencialidades, valorizando o que pode ser feito e amenizando a angústias frente ao improvável.

Com bastante frequência, o que temos a fazer é ajudar uma pessoa em dificuldade a compreender a si mesma tanto quanto possível, não só para que entre em contato com o inconsciente, mas simplesmente para que suporte os aspectos trágicos da vida em toda a sua incompreensibilidade (GUGGENBÜHL-CRAIG, 2004; p. 36).

A busca da individuação como processo criativo do encontro com o Self, proposto por Jung, continua sendo a meta no trabalho psicoterápico dentro da abordagem da psicologia analítica. A possibilidade de integrar os acontecimentos trágicos aos projetos cotidianos de vida é o que destaca o modelo de intervenção que venho aqui expor. “Mas na verdade, a longo prazo, somente o analista apaixonadamente envolvido em sua própria vida poderá ajudar seus pacientes a encontrar seu caminho” (Ibid, p.58). O envolvimento com a história ouvida desperta no terapeuta a faculdade de empatizar e também de se colocar o mais próximo possível da experiência relatada.

O encontro com o paciente é sempre marcado pela emoção, tanto de quem chega como de quem aguarda, e nessa ligação ocorre a possibilidade de se criar um vínculo propiciador de abertura. “O trabalho terapêutico pode ser equiparado a um trabalho alquímico, no sentido de

que visa também eliminar as impurezas – as defesas – e facilitar a realização da personalidade de acordo com sua essência, com a realização do Self’ (FREITAS, 1987; p. 22). Assim, poder olhar para o paciente que traz angústias, dores, seqüelas, conflitos e símbolos proporciona um espaço onde a persona e a sombra possam se expressar, através de um trabalho que visa unir as teorias que trabalham com o tema sobre as deficiências ao modelo da psicologia analítica, amplificador de diferentes possibilidades de atuação profissional.

6.2. Reflexões para uma possível conclusão

Não tinha mais nada a querer nem a desejar; poder-se-ia dizer que eu era objetivo; era aquilo que tinha vivido.

(Jung)

Este trabalho é fruto de reflexões iniciadas num contexto de psicoterapia breve, junto aos meus pacientes, com quem compartilho a possibilidade de crescer junto como terapeuta e pesquisadora. Ao contar essas histórias pude revelar grande parte dos meus sentimentos e questionamentos no que se refere à reabilitação psicológica de pessoas portadoras de deficiência física. Afinal, quando estamos realizando a prática diária do trabalho, acabamos perdendo, muitas vezes, a capacidade de pensar acerca do que realizamos e de como *nosso* processo de individuação vai ocorrendo. Assim, aqui pude focalizar não somente as trajetórias

dessas pessoas que tiveram suas vidas modificadas, mas o meu próprio percurso, que também se altera a cada paciente que chega, a cada história ouvida e sentida.

A forma escolhida para a execução deste trabalho reflete a maneira como busco realizar os atendimentos psicoterápicos institucionais, aproximando-me à queixa trazida, procurando compreender a condição que trouxe a pessoa até àquela instituição específica. Assim, concordo com Vitali (2004) quando refere que o pesquisador faz parte do acontecer humano, assim como o fenômeno que busca conhecer. No papel de narradora-terapeuta não tive a pretensão de expressar o inédito, mas aquilo que está presente no cotidiano do profissional psicólogo que realiza um trabalho institucional em psicoterapia breve para pessoas com deficiência física adquirida. A abordagem junguiana tem muito a contribuir e a ampliar no campo da psicoterapia breve, entretanto há poucos trabalhos que utilizam esse referencial teórico no contexto clínico breve.

No processo psicoterápico breve não ocorre uma exploração profunda dos conteúdos inconscientes, pois, como Amaral (1992) e vários outros autores referem, o objetivo é a conscientização e o enfrentamento da situação vigente que está afetando emocionalmente a pessoa. Logicamente, conteúdos inconscientes são mobilizados ao longo do processo e são importantes instrumentos na elaboração das questões conscientes. Para elucidação, relembro aqui o conflito conjugal de Lucia, cujos complexos inconscientes afetavam seu comportamento, prejudicando a relação com o marido. Aliás, é importante salientar que este trabalho também demonstrou como a teoria junguiana pautada na dinâmica inconsciente pode ser utilizada em processos breves com o uso de conceitos e análises semelhantes à psicoterapia de longo prazo.

A jornada de individuação ocorre impreterivelmente a todas as pessoas, porém a possibilidade de atravessá-la de forma consciente não acontece de forma generalizada. “Vamos vivendo”, como dizemos no sentido leigo, grande parte das vezes sem vislumbrar para onde seremos levados no caminho que estamos cruzando. Então, ao sofrermos um acontecimento brusco, o fato de pensar sobre a vida que estávamos vivendo pode propiciar um encontro com aspectos tanto da consciência como do inconsciente. Para tanto, a psicoterapia, mesmo em seu modelo breve e focal, suscita questionamentos que intensificam o contato entre Self e ego, pontuando as dissonâncias e consonâncias que vão se conjugando após a aquisição da deficiência. As intervenções citadas buscam refletir como esse eixo pode ser conectado através da possibilidade de se deparar com a sombra explícita que a deficiência representa, assim como com a persona que acaba sendo assumida pela pessoa que a adquire.

O encontro/confronto com a persona e com os aspectos da sombra ocorre inevitavelmente para todas as pessoas que adquirem uma deficiência, especialmente pela assimetria que caracteriza culturalmente a deficiência. Assim, o trabalho psicoterápico inicial é possibilitar a exposição aos sentimentos mobilizados, trazendo à consciência aqueles conteúdos reprimidos referentes ao auto-preconceito, à vergonha e à dificuldade de aceitação de um corpo diferente do anterior. Amaral (1987) ilustra como a deficiência assume um foco tão relevante que passa a ser *figura* numa visão gestáltica, sendo geralmente associada a uma relação vertical com pessoas consideradas *normais*. Nos casos citados neste trabalho, ocorrem maneiras similares de se lidar com a sombra, que carrega o estigma da depreciação. Vemos que Lucia, Sueli e Rogério expressam dificuldades na auto-aceitação após a aquisição da deficiência. Nas mulheres, essa dificuldade está muito vinculada à representação estética que perpassa nossa cultura ocidental.

No importante trabalho de Alves (2006) vemos que a deficiência facial interfere sobremaneira na relação consigo mesmo e com os outros, já que a face simboliza o primeiro canal de entrada para um relacionamento. Assim, a *máscara* da deficiência facial representa o pesado estereótipo do estigma que se interpõe prioritariamente no contato inter-humano. Podemos, através deste trabalho, observar que essa mesma situação também acontece quando a deficiência se localiza no corpo, pois as características que determinam a persona do deficiente físico, como vergonha, auto-comiseração, sentimento de impotência e outros se presentificam desde o início da aquisição. Assim, o trabalho psicoterápico visa desmistificar alguns tabus, possibilitando a introjeção desta persona como forma de aceitação ativa do quadro. A aceitação criativa da persona propicia uma assimilação dos aspectos reais da deficiência, que, como Ribas (1985) cita, não são nem bons, nem maus, mas são estados de uma situação crítica. É importante, porém, que o inverso não ocorra de forma contundente, o que poderia se observar numa cristalização da persona do deficiente, que como Whitmont esclarece (1969, p.142) é necessário haver a distinção entre a “pele individual e as vestes coletivas”.

Para que o tratamento se torne realmente efetivo, a persona e a sombra do terapeuta também merecem consideração, e nesse aspecto me valho do arquétipo do terapeuta ferido proposto por Guggenbühl-Craig (1997) que presume a importância de que o terapeuta entre em contato com sua própria dor, a fim de que compreenda empaticamente a ferida alheia. Não se pode valorizar o pólo saudável em detrimento do pólo ferido, pois somente através deste é que se pode acionar o terapeuta interior do paciente. Olhar para minhas deficiências como

pessoa e como terapeuta também foi simbolicamente necessário para que eu pudesse realizar essa prática e compartilhá-la nesta dissertação.

A vivência corporal simbolizada aqui por uma deficiência física motora é demandante de outras formas de contato com o mundo, pois a via corporal sofreu acometimentos que alteram o cotidiano prévio à aquisição do quadro. A possibilidade de pensar nesse corpo como um representante da forma de se expressar no mundo pode ampliar o espectro de significações sobre as motivações e fantasias que recaem sobre as causas da deficiência. Para Jung (1985) o inconsciente só pode ser experimentado no corpo, pois é a manifestação externa do Self. Assim, aprender a conviver com um corpo desconhecido, que traz seqüelas é um dos principais objetivos no tratamento de reabilitação.

A psicossomática vem se debruçando sobre o estudo do simbolismo da doença e o eixo psique-corpo, pois a doença pode apontar um desvio na conexão entre ego e Self (Ramos, 1994). No caso deste estudo, a deficiência parece revelar um símbolo concreto que marca a forma, inclusive, de como os pacientes adquiriram a deficiência. Existem pesquisas que defendem a idéia de que o AVC pode ser atribuído ao estilo de vida da pessoa, que pode ser modificado através de mudanças que zelam por comportamentos mais saudáveis. Também, nos casos de Lucia e Rogério que adquiriram a deficiência devido a atos de violência, podemos avaliar a maneira simbólica de como a cultura vem se apresentando.

O corpo que sofre limitações se vê obrigado a modificar várias situações que faziam parte da rotina, como uma *simples* escovação de dentes, no caso de Rogério, ou se alimentar com as duas mãos, como em Sueli, ou ainda, não poder mais “dar uma corridinha para pegar uma condução”, para exemplificar a situação de Lucia. Tudo se altera, seja de forma sutil (considerada assim por quem não tem deficiência física) ou de maneira mais brusca. Como revela Farah (1996), quando um corpo está doente é como se perdesse sua alma, e é assim que essa experiência é vivenciada, como um estar fora do corpo. A intervenção psicoterápica funciona como tentativa do resgate dessa alma, dessa ligação entre ego e Self, que se desviou justamente por conta do acometimento corporal.

As mudanças no corpo expressam alterações em características da persona, gerando inicialmente uma fixação nos aspectos negativos da mesma, o que posteriormente pode ser usado de forma criativa para a assimilação saudável à deficiência e à aceitação do novo corpo, que deve ser introjetado à psique. A partir dessa *incorporação* da deficiência, podem ocorrer mudanças significativas que reinserem a pessoa ao seu caminho de individuação, com novos rumos e projetos.

A questão corporal envolve muitas vertentes, como a demanda estética, especialmente no caso das mulheres que são pressionadas a possuírem um padrão cultural de beleza. Sobre este tema, Fine e Asch (1989) demonstraram que o corpo feminino deficiente sofre preconceitos no que se refere à sensualidade; considera-se a pessoa com deficiência como alguém assexuado. Isto pode ser verificado neste trabalho, através das histórias de Rogério e de Lucia que, devido ao caráter de suas deficiências, acabam se sentindo rejeitados e pouco atraentes para seus parceiros. Na primeira situação, não somente a vergonha, mas principalmente o grave quadro físico dificultou a vida sexual e conjugal. Em Lucia, o estranhamento do próprio corpo propiciou um distanciamento do marido, o que interferiu em outros aspectos da relação. Como cita Silva (2005), o desejo de uma pessoa deficiente está preservado, e é importante considerá-lo como parte do desenvolvimento saudável da pessoa, fato que deve ser explorado também no processo de reabilitação. Também para Vash (1999), a sexualidade é a busca da transcendência e está relacionado a vários tipos de manifestações, que não propriamente o ato sexual em si.

Os objetivos da integração dos aspectos da persona e da sombra, bem como da elaboração do corpo simbólico, refletem a minha busca enquanto terapeuta, de auxiliar a pessoa que adquiriu uma deficiência a retomar seus papéis, planos, projetos, o que chamo aqui de destino. O impulso do Self que leva o indivíduo a concretizações, parece sofrer um desvio do caminho que vinha se configurando, mudando obrigatoriamente a rota pré-estabelecida. O acompanhamento psicoterápico deve ser sensível em refletir sobre essas mudanças e sobre a possibilidade de readaptação da vida prévia à situação vivenciada. Para Whitmont (1991) tanto as vivências trágicas como as felizes acontecem a fim de nos ajudar a entrar em contato com nosso lado reprimido, para assim expandir nossa consciência. Nos casos aqui relatados, vemos que todos tiveram que alterar seus sonhos e o caminho delineado até aquele momento. Rogério é afastado de sua função, sendo obrigado a se aposentar e abandonar a meta tão idealizada de evoluir na carreira militar. Entretanto, mesmo com todas as dificuldades advindas da lesão, pôde se deparar com o artesanato e com isso, a possibilidade de se sentir vivo.

Ainda segundo Whitmont (1991, p.209) o indivíduo deve aprender a conviver com a diferença entre o si-mesmo desejado e o si-mesmo real, sendo a “individualidade o seu destino” A aceitação do corpo real em detrimento do corpo almejado é necessária para a assimilação criativa da deficiência, e para, a partir dela, suscitar transformações positivas. Conforme Alves (2006), nos casos de deficiência adquirida há uma contraposição entre

presente e passado, já que a pessoa que adquire uma deficiência expressa uma expectativa muito elevada de melhora, desejando voltar a ser como era antes, enquanto nos casos de deficiência congênita, a expectativa parece ser menor, ocorrendo uma valorização dos mínimos ganhos.

A alteração drástica do destino mobiliza uma sensação de abandono do próprio Self, representado pelo arquétipo de Deus. Assim, é comum haver um discurso de decepção com a figura divina, além de uma responsabilização pelas perdas sofridas. O vínculo com Deus se torna ambivalente, pois a mesma mão que castiga é a mão que consola e assim a expectativa de cura ou melhora é depositada sobre a fé em um ser superior. A aceitação desse destino diferente do projetado sofre influências dos aspectos referentes à religiosidade, como citado anteriormente. Os trabalhos de Saad e cols (2001) e Faria e Seidl (2005) confirmam a hipótese de que a espiritualidade, definida como um conjunto de crenças, transmite vitalidade e significado para eventos da vida.

A possibilidade de mudanças trazidas com a deficiência pode ser incorporada de forma positiva, sendo necessária uma assimilação da mesma por parte do Self, para que novos rumos possam se estabelecer. Jung (1975) confirma essa descrição, ao perceber que somente após sua doença pôde compreender como a aceitação do destino representa a abertura para alterações de situações antes cristalizadas. Em diversas vezes, aquilo que aparentemente e inicialmente é considerado hostil pode simbolizar um retorno ao processo inconsciente de individuação. “É como se a pessoa então tivesse de se pôr, efetivamente, a caminho da individuação, para seu próprio bem e não apenas para se sentir melhor, ou para dormir melhor, para voltar a ser potente ou qualquer outra coisa” (VON FRANZ, 2003; p.56). Sob esse aspecto, a deficiência poderia funcionar como o símbolo que necessita ser introjetado para suscitar mudanças propiciadoras de maior amplitude psíquica e conseqüentemente na jornada existencial.

Vemos nas histórias contadas que as mudanças ocorridas em decorrência da deficiência trouxeram tristeza, revolta, auto-comiseração, mas também indicaram a necessidade de modificações em outros âmbitos da vida, como na relação conjugal de Lucia, na relação de Sueli com o filho e na mudança de persona, antes cristalizada, do policial Rogério. Não podemos afirmar que essas transformações não ocorreriam caso a deficiência não existisse, porém podemos observar que foi a partir do enfrentamento das mesmas, que surgiu abertura para se refletir sobre a maneira como a vida vinha se conduzindo. Compartilho com Ramos (1994) que a pessoa que se nega a tomar consciência de sua jornada de

individação se vê, ao adquirir uma doença, obrigado a se confrontar com seus complexos. Para isso, o processo psicoterápico funciona como disparador de questionamentos e oportunidades para o início de outros projetos, que permitem a reconexão ego-Self e a retomada do caminho do si-mesmo, como propõe Freitas (1987).

Provocar inquietações, suscitar sentimentos que pudessem se refletir a partir daquilo que se lê, talvez tenha sido um objetivo neste trabalho, já que como Clarice Lispector ou como Lígia Amaral, vou me guiando pela possibilidade de remeter o leitor ao campo da leitura participante, como se o mesmo estivesse ali, no papel de quem ouve. Com os mestres da psicologia analítica pude enveredar por caminhos pouco conhecidos, mas que me propiciaram a entrada nos temas que tanto me acompanham enquanto atendo. Penso que a reflexão teórica sobre essa prática também pode ser vislumbrado como um chamado do meu Self que insistia, através do desejo de escrever, da vontade de retomar um passado que nunca se foi, que estava dentro durante todo o tempo.

Penso que, mais inteira, estou pronta para retomar o caminho interrompido... Sair de mim para olhar o outro... Não com o distanciamento da neutralidade, mas sim com o do conhecimento. Dolorido, mas muito mais tranquilo, porque incorporado (AMARAL, 2004; p. 162).

Ao relatar as intervenções psicoterápicas, também me interessei em, além de expor a prática clínica e institucional, propor reflexões acerca dos trabalhos que podem ser desenvolvidos nesse âmbito, auxiliando profissionais que também se inserem no contexto multidisciplinar na área da saúde. As inúmeras possibilidades de trabalhar junto ao portador de deficiências ampliam os caminhos que já estão sendo atravessados, sendo que ao pensar de forma mais ampla sobre esse tema, concilio ao trabalho institucional a psicologia analítica. Entender como o destino vem se concatenando, os desdobramentos vão facilitando a consciência da individuação e como o corpo pode ser um símbolo das transformações psíquicas que vão ocorrendo pontuam as minhas expectativas nesta dissertação.

Não proponho aqui uma forma única de trabalhar com pessoas deficientes, pois cada ser humano traz sua singularidade, que deve ser considerada no contexto psicoterápico. A forma de lidar com a deficiência também difere para cada paciente, podendo ser vislumbrada nesta dissertação através das histórias de Rogério, que *aceita* passivamente a limitação e das mulheres, que se revoltam, reagindo agressivamente à situação. Assim, o objetivo da psicoterapia não é a cura do paciente, mas a transformação da forma de enfrentar os conflitos geradores de sintomas. Para Jung (2002), a meta de uma análise é propiciar mudanças. Num contexto institucional, a dinâmica de atendimentos geralmente é diferente daquela que ocorre

no consultório e daí a relevância deste estudo na elucidação dessa prática tão similar e, ao mesmo tempo, tão diversa.

O trabalho em psicoterapia breve enfoca as queixas principais do paciente para que se possa amenizar seu nível de ansiedade, decorrente das perdas conseqüentes à limitação física (NEDER, 1995), bem como auxiliar o paciente a modificar atitudes a partir da conscientização de situações inconscientes (AMARAL, 1992). Também, para Kovács (1992), a psicoterapia breve visa propiciar a elaboração do luto subjacente à perda física. Em minha revisão bibliográfica, encontrei poucos trabalhos que citam a psicoterapia breve num modelo junguiano; entre eles cito o de Baszhuni e Santanna (2006), realizado numa enfermaria hospitalar, onde o paciente que sofrera uma amputação foi submetido à técnica do jogo de areia para avaliar questões emocionais. Entretanto, como o trabalho foi realizado em quatro sessões, não se pode configurá-lo como técnica de acompanhamento breve nos moldes aqui priorizados, mas sim como intervenção de apoio que se assemelha a algumas características daquela. A pesquisa de Elias (2003) se refere ao acompanhamento breve a crianças e adolescentes com câncer numa linha junguiana, mas seu referencial segue a linha psicanalítica proposta por Fiorini.

A escassez de pesquisas referentes ao tema da psicoterapia breve pode ser percebida neste estudo. Acredito que sua prática vem ocorrendo em diversos contextos: hospitalares, organizacionais, institucionais, mas é necessário que ela seja explicitada, para possibilitar um diálogo mais enriquecedor entre as teorias e também auxiliar os profissionais que trilham seus caminhos por essas veredas. Penso que este trabalho pode contribuir não para oferecer modelos de conduta clínica, mas para ampliar os horizontes em que o acompanhamento psicoterápico breve se insere.

Como não poderia deixar de ser, afinal somos seres em constante mudança, vivenciando nascimentos e perdas durante o processo, fui surpreendida pela morte posterior de um dos pacientes cuja história procurei expor neste trabalho. Poderia ter pensado na história de outro paciente, já que por atender elevadas demandas isso não seria um fator complicante, porém a força de sua vida, de sua luta e vontade de estar presente, mesmo com todas as vicissitudes, não poderia deixar de ser contada. Fico feliz em poder, mesmo postumamente, contar o percurso de Rogério, e incluir para mim e para o leitor, o capítulo “Individuação e morte”, que só pôde ser criado (“nascido”) a partir de sua morte. Lembro aqui, mais uma vez, de Jung, que com seu trabalho mostrou o quanto de vida há na morte, pois ambas fazem parte de um mesmo processo, que está presente na jornada de se individuar.

Olhar para Sueli, Lucia e Rogério com suas personas modificadas, suas sombras reveladas, seus complexos empregados e suas vastas necessidades, expectativas, desejos, temores, vivências e mortes é o que me faz sentir a importância de se pensar no corpo como invólucro da alma, que, por mais determinante e delimitador que seja, não configura todo o espaço do sentir. Queria nesse trabalho trazer a alma que está em todos os lugares, independentemente do tamanho da perda, das possibilidades vivenciais com a limitação física, do fato de se andar sem as pernas... Desejo que possamos olhar para o que está dentro do ser humano, para aquilo que Jung (2000) chama de *daimon*: “ter alma é ousadia da vida, pois a alma é um daimon doador de vida, que conduz seu jogo épico sobre e sob a existência humana” (Idem, p.31).

VII. Referências

ALONSO G. J. C. La psicologia analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, v.3, n.001, pp.55-70, 2004.

ALVES, E. *Pedaços de mim: O luto vivenciado por pessoas com deformidade facial adquirida pós-trauma bucomaxilofacial e sua interferência no seu desenvolvimento*. Tese

apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de doutor.

AMARAL, L.A. Atendimento Psicológico a Pessoas Portadoras de Deficiência: Psicoterapia Breve, uma alternativa. In: *Boletim de Psicologia*, 42: 27-36, 1992.

AMARAL, L. A. *Resgatando o Passado: deficiência como figura e vida como fundo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

AMARAL, L. A. *Resgatando o Passado: deficiência como figura e vida como fundo*. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre. São Paulo, 1987.

AMARAL, L. A. *Conhecendo a Deficiência (em companhia de Hércules)*. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

AMARAL, L. A. *Pensar a diferença: deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.

BACHELARD, G. *A poética do devaneio*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BAZHUNI, N. F. N. e SANT'ANNA, P. A. O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado. *Psicologia, teoria e prática*, v.8, n.2, pp.86-101, 2006.

BECKER, E et al. *Deficiência: alternativas de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

BENEDETTO, K. M., FORGIONE, M. C. R. e ALVES, V. L. R. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. *Acta fisiátrica*, v. 9, pp.85-89, 2002.

BENJAMIN, W. (1935/36). *A obra de arte na época de sua reprodutibilidade técnica*. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Obras Escolhidas, v.1).

BOECHAT, W. A transformação como evento central em psicoterapia. Palestra proferida no *XI Simpósio Internacional da Associação Junguiana do Brasil*. Mangaratiba, RJ, 2003.

BOLEN, J. S. *As deusas e a mulher: nova psicologia das mulheres*. São Paulo: Paulus, 1990.

BYINGTON, C. *Estrutura da Personalidade: Persona e Sombra*. São Paulo: Editora Ática, 1988.

BYINGTON, C. *Dimensões Simbólicas da Personalidade*. São Paulo: Editora Ática, 1988.

CAPITÃO C.G.; ROMARO, R.A. A Psicoterapia Breve na Instituição Hospitalar: Considerações sobre a adesão. *Psicologia Hospitalar*, v.1(2), pp. 68-77, 2003.

GHAGAS, A. M. de R. *Avanços e Impedimentos para a construção de uma Política Social para as Pessoas com Deficiência*. Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

CHAMLIAN, T. R. *Medicina Física e Reabilitação – parte 2* (pp.43-111). São Paulo: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – Departamento de Ortopedia e Traumatologia, 1999.

CONGER, J. P. *Jung e Reich: O corpo como sombra*. São Paulo: Summus, 1993.

EDINGER, E. *Ego e Arquétipo*. São Paulo: Cultrix, 1972.

ELIAS, A.C.A. Resignificação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia, ciência e profissão*, v. 23. n.1, pp. 92-97, 2003.

FARAH, R. O corpo em Jung. *Hermes n.1; ano 1996*. São Paulo.

FARIA, J. B. e SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 18, n. 3, pp. 381-389, 2005.

FERREIRA, N.S. e YOSHIDA, E.M.P. Produção científica sobre psicoterapias breves no Brasil e demais países latino-americanos. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.9, n.3, 2004.

FINE, M. e ASCH, A. *Women with Disabilities: Essays in Psychology, Policy, and Politics*. Temple University Press, 1989.

FIORINI, H. J. *Teoria e Técnica Psicoterápica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

FRAYZE-PEREIRA, J. O paciente como obra de arte: uma questão teórico-clínica Hermann, Fábio; Lowenkron, Theodor, orgs. *Pesquisando com o método psicanalítico* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FREITAS, L. V. O arquétipo do mestre-aprendiz – considerações sobre a vivência. *Revista Junguiana*, São Paulo, n. 8, 1990 (p.72 – 99).

FREITAS, L. V. O ser humano: entre a vida e a morte – visão da Psicologia Analítica. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

FREITAS, L. V. *A psicoterapia como um rito de iniciação: Estudo sobre o campo simbólico através de sonhos relatados no self terapêutico*. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre. São Paulo, 1987.

FREITAS, L. V. O Calor e a Luz de Héstia: Sua Presença nos Grupos Vivenciais. *Cadernos de Educação UNIC*. Edição Especial, pp. 131-145, 2005.

GALSKI et al. Cognitive Decline Following Stroke: A Comprehensive Study of Cognitive Decline Following Stroke. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 20, n.4, pp. 503-517, 1998.

GILLIÉRON, E. *As Psicoterapias Breves*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

GORRESIO, Z.M.P. *Os pressupostos míticos de C. G. Jung na leitura do destino: Moira*. São Paulo: Annablume, 2005.

GREINER, C. *O corpo: pistas para estudos indisciplinares*. São Paulo: Annablume, 2005.

GUARINO, P. et al. Retorno ao trabalho de amputados dos membros inferiores. *Acta Fisiátrica*. Vol. 12, n. 02, pp. 100-103, 2007.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *O abuso do poder na psicoterapia: na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*. São Paulo: Paulus, 2004.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. O arquétipo do inválido e os limites da cura. *Junguiana*, n.1, V.1, pp. 97-106, 1997.

HILLMAN, J. *O Código do Ser. Uma busca do Caráter e da Vocação Pessoal*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.

JACOBI, J. *Complexo, arquétipo, símbolo na Psicologia de C. G. Jung*. São Paulo: Cultrix, 1991.

JUNG, C. G. *Psicologia do Inconsciente*. Petrópolis, Vozes, 1987.

JUNG, C. G. *Presente e Futuro*. Petrópolis: Vozes, 1989.

JUNG, C. G. *A Prática da Psicoterapia*. Petrópolis: Vozes, 2002a.

JUNG, C. G. *Energia Psíquica*. Petrópolis: Vozes, 2002b.

JUNG, C. G. *Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo*. Petrópolis: Vozes, 2000.

JUNG, C. G. *Fundamentos de Psicologia Analítica*. Petrópolis: Vozes, 1996.

JUNG, C. G. *Memórias, Sonhos e Reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JUNG, C. G. *O Homem e seus Símbolos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

JUNG, C. G. *O Eu e o Inconsciente*. Petrópolis: Vozes, 2003.

JUNG, C. G. *AION – Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*. Petrópolis: Vozes, 1988.

JUNG, C. G. *Resposta a Jó*. Petrópolis: Vozes, 2001.

KELEMAN, S. *Mito e Corpo – uma conversa com Joseph Campbell*. São Paulo: Summus, 2001.

KNOBEL, M. *Psicoterapia Breve*. São Paulo: EPU, 1986.

KOVÁCS, M. J. Deficiência física adquirida e qualidade de vida – possibilidades de intervenção psicológica. *Deficiência: alternativas de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997 (p.95 - 128).

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOLTUV, B. B. *A Tecelã – Ensaio sobre a Psicologia Feminina extraídos dos diários de uma analista junguiana*. São Paulo: Cultrix, 1990.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

LIMA, G. Héstia. In: *Mitologia Simbólica - estrutura da psique e regências míticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

LIMA, M. C. P. Aspectos psicossociais da sexualidade de pessoas portadoras de lesão medular. *Revista de Psicologia*, n. 5, v. 2, pp. 13-20, 1987.

LISPECTOR, C. *A Hora da estrela*. São Paulo: Ática, 1996.

LISPECTOR, C. *A via crucis do corpo*. São Paulo: Rocco, 1998.

LISPECTOR, C. *A paixão segundo GH*. São Paulo: Rocco, 1999a.

LISPECTOR, C. *A maçã no escuro*. São Paulo: Rocco, 1999b.

LISPECTOR, C. *A descoberta do mundo*. São Paulo: Rocco, 1995.

LISPECTOR, C. *Felicidade Clandestina*. São Paulo: Rocco, 2000.

MELO, L. M. *Psicoterapia breve uma abordagem junguiana*. São Paulo: Instituto Pieron, 1998.

MINDELL, O. *Corpo Onírico – o papel do corpo no revelar do si-mesmo*. São Paulo: Summus, 1989.

MIORIN, R. *Aprender com o corpo : estabelecendo relações entre a psicologia analítica e as técnicas corporais taoístas*. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre. São Paulo, 2006.

MURTA, S. G. e GUIMARÃES, S. S. Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de psicologia*, vol.12 no.1 Natal Jan./Apr. 2007.

NEDER, M. O psicólogo no hospital. *Revista de Psicologia Hospitalar*, v. 1, n. 1, pp.6-15, 1991.

NEDER, M. A família do paciente hospitalizado. *Revista de Psicologia Hospitalar – FMUSP*, ano 2, n. 01, pp.03, 1992.

NEDER, M. Cinquentenário do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina*, 1994.

NEUMANN, E. *A Criança: Estrutura e Dinâmica da Personalidade em Desenvolvimento desde o Início de sua Formação*. São Paulo: Cultrix, 1980.

OLIVEIRA FUNARO, V. M. B. et al. *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP*: documento eletrônico e impresso. São Paulo: SIBI-USP, 2004.

OLIVEIRA, M. F. A deficiência de Eros. *Junguiana*, v. 20, n. 20, p.77-85, 2002.

OLIVEIRA, R. A. *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. ISPA, Lisboa, 2001.

PAULILO, M. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Serviço Social em Revista*, vol. 1, n.1, pp.135-148, Londrina, 1999.

PECCI, J. C. *Minha profissão é andar*. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.

PEREIRA, M. E. M. S. M. e ARAÚJO, T. C. C. F. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de neuropsiquiatria*, n. 63, 2005.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível ao dizível”. Von Simson, Olga de Moraes (org.) *Experimentos com histórias de vida*. São Paulo: Vértice/ Ed. Revista dos Tribunais, 1988.

RAMOS, D. G. *A Psique do Corpo: A dimensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus, 1994.

RAMOS, D. G. A questão psique-corpo: antigo problema, novas soluções. *Revista de Psicologia Hospitalar FMUSP*. São Paulo, n.1, pp. 23-26, 1999.

RESENDE, M. C., CUNHA, C. P. B., SILVA, A. P. e SOUZA, S. J. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciência e Cognição*, ano 4, v. 10, pp. 164-177, 2007.

RIBAS, J. B. C. *O que são pessoas deficientes*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

RYBARCZYK, B. et al. *Coping With a Leg Amputation: Integrating Research and Clinical Practice. Rehabilitation Psychology*, vol. 42, n. 3, pp. 241-256, 1997.

SAAD, M e cols. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, vol. 8, n.3, PP. 107-112, 2001.

SANTOS, L. C. R. *Re dimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular traumática*. Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para o grau de Doutor, São Paulo, 2000.

SILVA, L. C. A. *A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida*. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de doutor. São Paulo, 2004.

SILVA, M. G. G. A persona do analista frente à necessidade de definição de uma conduta médica. *Revista SBPH*, v. 9, n.1. Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, M. L. *Adaptação do paraplégico a um novo estilo de vida: uma abordagem psicossocial*. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery para o grau de mestre. Rio de Janeiro, 1996.

Tocando em Frente. Almir Sater e Renato Teixeira. *Almir Sater ao vivo*. Faixa 2 n. 64478904. Columbia. s/d.1 CD-ROM

VARGAS, N. S. Símbolo e Psicossomática. *Junguiana*, v. 20, n. 20, pp.29-34, 2002.

VASH, C. L. Sexuality ascending. *The Psychological and Social Impact of Disability*. Springer Publishing Company, 1999 (pp. 290-297).

VIDA é bela, A Direção: Roberto Benigni. Produção: Gianluigi Braschi e Elda Ferrio. Roteiro: Vincenzo Cerami, Roberto Benigni. Distribuição: Miramax Films, 1997.

VITALI, L. M. *For-Rabisco: Narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente*. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica, 2004.

VON FRANZ, M. L. *Psicoterapia*. São Paulo: Paulus, 1999.

VON FRANZ, M. L. *Os sonhos e a morte: uma interpretação junguiana*. São Paulo: Cultrix, 1984.

VON FRANZ, M. L. *A individuação nos contos de fada*. São Paulo: Paulus, 2003

WAHBA, L. Plasticidade neuronal e recursos criativos na reabilitação. *Junguiana* n. 24, V.24; pp. 57-65, 2006.

WAGNER et al. Return to productive activity after traumatic brain injury: Relationship with measures of disability, handicap, and community integration. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* , Vol.83 , n. 1 , pp. 107- 114, 1993.

WHITMONT, E. C. *A Busca do Símbolo: Conceitos Básicos da Psicologia Analítica*. São Paulo: Cultrix, 1969.

WHITMONT, E. C. *Retorno da Deusa*. São Paulo: Summus, 1991.

Apêndice

8.1. Termo de consentimento

Título do Projeto: CORPO DEFICIENTE E INDIVIDUAÇÃO: UM OLHAR SOBRE A PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA A PARTIR DA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTAÇÃO JUNGUIANA.

Pesquisador Responsável: Sandra Regina Rodrigues

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Laura Villares de Freitas.

Nome do voluntário:

Idade: _____ anos. R.G.: _____

Responsável legal: _____

R.G. do responsável legal: _____

O Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Corpo deficiente e individuação: histórias de pessoas com deficiência física adquirida, sob o olhar da Psicologia Analítica”, de responsabilidade da pesquisadora Sandra Regina Rodrigues.

O presente estudo tem como objetivo entender como a deficiência física pode ser assimilada de forma saudável ao contexto de vida de quem a adquiriu, para tanto será utilizado como método relatos de casos de pacientes que já estiveram em tratamento institucional, tendo recebido alta do mesmo.

Devido ao caráter sigiloso e confidencial deste trabalho, serão utilizados nomes fictícios, além da preservação de informações que poderiam caracterizar os sujeitos participantes. Como o projeto acontece com pessoas que já receberam alta de seu acompanhamento, não há qualquer necessidade de comparecimento à instituição de origem, bem como nenhum tipo de despesa a ser realizada pelo participante.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Ass. _____

Eu, _____, RG nº. _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

E,

Eu, _____, RG nº. _____, responsável legal por _____, RG nº. _____ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Ass. _____