

# O corpo, écran do fantasma

## ou a dificuldade em fantasmaticizar nas crianças diabéticas (\*)

ANNE SANGLADE (\*\*)

Em Novembro de 1980, o Serviço de Endocrinologia Infantil do *Hôpital des Enfants Malades* de Paris, serviço do Professor Rappaport, em colaboração com a Unidade 158 do INSERM (Dr. G. Raimbault), fazia apelo à psicologia dita projectiva para resolver, ou, pelo menos, clarificar, os problemas ligados ao tratamento das crianças diabéticas.

A experiência destes últimos anos mostra, com efeito, que, nestas crianças, o tratamento mais equilibrado corre o risco de cair, de uma forma ou de outra, no caos, provocando graves perturbações, ou mesmo a morte do doente.

É útil relembrar aqui, brevemente, as particularidades da *diabetes* juvenil e do seu tratamento: a *diabetes mellitus* é uma doença grave, crónica, levando rapidamente ao coma e depois, à morte do doente se este não for tratado, e necessitando de um tratamento complexo, quotidiano e muito penoso. Este tratamento associa, aos gestos puramente médicos de análises de urina e injeções, severas restrições alimentares e

imperativos de actividade (é necessário praticar desporto para queimar o açúcar).

A doença, em si mesma, é também muito complexa, pois, se o seu funcionamento está hoje relativamente bem descrito, a sua etiologia é obscura, sendo difícil de determinar o peso dos factores constitucionais, virais, funcionais e psicológicos.

A singularidade desta doença, em relação a outras doenças crónicas, reside no facto de não se manifestar por nenhum sinal exterior (ou seja, não se vê), nem interior (ou seja, não é dolorosa, não se sente). No entanto, é uma doença mortal.

Uma outra particularidade reside no tratamento, que é paliativo e de modo algum curativo, obrigatório e agressivo nas suas modalidades. A isto vem juntar-se o leque das complicações que a diabetes traz consigo, sendo as principais a retinopatia, as perturbações renais e a impotência sexual.

Vê-se, portanto, que a diabetes juvenil é uma doença paradoxal, pois, assustadora na sua evolução, não oferece suporte directo à representação mental.

A partir destes elementos, podíamos pôr as hipóteses seguintes:

- 1) A diabetes, por constituir uma ameaça permanente ao funcionamento vital do corpo, provocaria um estado de ansiedade

---

(\*) Comunicação ao X Congresso Internacional de Rorschach, Washington, 1981.

(\*\*) Doutora em Psicologia. Psicóloga no Hospital da Salpêtrière.

latente que seria fixada a uma imagem do corpo ela própria perturbada.

2) A ausência de representações concretas imediatamente disponíveis provocaria, como por compensação, uma actividade fantasmática intensa.

Vamos agora ver como os nossos primeiros resultados infirmam completamente estas duas hipóteses, e qual o novo ponto de vista a adoptar para apreender mais adequadamente a questão inicial.

#### PROCEDIMENTO

O procedimento que adoptámos consiste numa dupla abordagem metodológica, bem delimitada nos seus princípios e nas suas aplicações: cada criança, por um lado, era vista uma vez pela psicóloga, que tinha com ela uma entrevista semidirectiva, pedia o desenho da figura humana e passava um Rorschach; por outro lado, tinha três entrevistas não-directivas, acompanhadas ou não de desenhos, modelagens ou *squiggle*, com uma psicanalista.

Em seguida, estabeleciam-se separadamente breves relatórios sobre cada criança, que eram depois confrontados e discutidos.

#### ANÁLISE

No que respeita ao Rorschach, adoptamos uma técnica de análise em estrela, segundo três eixos:

1.º — Análise clássica dos protocolos individuais, salientando o modo de funcionamento psíquico, e, mais particularmente, a relação com o real, a capacidade de fantasmaticizar, a temática principal e os mecanismos de defesa.

2.º — Estudo dos psicogramas: tratava-se de salientar sistematicamente as particularidades extremas dos psicogramas, como, por exemplo, os T. R. I. muito desequilibrados,

os F + % muito baixos, choques ou equivalentes, etc.

3.º — Estudo temático, salientando nos protocolos o estatuto do corpo, representado e vivido, e procurando as eventuais referências à doença.

Cada um destes eixos de investigação fornece dados interessantes, que vos vou enumerar tal como surgiram, ou seja, um pouco desordenadamente, e depois tentaremos isolar os significados possíveis dos seus pontos de convergência.

#### A NOSSA POPULAÇÃO

É composta por 20 crianças entre os 4 e os 17 anos, das quais 9 são raparigas e 11 são rapazes. Distribuimo-las por quatro grupos etários:

Os Pequenos, de 4 a 6 anos	3 protocolos
Os Médios, de 6.6 a 11 anos	7 protocolos
Os Pré-adolescentes, de 11.9 a 13.10 anos .....	5 protocolos
Os Adolescentes, de 14 a 17 anos .....	5 protocolos

Alguns destes grupos revelaram-se estranhamente homogêneos nos seus resultados; outros, em particular, o dos Pré-adolescentes, muito heterogêneos sob todos os pontos de vista.

#### OS RESULTADOS

1. *Em relação ao primeiro eixo de análise*, as nossas sínteses de grupo podem ser resumidas da seguinte maneira:

Nos Pequenos: encontramos uma angústia quente que se exprime directamente e de modo desordenado — o corpo, a castração, a devoração misturam-se. Há alternância de estados emocionais, um funciona-

mento mental com altos e baixos: a projecção alterna com movimentos de retracção que se exprimem, quer pela recusa, quer pelo recalçamento.

Para o grupo dos Médios, é difícil dar características relativas ao conjunto deste grupo, pois os protocolos são, aqui, todos de construção diferente.

No entanto, distingue-se neste grupo uma monotonia do vivido e do fantasma que confere ao grupo uma grande homogeneidade. Com efeito, não obstante as diferenças individuais, dadas essencialmente pelo *estilo* de defesa e o tipo de conteúdos, todos os mecanismos visam um recalçamento bastante estéril e o empobrecimento fantasmático.

Este grupo dá uma caricatura do período de latência, parecendo cada criança moldar-se ao estereótipo do seu sexo: todos os rapazes têm um estilo banalmente «obsessivo», todas as raparigas um estilo banalmente «histérico».

Ainda por cima, apesar do grupo dos Médios ser o maior em número, as características dos psicogramas são as mais homogêneas:

- todos os T. R. I. são extratensivos (de 1 K/1,5 C a 1 K/10 C), excepto um coarctado
- todos os F + % são muito baixos (de 33 % a 47 %)
- todos os protocolos apresentam ou recusas ou um choque claro ao cartão II.

Apenas consideramos aqui os aspectos mais evidentes, os que são não muito frequentes no grupo mas que estão sempre presentes.

Nos Pré-Adolescentes, reaparecem as alternâncias projecção/retracção do grupo dos Pequenos. Mas a problemática torna-se muito pessoal, bem como as imagens de referência. Os protocolos já não são banalmente tipificados como nos Médios, e não se encontra nenhuma constante entre os psi-

cogramas, excepto, talvez, uma maior frequência de perturbações diversas nos cartões IV e VI.

No grupo dos Adolescentes, o que chama a atenção é o contraste existente entre os protocolos dos rapazes e os das raparigas.

Nos rapazes, com efeito, existe um aumento muito importante das respostas K (de 3 a 7), uma ressonância muito grande ao material e uma procura de identificação que se exprime por uma oscilação constante entre uma afirmação de si viril, segura das suas pulsões, e a dúvida súbita acerca da integridade corporal, a ameaça de castração.

Nas raparigas, domina o pólo passivo, ou mesmo a retracção libidinal. Os protocolos são marcados pela inibição e pelo recalçamento.

O único ponto comum no conjunto do grupo pode encontrar-se nas reacções ao cartão II, que provoca novamente (como nos Médios) recusas ou choques evidentes.

*II. No que se refere ao segundo eixo de análise*, uma leitura «às cegas» dos psicogramas levou-nos a constituir um grupo de psicogramas ditos «perturbados», ou seja, integrando características extremas, sem distinção do tipo de perturbação (T. R. I. coarctado, F + % extremamente baixo, ausência de respostas Ban, temática arcaica...). Sete protocolos (3 nos Médios, 2 nos Pré-Adolescentes e 2 nos Adolescentes) foram, assim, isolados e comparados em seguida entre eles, mas não encontramos nenhum outro ponto comum, com a excepção da perturbação propriamente dita.

Foi só depois de termos trabalhado sobre os processos médicos das crianças e estabelecido o quadro da duração da doença, que encontramos um ponto comum notável: os psicogramas ditos «perturbados» correspondiam às sete diabetes mais antigas (instaladas há, pelo menos, 4 anos).

(Uma única excepção: uma pré-adolescente, diabética há 10 anos, não apresentava um psicograma perturbado).

Inversamente, os únicos protocolos com respostas Anatômicas (4 protocolos) pertenciam às crianças doentes há menos de um ano.

III. *No que se refere ao terceiro eixo de análise*, chegámos a conclusões negativas, ou seja, que o corpo não tem, nos Rorschach de crianças diabéticas, um estatuto particular, e que a doença em si não faz parte das suas preocupações, excepto, como acabamos de ver, nos diabéticos recentes.

Ficámos, até, surpreendidos pela raridade das referências, directas ou indirectas, ao corpo, ou então, quando estavam presentes, ligavam-se a uma problemática de castração, banal nas idades consideradas.

Para explicar este fenómeno, é possível invocar um recalçamento maciço das representações corporais, que seriam demasiadamente angustiantes, mas a confrontação do conjunto dos nossos dados com os das entrevistas psicanalíticas levaram-nos a formular uma outra hipótese. Parece que, com efeito, as diabetes não têm uma representação psíquica particular e que, por isso, se espalham por todos os componentes da personalidade, como uma gota de azeite formando uma nódoa.

## DISCUSSÃO

Sem entrar numa discussão detalhada dos resultados, que nos levaria demasiado longe, vou apresentar-vos as principais reflexões que estes primeiros trabalhos sugerem.

I. Vê-se claramente que não existe uma personalidade-tipo da criança diabética, e esta conclusão aponta na mesma direcção que a de Rosine Debray. Pretendemos com isto dizer que não é possível isolar um «terreno psíquico» único que favorecesse o aparecimento das diabetes, apesar da ligação estreita posta em evidência por numerosos autores entre factores emocionais e decla-

ração, remissão ou agravamento das diabetes.

II. Vê-se também que a doença, no seu início, não inflecte de maneira uniforme o psiquismo das crianças. Cada criança reage-lhe à sua maneira com o estilo de defesa que lhe é próprio. Em vão se procuraria da doença uma representação comum a todas estas crianças.

O que lhe é comum, porém, é a vontade de não representar a doença no plano consciente, e a dificuldade em fantasmaticizá-la, no plano pré-consciente.

Ao retomar a dinâmica do conjunto dos nossos grupos, verifica-se que, após um primeiro período de angústia, bastante viva no momento de instalação da doença, estabeleceu-se um *statu quo* sombrio de onde o corpo é excluído, entrincheirando-se cada um atrás das posições defensivas mais bem estabelecidas.

Quase todas estas crianças parecem seguir à letra um dos preceitos mais debilitantes da chamada «sabedoria popular», ou seja, «vale mais não pensar nisso», o que, em psicologia, chamamos recalçamento.

Por estar afectado por uma «tara» invisível, o corpo faz *écran* dos fantasmas.

Contudo, na pré-adolescência, o recalçamento cede e a tara corporal transforma-se numa tara narcísica dolorosamente exibida, mas sempre, na nossa amostra, de forma estereotipada. Tudo se passa como se o fantasma se ligasse a uma única representação, incessantemente encerrada, nunca ab-reagida.

Em seguida, na adolescência, sempre na nossa amostra, aparentemente tudo fica decidido: já não temos, nesse grupo, a intensidade vital do grupo precedente, nem a sua incoerência. Poder-se-ia dizer que o tiroteio pulsional se esbate e que as defesas se rigidificam. Já não encontramos sofrimento narcísico, e, de um modo geral, parece que todos os conteúdos psíquicos se empobrecem, que o trabalho mental já não se rea-

liza, numa palavra, que estas crianças se transformaram precocemente em «psicossomáticos» com um pólo depressivo-passivo muito marcado.

Parece-nos importante sublinhar um último aspecto quanto à relação entre a doença, o corpo e o fantasma. Gostaria de referir a oposição que existe entre os protocolos das crianças que adoeceram recentemente e os dos diabéticos já antigos. Nas crianças que adoeceram recentemente e os dos diabéticos já antigos. Nas crianças cuja diabetes é recente, a doença é vivida como um acontecimento traumático que repõe em causa o conjunto da economia psíquica e acorda angústias e fantasmas de castração, bem como uma interrogação ansiosa acerca do corpo.

Nos diabéticos crónicos, pelo contrário, corpo e fantasmas são excluídos, e o funcionamento psíquico aparece deficiente, imobilizado num desequilíbrio que é, aliás, difícil de definir de outro modo que não seja comparando-o a uma falha que se situa no ponto fraco próprio de cada um.

Numa *conclusão* geral deste primeiro estudo sobre uma vintena de crianças diabéticas, pareceu-me claro que, nas crianças, a diabetes não se declara num «terreno psicossomático», caracterizado por uma dificuldade em fantasmaticizar existente à partida, e relacionado com o que, em França, se chama «pensamento operatório», mas que é, na realidade, a própria cronicidade da doença que transforma estas personalidades em «psicossomáticas», vindo o corpo simultaneamente a ocultar e exprimir o fantasma, como um *écran*.

## EUROPEAN ASSOCIATION FOR BEHAVIOUR THERAPY

Vai a E. A. B. T. promover a realização do seu 15.º Encontro Anual, em Munique, de 29 de Agosto a 1 de Setembro do presente ano, subordinado ao tema «15 Years of Progress in Behaviour Therapy — Research Outcome and Practical Application».

Os temas propostos incluem a Terapia do Comportamento na Psiquiatria, Metodologia, Promoção da Saúde Pública, Prevenção e Terapia de Doenças Crónicas, Terapia Familiar, Terapia da Dor e Prevenção, entre outros.

O secretariado do EABT'85 está a cargo de Sonny Winner, c/o Max-Planck-Institut of Psychiatry, Psychological Department, Kraepelinstr, 2, D-8000 München 40, West Germany.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

## Torne-se leitor da Biblioteca do ISPA

---

(Rua Jardim do Tabaco, n.º 44, 1100 Lisboa, Telef. 86 31 84/5/6)

Últimas publicações periódicas recebidas:

- **ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES** — N.º 56, Mars 1985
- **AUTREMENT** — N.º 69, Avr. 1985
- **BULLETIN DE PSYCHOLOGIE** — N.º 370, Mars-Juin 1985
- **COGNITION** — Vol. 18 (1-3), Dec. 1984
- **DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY** — Vol. 20 (6), Nov. 1984
- **EUROPEAN JOURNAL OF SOCIAL PSYCHOLOGY** — Vol. 15 (1), Jan.-Mar. 1985
- **INFANCIA Y APRENDIZAGE** — N.º 29, 1985
- **JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY** — Vol. 93 (4), Nov. 1984
- **JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY** — Vol. 76 (6), Dec. 1984
- **JOURNAL OF OCCUPATIONAL PSYCHOLOGY** — Vol. 6 (2), Apr. 1985
- **JOURNAL OF PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY** — Vol. 47 (6), Dec. 1984
- **PSYCHIATRIE DE L'ENFANT** — Vol. 27 (2), 1984
- **PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS** — Vol. 71 (12), Dec. 1984
- **REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE** — Tome 48 (6), Nov.-Dec. 1984
- **REVUE INTERNATIONALE DU TRAVAIL** — Vol. 123 (6), 1984.
- **SOCIOLOGIE DU TRAVAIL** — 1/1985, Jan.-Fev.-Mar.
- **LE TRAVAIL HUMAIN** — Vol. 47, Fasc. 4/1984

---

HORÁRIO: Das 9 às 21 horas