

SEXUALIDADE E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: RESGATANDO SUBJETIVIDADES

Lic. Jorge G. Cantis¹

1 Psicólogo psicanalista. Professor Titular de Graduação e Pós-graduação (Universidade de Buenos Aires). Coordenador da Área de Deficiência ASAPPIA (Associação Argentina de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência). Diretor da Formação de Pós-Graduação em Deficiência "ASAPPIA" Redes Singulares, Familiares e Sociais. Autor do livro: "Deficiência: Reflexões Psicanalíticas e Possíveis Intervenções. Famílias-Subjetividade-Terapeutas". Março 2020 Ed: Ricardo Vergara. Diretor da Carreira de Especialização: "Deficiência: Campos de Intervenção: Subjetividade e Interdisciplina" do Colégio de Psicólogos de Mar del Plata. Diretor do Mestrado em "Problemas e Patologias do Desamparo". Mestre criado pelo Dr. David Maldavsky UCES (Universidade de Negócios e Ciências Sociais). cantisj@gmail.com

Introdução

A sexualidade dos jovens e adultos com deficiência é uma temática complexa e muito pouco visível nos contextos e abordagens interdisciplinares. A OMS refere que 15% da população tem algum tipo de deficiência e que é adquirida em alguma fase da vida.

Proponho três modalidades de ingresso à deficiência na etapa adulta Modalidade Progressiva, Traumatófila e Abrupta para depois focalizar na temática da sexualidade.

Na modalidade Progressiva: doenças silenciosas que vão incapacitando por suas limitações por exemplo: artrite reumatoide, perda de visão à amputação de membros inferiores (por diabetes), deterioração cognitiva (Enf de Alzheimer).

Todos sabemos que na Argentina infelizmente existe uma porcentagem muito elevada de jovens e adultos que se tornam deficientes com graves danos cerebrais e graves sequelas sensoriais e motoras em decorrência de acidentes motociclísticos e automobilísticos.

As tentativas de suicídio com um determinado tipo de produto também resultam em sujeitos afetados por distúrbios neurológicos irreversíveis. Nesses dois últimos grupos, a causa tem um forte componente psicológico. Um grupo adicional se torna incapacitado como resultado de má prática médica, por exemplo, anestesia excessiva.

Na forma abrupta, encontramos os danos neurológicos com sequelas motoras e/ou sensoriais de acidentes de trânsito (traumatismo de crânio) e acidentes cerebrais vasculares (Stroke) que se manifestam, por exemplo, através da afasia.

Em todas essas situações há algo em comum: aparece como algo traumático tanto na pessoa afetada quanto na família e amigos.

Geralmente, quando se pensa em trauma, quando se pensa em trauma, tende-se a supor que vem de fora, ou seja, do espaço extracorpóreo, mas nestas situações, o trauma vem de dentro, como algo que explodiu dentro do sujeito, como uma explosão interna, na maioria das vezes devido a acidente vascular cerebral.

Esta explosão interna é vivida como um estado de violência que é sofrido desde dentro. Então o trauma é interior-exterior. O trauma vai para dentro, quebrando a blindagem anti-estímulo, que aparece virada para dentro. Na pessoa com danos cerebrais, a sua couraça de proteção anti-estímulos está enfraquecida e partida, o que gera uma série de reações emocionais que vão ser desenvolvidas ao longo deste trabalho.

Nos pacientes com dano cerebral adquirido avaliado psicologicamente nos primeiros três meses após a afecção, observei que tudo está parado, não há nada de psíquico, funcionam como em automático. Existe neles uma indiferença mecânica. O paciente circula entre dormido e acordado. Neste momento o trauma varre com tudo. (Cantis J. 2005).

Todo o trauma é desubjetivo, varre toda a energia psíquica, toda a subjetividade.

É um estágio em que o paciente é apático, abusivo, envergonhado, indiferente e em estado de sonolência.

Temos que estar atentos de forma preventiva para que a pessoa com danos cerebrais não fique presa a esta situação.

A respeito, o Dr. David Maldavsky (1993), referindo-se às neuroses traumáticas, diz que “há uma dor que não cessa, com uma abolição da consciência (e da subjetividade) que deixa uma fixação duradoura”.

Também encontramos uma tríade de sentimentos: tédio, pessimismo e apatia.

A apatia corresponde mais a uma desqualificação dos afetos e tem a ver com desinteresse. Dentro da apatia, a apatia do choque deve ser distinguida da apatia dos processos tóxicos.

A apatia do choque orgânico reside na inexistência da qualificação dos afetos combinados com o estado de choque.

É uma apatia resultante de um estado de esgotamento pulsional pela drenagem energética durante o choque, como consequência do trauma.

O paciente quase não sente, está indiferente.

Mas observamos outra apatia: tem as características mais semelhantes às neuroses atuais, aos estados tóxicos, eles são estados de intoxicação. Nesta apatia, o paciente sabe para onde apontar. Existe um estado tóxico. Os estados tóxicos podem derivar de origens diferentes, mas há sempre uma impossibilidade de processar determinada pulsão. Nesta apatia, o paciente está verificando o que resta de si mesmo, “seu desperdício”. Cantis, J. (2002).

Esta tríade de sentimentos a poderíamos articular com um conceito de Marión Peruchón (1992) da desintração pulsional maior, ou seja, os efeitos desintegrados da pulsão de morte, isto é, como os processos de investidura são atacados.

Este desinvestimento não é total, pois o paciente pode desenvolver um vínculo afetivo positivo, embora com a condição de que na maioria das vezes são eles que são solicitados, ou seja, eles nos mostram como é importante para eles serem convocados porque sentem que a realidade não os ama.

Em geral, eles permanecem passivos, não estabelecem ou estabelecem muito poucas relações objetais ao seu redor, o que nos remete à função desobjetizadora proposta por A. Greenem que a pulsão de morte se apega fortemente.

O acidente cerebrovascular deixa a pessoa com um aumento de sentimentos de culpa, resultantes de uma migração de hostilidade, em vez de ser assumido pelo eu é dirigido contra o superego desde o superego.

É uma forma de vincular o trauma dando-lhe um significado.

Mas há um segundo momento que é o aparecimento da tristeza, da depressão ou como Kurt Goldstein o denomina “reação catastrófica”: “uma espécie de constatação de processo no plano biológico, um fenômeno depressivo provocado pela percepção que o lesionado tem de suas próprias limitações”.

O paciente começa a se conectar, aparece a demanda. Começa a sair desse estado mecânico.

Estados depressivos estão ligados à autoestima e a uma sensação de inferioridade. Podem aparecer diferentes tipos de choro catárticos (expulsivos) e comunicacionais. Os choro catárticos têm a característica do expulsivo, como uma tentativa de se livrar do sentimento. Ex: Lembro-me de um paciente de 30 anos com traumatismo craniano em consequência de um acidente desportivo arriscado chorou catarticamente numa sessão como uma validade de trauma devido ao registo das suas sequelas e à sua mudança radical na sua qualidade de vida.

Os choros comunicacionais são uma tentativa de encontrar interlocutores válidos, interlocutores empáticos que possam acompanhar.

Mas há um terceiro momento em que a raiva aparece, seja escondida sob a aparência de depressão ou desmascarada. As explosões de fúria correspondem a uma passagem de grande insensibilidade a momentos de grande irritação ante qualquer tipo de estímulo.

Consideramos que as explosões de fúria são um dos grandes indicadores a serem levados em conta, pois a pessoa afásica está totalmente acordada, consciente de seus déficits, mas muitas vezes essa raiva pode interferir e retardar qualquer processo de reabilitação. Eu proponho dois tipos de raiva:

1. Fúria pelos estímulos
2. Fúria pela compreensão e incompreensão

A discriminação, destas duas fúrias, ou seja, uma como irritação generalizada e a outra como dor e impotência, permite-nos dar um passo muito importante na abordagem clínica.

Em síntese, proponho que nas pessoas com dano cerebral é importante determinar a escala de desmentalização em acidentes neurológicos.

Essa escala varia desde uma mínima mentalização expressa através de estados de sopor até estados de fúria.

Nos estados de sopor e de apatia, o paciente circula entre o adormecido e o acordado,, são estados nos que o paciente está abúlico, embarullado e indiferente. Em síntese, são estados de sopor permanente que apagam toda energia psíquica, toda subjetividade.

A outra escala máxima de mentalização são as explosões de raiva e violência em que os pacientes estão acordando.

Ter em conta esta escala de mentalização faz-nos pensar em diferentes modalidades de intervenção.

Estrutura de personalidade premórbida e subjetividade perdida

Pela minha parte, descrevo (Cantis, 1998) a importância de determinar qual é a estrutura de personalidade anterior ao acidente e que aspectos pré-existentes se estão potencializando nesta nova situação que se introduz como elemento patogênico no nível psíquico. A sequência que deriva desta situação se inicia com a perda de todas ou algumas das funções

físicas (linguagem, motricidade, cognição e capacidades sensoriais), continua com a perda transitória ou definitiva de papéis e culmina finalmente na perda de poder. Em relação a esta última, referimo-nos não só à perda de funções, mas também ao facto de em muitas profissões ou ofícios as palavras terem uma função de acto ligado à transformação da realidade. A perda destas palavras gera a perda de autoridade. **E me pergunto o que acontece com a sexualidade , também ficou perdida?**

Nas pessoas com acidente vascular encefálico, encontramos em comum, na maioria das vezes, uma organização psicossomática pré-existente. Nessa organização psicossomática, encontramos a impossibilidade de ligação da pulsão, o que leva a uma estase da necessidade.

Nos pacientes, o efeito manifesta-se inicialmente como orgânico, como insuficiência somática, e isto tem depois repercussões no psíquico. A economia pulsional é devastada por dentro. O paciente encontra-se num estado significativo de impotência, com a rendição de sentimentos, com a falta ou perda parcial ou profunda de vitalidade interior. É necessário ligar este estado de espírito à sua modalidade subjetiva pré-existente. Por exemplo, é comum os familiares em entrevistas verbalizarem: “na verdade, ele estava sempre muito calado”, ou “em público ele retraiu-se”, ou “não falava muito”. Encontram-se então indícios de uma perturbação prévia da expressão dos afetos perante um interlocutor empático.

É importante determinar quais traços da estrutura da personalidade está sendo potencializado como efeito de dano cerebral, bem como quais traços podem ser inaugurados como efeito de dano cerebral. É fundamental determinar o discurso e suas defesas nos traços pré-existentes como nos traços que se inauguram.

Esta diferenciação é fundamental para o resgate das subjetividades prévias ao ataque cerebral e evitar o arrasamento de sua história vital.

A estrutura de personalidade pré-existente , é avaliada através de entrevistas com os familiares a cargo (casal, filhos ou irmãos) e grupos de amigos.

Entre os indicadores a ter em conta nas entrevistas familiares, aparecem os problemas com respeito à perda do poder e a distribuição do mesmo na família

E os sentimentos de exclusão raivosa, ou seja, sentir-se de fora.

Mas é importante refletir sobre a modalidade subjetiva da pessoa antes de seu acidente, porque embora o trauma mude tudo, depois pouco a pouco se vai assimilando ao prévio.

Então o trauma se integra à modalidade de cada um. A família muitas vezes se resiste a lembrar como era antes, como contribuindo a identificar-se com o trauma.

Sexualidade e seu resgate pulsional e subjetivo

As pessoas que adquirem uma deficiência têm de enfrentar os preconceitos em torno da sexualidade que existem na sociedade a fim de enfrentar uma realidade que exige transformações expressas através de medos, mitos e ignorância.

Outra questão a abordar é a beleza em torno da cultura e o impacto estético da imagem corporal da pessoa com deficiência adquirida, da sua própria percepção e descontentamento estético expresso através do horror, repugnância, vergonha e humilhação. Questões complexas a abordar, mas necessárias.

Baile Ayensa (2003) utiliza em seus trabalhos o conceito de imagem corporal referindo-se a “um constructo psicológico complexo, que se refere a como a autopercepção do corpo / aparência gera uma representação mental, composta por um esquema corporal perceptual e também emoções, pensamentos e comportamentos associados.” (p.7) Essa construção é aquela que é afetada por ter um problema central que gera deficiências de mobilidade e funcionamento, pois ocorre uma desestruturação interna que afeta, entre outros aspectos, a socialização do sujeito. Encontramos sentimentos de estranho e desconhecimento do corpo que, claro, vai depender da lesão quanto ao tamanho e localização.

Pulsão de cura e Sexualidade

David Maldavsky cita Freud (1923) que, ao sobrevir uma perturbação, em cada sujeito existe uma disposição para restabelecer um equilíbrio vital perdido, disposição a que denominou pulsão de curar, e que pode talvez ser equiparado com o conceito de resiliência, elaborado em outros contextos conceptuais. Freud (1933a) argumentou que esta pulsão de curar constitui o principal aliado que um terapeuta tem no tratamento. Ele acrescentou que às vezes esta pulsão não encontra o caminho para recuperar um equilíbrio vital prévio, e que então o terapeuta pode contribuir com aquilo que permite que este objectivo de autocuração seja atingido. Freud contrapôs este conceito a outro, a necessidade de estar doente, ao qual considerou um dos principais obstáculos à melhoria clínica em uma psicoterapia. Adicionado (Freud, 1940a) que esta necessidade pode ser a expressão de uma tendência do paciente a abandonar-se a si mesmo mesmo e deixar-se morrer, e que está “ancorada em profundas perturbações da sua economia pulsional” Em consequência, a pugna básica parece ocorrer entre, por um lado, uma pulsão de curar e pelo outro uma necessidade de estar doente e sobretudo a inclinação para morrer.

Em função desta conceituação da pulsão de curar é importante mergulhar como se manifestava a sexualidade antes do acidente, da sequela e o que acontece com o desejo e a erogeneidade atualmente.

Podemos encontrar ausência da expressão e manifestação da sexualidade, sentimentos de abandono e rejeição e apatia do casal.

Embora seja importante a singularidade em cada caso, observei nos homens uma tendência à hipersexualidade como desmentida e reafirmação do papel perdido e nas mulheres uma significativa hiposexualidade e impacto estético frente à sua imagem corporal.

É importante no âmbito da psicoterapia abordar a reconstrução do vínculo sexual tendo em conta a vitalidade anímica do casal, readaptação de um com o outro e resgatar os sentimentos de ternura e afeto.

Para concluir, gostaria de salienta a importância de abordar a temática da sexualidade nas pessoas com deficiência adquirida e de acompanhar as reações emocionais, recuperar o papel de adulto e abandonar o papel infantil com o objetivo de resgatar a subjetividade e a privacidade e intimidade.

Referências bibliográficas

1. CANTIS (1996): "Intervención Psicoterapéutica Individual como Apoyo al Tratamiento de Rehabilitación de la Persona Afásica". Ponencia presentada en el Tercer Congreso Internacional de Afasia y Cuarta Asamblea General de la Asociación Internacional de Afasia (Würzburg, Alemania).
2. CANTIS (1996): "Urgencias psicológicas en los Procesos de rehabilitación". Actualidad Psicológica (Nº 234).
3. FREUD (1926): "Inhibición, síntoma y angustia". Amorrortu Ediciones Vol. XX.
4. KAPLAN (1997): "Manual de Psiquiatría". Ed. Intermédica. Tomo VI.
5. MALDAVSKY (1993): "Metapsicología de las neurosis traumáticas". Revista de Psicoanálisis. Vol. Nº1.
6. MALDAVSKY (1994): "Pesadillas en vigilia". Amorrortu Ediciones.
7. PERUCHON (1992): "Vejez y pulsión de muerte". Amorrortu Ediciones.
8. PONZIO, LA FOND (1991): "El afásico". La Colmena Ediciones.
9. SCHWELL (1976): "Afasia en Adultos". Panamericana Ediciones.