

T. A. T. e organizações psíquicas nos diabéticos insulino-dependentes

ROSINE DEBRAY (*)

A perspectiva psicossomática do Institut de Psychosomatique de Paris, desenvolvida principalmente nas publicações recentes do seu director, Doutor Pierre Marty (2,3), insiste no facto de uma doença somática, qualquer que ela seja, só poder ser compreendida e, por consequência, tratada se a relacionarmos com a economia psicossomática geral do sujeito que a sofre e com as características da sua organização psíquica em particular. A doença em si é apenas um sinal, um sintoma cujo peso — eventualmente benigno, ou, pelo contrário, grave, mesmo letal — só pode ser apreciado em função do que é o indivíduo na sua totalidade, do modo como se constitui progressivamente ao longo do seu desenvolvimento e do desenrolar da sua história.

Podemos ver que esta perspectiva é altamente individualista e que só uma abordagem clínica profunda, apoiada na teoria e na prática psicanalítica, se revela suficiente. Mas também podemos ver que a contribuição das técnicas projectivas, principalmente o T. A. T., se for analisado segundo os mesmos critérios, podem ser simultaneamente uma fonte suplementar de

informações e uma espécie de «prova» das conclusões fornecidas pela investigação clínica.

Era, pois, bastante tentador adoptar esta dupla abordagem a fim de procurar apreciar as particularidades da economia psicossomática de um grupo de pessoas que sofrem da mesma doença, para tentar verificar se apresentavam ou não diferenças importantes no seu tipo de organização mental.

Escolheu-se a agressão somática constituída pelo diabetes insulino-dependente⁽¹⁾ devido ao seu carácter irrefutável e irreversível no estado actual dos conhecimentos. Uma vez declarada e reconhecida, esta doença implica a instauração de cuidados médicos intensos com injeções de insulina entre uma e três vezes por dia, controlos frequentes da glicémia e um regime alimentar frequentemente draconiano.

Os vinte sujeitos da nossa investigação foram escolhidos aleatoriamente em dois serviços de diabetologia de dois grandes hospitais parisienses onde são habitualmente seguidos. Foi o respectivo médico responsável que lhes pediu para colaborarem numa

(*) Professora na Univ. René Descartes, Paris V (Sorbonne). Membro do I. P. S. O., Institut de Psychosomatique.

(1) Insistimos no facto de se tratar do diabetes magro, ou genérico, com exclusão de todas as outras formas, incluindo o diabetes gordo ou de sobrecarga.

investigação de duração muitas vezes superior a duas horas, incluindo uma entrevista clínica, um T. A. T., uma Figura Complexa de Rey e um desenho de uma pessoa. Apenas o desenho de uma pessoa foi objecto de recusa sob pretextos diversos, recusa cujas razões profundas são desvendadas pela análise individual caso a caso.

No total, torna-se evidente que estes vinte protocolos de T. A. T., bem como as outras informações clínicas, *impedem* que se possa considerar que existe uma «personalidade psíquica tipo» correspondente a sujeitos adultos que sofrem de diabetes insulino-dependente. Do ponto de vista da sua organização mental, os nossos 20 sujeitos reparam-se, com efeito, por uma gama que cobre praticamente toda a clínica humana, à excepção de estruturas psicóticas e neuróticas típicas. Se nenhum dos nossos sujeitos apresenta uma psicose ou uma neurose clara, eles irão revelar, conforme os casos, a utilização de mecanismos de defesa mentais do tipo neurótico, ou mesmo psicótico, coexistindo com defesas ao nível do carácter e do comportamento, tudo isto em proporções variáveis consoante o indivíduo. O que nos leva a dizer que eles se situam entre a fronteira das organizações neuróticas, ou psicóticas, claras, e as organizações mal mentalizadas, cuja economia geral se situa essencialmente no registo das actividades que implicam predominantemente o comportamento.

Os protocolos de T. A. T. mostram claramente a riqueza e o vigor funcional do leque defensivo mental de que o sujeito dispõe para reconhecer, tolerar e resolver os conflitos intrapsíquicos e interpessoais reactivados pela sucessão dos cartões. Mostram, assim, os limites de tolerância e a angústia provocados pelo material e pela situação no seu conjunto, bem como as diversas estratégias defensivas que o sujeito pode desenvolver para lutar contra a depressão.

Quanto mais aquilo a que chamámos «franja neurótica» do sujeito tiver vigor

funcional, tanto mais rico será o protocolo em conflitos de várias ordens, revelando uma verdadeira capacidade de «tratar» mentalmente os problemas inerentes à vida humana tal como eles são reactivados pelo material que constitui o T. A. T.

Inversamente, quando as histórias se mostraram essencialmente marcadas pela socialização, pela banalização, pela colagem, ou até pela inibição, será a fraca distância existente entre o que o sujeito diz e o conteúdo manifesto do cartão, que suscitou o discurso, que traduzirá a precaridade dos seus mecanismos mentais e, portanto, a sua intollerância para evocar os conflitos ou situações que conduzem à expressão da angústia e da depressão.

Podemos facilmente conceber, no entanto, que cada indivíduo poderá adoptar compromissos defensivos variados e variáveis consoante os diferentes cartões do teste, e também consoante os diferentes momentos da sua vida. Isto não obsta a que, nesta perspectiva, o T. A. T. apareça como um revelador fiel no que respeita ao estado actual do funcionamento psíquico do sujeito que a ele se submete. Apenas confirma o valor diagnóstico e prognóstico que lhe foi reconhecido por todos os seus utilizadores desde o seu aparecimento.

É esse funcionamento psíquico actual, apreciado nas mutações dos seus sucessivos compromissos defensivos, que nos chamou particularmente a atenção nos nossos diabéticos. Muito claramente se tornou visível que existe uma ligação poderosa entre a qualidade, ou seja, a riqueza das possibilidades do funcionamento psíquico, e a qualidade dos cuidados que o sujeito é capaz de assegurar relativamente à sua doença e ao seu tratamento. Como dissemos, o diabetes insulino-dependente é uma perturbação somática irreversível que necessita de uma terapêutica intensa; o que pode acarretar toda a espécie de limitações à vida do sujeito que é por ela atingido. Ora essas limitações vão-se reduzir ao mínimo

nos indivíduos que apresentam uma organização psíquica rica com uma «franja neurótica» bem desenvolvida, que favorece uma certa tolerância aos conflitos bem como à expressão da angústia e da depressão. Nesses sujeitos, a doença diabética e o seu tratamento, que necessitam de ajustamentos permanentes — nomeadamente em função das actividades motoras desenvolvidas ou não pelo sujeito — vão aparecer circunscritos ao peso da realidade objectiva que efectivamente têm. Ficam então reduzidos, assim parece, à sua expressão mais simples, pois o sujeito assume frequentemente com eficiência a tarefa que representa para ele a sua necessidade de saber equilibrar adequadamente o seu diabetes tendo em conta as variações do seu ritmo de vida.

Isso não impede que o aparecimento de uma doença grave e irreversível, de que o diabetes insulino-dependente é um exemplo entre muitos outros, vá sempre constituir um enclave de realidade com valor traumático no seio de uma economia psíquica do sujeito por ela afectado, travando ou mesmo impedindo em parte a livre circulação dos fantasmas. É o que explica, pensamos, não termos encontrado verdadeiras estruturas neuróticas nítidas entre os nossos diabéticos, mas sobretudo aquilo que corresponde a organizações do tipo «neurose de carácter» bem mentalizadas segundo a classificação nosográfica psicossomática de Pierre Marty. Tentando conciliar-se com a sua doença e o seu tratamento, estes mesmos sujeitos vão revelar-se mais resistentes às complicações secundárias da doença tal como estas são classicamente descritas, do mesmo modo que parecem capazes de reagir aos diferentes momentos de crise que não deixarão de surgir nas suas vidas — como na vida de toda a gente — por um exacerbamento das suas defesas mentais, e mais por isso ou tanto como pelo agravamento — isto é, por um desequilíbrio — do seu diabetes, ou ainda pelo aparecimento de uma outra perturbação somática adicional.

Muito diferentes, por outro lado, se vão revelar os sujeitos cuja organização psíquica aparece precária, ou mesmo inadequada, e que testemunham, no T. A. T., esse recurso iterativo à banalização a todo o custo a marcar a sua intolerância face aos conflitos psíquicos como a toda a verdadeira expressão mentalizada da angústia ou da depressão. Neles, a doença diabética e o seu tratamento poderão integrar-se, de uma maneira relativamente variável, na sua economia psicossomática geral. Com efeito, existe, para alguns, uma capacidade de se interessarem de uma forma pouco operatória, ou mesmo muito mecânica, pelos imperativos dos seus tratamentos, o que parece ser frequentemente reforçado pelas prescrições (por vezes muito rígidas) do médico responsável. O diabetes será, então, relativamente bem «dominado», enquanto o sujeito não for confrontado com um período de crise que surja na sua vida. Pois, se isto acontecer, ele dificilmente poderá enfrentá-lo através do exacerbamento de uma sintomatologia mental de que ele parece, de facto, desprovido, e terá fortes possibilidades de se produzir uma desorganização somática que implique o desequilíbrio do diabetes, as suas complicações ou qualquer outra perturbação adicional.

Assim, Paul, de 39 anos quando o vimos, apresentava no T. A. T. um protocolo pobre e restritivo, no qual não se pode dizer que existam verdadeiras histórias, mas antes um recurso quase constante à realidade do material com banalização, socialização, generalização, à qual se juntam frequentes bloqueamentos com silêncios intranarração, e a necessidade de fazer perguntas. A intolerância em exprimir afectos, nomeadamente afectos depressivos, é evidente, o que, conjugado com a percepção repetitiva de personagens danificadas, caídos ou feridos, traduz a sua incapacidade actual de enfrentar a situação da crise com que está confrontado. De facto, o seu diabetes equilibrado durante quase 20 anos graças a um trata-

mento oral (o que é raro) agravou-se progressivamente, necessitando, desde há oito meses, do recurso à insulina. Paul não suporta esta modificação no seu tratamento e responde com comas hipoglicémicos repetitivos, comas de aparecimento tão brutal que provocam queda com perda de consciência, temendo-se, de cada vez, um traumatismo craniano. A multiplicação das hospitalizações e dos exames de controlo não provoca modificações reais dos cuidados médicos a que estava sujeito, considerando o seu diabetologista — extremamente competente, diga-se — que Paul deve assumir as suas duas injeções de insulina diárias e conseguir por si próprio, tendo em conta os conselhos por ele prestados, dominar esta nova situação.

O ciclo infernal — coma, hospitalização, retomar do tratamento inicial, etc. — reproduz-se aparentemente sem alteração e continua a reproduzir-se, apesar da nossa sugestão de ajudar Paul de outra maneira, até que ele tenha efectivamente um traumatismo craniano que provoque uma alteração definitiva.

O que víamos da sua organização psíquica tinha-nos mostrado claramente a sua incapacidade de enfrentar a sobrecarga que representava para ele a passagem à insulina e o facto de ser arrastado num movimento de desorganização cuja expressão, na ausência de uma sintomatologia mental positiva, apenas podia tomar a via somática. Acrescentamos, no entanto, que o desequilíbrio do seu diabetes se tinha instaurado progressivamente pouco depois da morte do pai, a quem ele estava muito ligado e de quem não parecia capaz de fazer o luto de modo algum, e a insulina reactivava nele elementos da sua realidade biográfica particularmente traumáticos.

Este exemplo clínico, apesar do carácter esquemático da apresentação aqui feita,

mostra — pensamos — o grande perigo que existe em tratar os doentes em função da sua doença sem considerar esse dado fundamental que a sua organização psíquica constitui, a qual convém ser apreciada nas suas particularidades do momento.

A noção de economia psicossomática parece-nos essencial de reter. Ela diz, de facto, respeito a qualquer indivíduo humano seja qual for a sua idade, sexo ou estado de saúde. Relacionada com as características da organização psíquica geral, bem como com as suas particularidades do momento, ela permite compreender melhor o valor das diferentes organizações que fazem a vida do sujeito, como a dos sintomas mentais ou somáticos que ele pode apresentar. Poder ter em conta todos estes elementos parece indispensável para tentar assegurar uma intervenção terapêutica judiciosa quando esta se revela necessária.

BIBLIOGRAFIA

- DEBRAY, R. (1980) — *L'organisation mentale des diabétiques insulino-dépendants. Recherche sur l'économie psychosomatique*, Tese de Doutoramento de Estado, Paris.
- MARTY, P. (1976) — *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Payot, Paris, 244 pp.
- MARTY, P. (1980) — *L'ordre psychosomatique. Désorganisations et régressions. Les mouvements individuels de vie et de mort*, tomo II, Payot, Paris, 299 pp.
- SHENTOUB, V. (1973) — «Introduction théorique à la méthode du T. A. T.», in *Bulletin de Psychologie*, 1972-1973, 26, pp. 305, 582-602.
- SHENTOUB, V., DEBRAY, R. (1979) — «Que faire d'une excessive richesse fantasmagique? Interprétation d'un protocole inhabituel au T. A. T.» in *Bulletin de Psychologie*, 1978-1979, 32, pp. 339, 309-322.