

A criança e a doença: da fantasia à realidade¹

Children and disease: from fantasy to reality

Patricia Maria Fassina Lepri²

RESUMO

Este artigo trata da questão do adoecimento infantil e sua relação com a fantasia enquanto recurso defensivo frente tal realidade, compreendendo que a doença e a hospitalização constituem-se como uma situação desagregadora, em especial para a criança que está em pleno processo de desenvolvimento.

Palavras-chave: criança – doença – fantasia – hospitalização.

ABSTRACT

This article addresses children's falling ill and its relation with fantasy as a defensive expedient in face of such reality, understanding that the disease and hospitalization are a disaggregative situation, especially for children who are in their full development process."

Keywords: Children - disease - illness - fantasy – hospitalization.

O adoecimento e a conseqüente hospitalização trazem para o universo infantil, vivências novas e comumente ameaçadoras. A doença coloca a criança e sua família frente à condição da finitude humana, na qual, o temor à morte sobrepõe-se muitas vezes de forma imperiosa. Além dos aspectos relativos ao próprio adoecer, a criança se depara com um ambiente estranho à sua realidade,

¹ Trabalho apresentado na VII Jornada de Psicologia do Hospital Universitário de Londrina e I Congresso de Psicologia Aplicada à Saúde – setembro de 2008 – Londrina, Paraná

² Psicóloga das Unidades de Quimioterapia e Moléstia Infecciosas do Hospital Universitário/UEL.

no qual procedimentos invasivos, medicações e limitações físicas farão parte de sua rotina.

Nesse sentido, a prática psicanalítica com crianças gravemente enfermas trouxe à tona muitas questões, entre elas, como a criança constrói internamente o que está acontecendo no mundo externo e como a fantasia é utilizada enquanto defesa, considerando que, fundamentalmente temos um indivíduo em pleno processo de desenvolvimento global e que muitas vezes, ainda não dispõe de recursos psíquicos para lidar com tal realidade. Assim, faz-se necessário um resgate sobre como se processa o desenvolvimento infantil e, principalmente, a formação da fantasia, uma vez que a maneira como foram elaboradas as primeiras experiências se refletem na forma como a criança irá lidar com a doença e a hospitalização.

O desenvolvimento infantil

Freud (1909) iniciou o que seria os primórdios de uma compreensão psicanalítica sobre a criança, quando relata o caso do pequeno Hans. Mas é só com Melaine Klein que a psicanálise infantil adquiriu o status hoje verificado. Ao iniciar suas observações, ela postulou a existência de um psiquismo infantil primitivo, onde, desde muito cedo, o bebê está exposto às angústias provocadas pelo instinto de morte. Klein (1982:298) expõe que “podemos supor que a luta entre os instintos de vida e de morte já está sendo travada durante o nascimento e acentua a ansiedade persecutória causada por essa dolorosa experiência”.

O ego da criança desde o nascimento estabelece uma relação com o mundo externo, sendo o primeiro objeto afetivo o seio da mãe. Este é inicialmente cindido, pois a relação se configura de forma parcial e provoca, junto com as

sensações corpóreas, as primeiras experiências de ansiedade. Para escapar das sensações desprazerosas, o bebê desenvolve fantasias sobre um objeto capaz de satisfazê-lo e, assim, defendê-lo da ansiedade. Desta forma, a fantasia, desde muito cedo, exerce papel importante no desenvolvimento infantil.

Os primeiros processos mentais, os representantes psíquicos dos instintos libidinais e destrutivos, têm de ser encarados como os primórdios das fantasias. No desenvolvimento mental da criança, porém, a fantasia cedo se converte também num meio de defesa contra as ansiedades, um meio de inibir e controlar os impulsos instintivos, assim como uma expressão dos desejos reparadores. (ISAACS, 1982:96)

Não existe, nesse momento do desenvolvimento, a separação entre o mundo interno e a realidade. Por isso, as fantasias são reguladas e transformadas à medida que o bebê vai sendo exposto a situações reais que podem coincidir com conteúdos internos. Nesse sentido, frustrações prolongadas destroem a fantasia de um objeto onipotentemente bom e reforçam a existência e a força de um objeto mau. Assim, a fantasia funciona tanto como um correspondente dos instintos, quanto função defensiva, como reforça Segal (1982:70)

“Estamos todos familiarizados com o fantasiar como função defensiva. Ele é uma fuga da realidade e uma defesa contra a frustração. Isto parece estar em contradição com o conceito de fantasia como expressão do instinto. A contradição, não obstante, é mais aparente do que real: como a fantasia visa satisfazer os anseios instintivos na ausência da satisfação real, esta função em si mesma é uma defesa contra a realidade. Mas à medida que a vida mental se torna mais complicada, a fantasia é chamada para servir de defesa em várias situações de stress.”

Assim, a fantasia surge nos primórdios do desenvolvimento psíquico, quando, segundo Klein (1982), a relação objetal é marcada pela divisão entre um objeto bom, satisfatório e um objeto mau, perseguidor. Têm-se aqui, a posição esquizo-paranóide, que é marcada pela cisão do primeiro objeto e pela ansiedade persecutória decorrente da impossibilidade do ego em lidar com os sentimentos hostis que o bebê direciona contra o seio que o frustra.

Há uma tendência do ego em buscar a integração, por isso, essa cisão nunca é absoluta. Os estados de integração, que inicialmente são transitórios, vão, à medida que o desenvolvimento se processa, se tornando mais freqüentes e duradouros. Porém, enquanto predomina a posição esquizo-paranóide, compreende-se que a ansiedade predominante é a paranóide e o estado geral do ego e de seus objetos é caracterizado pelo *splitting*. Entra em ação mecanismos fundamentais a essa fase do desenvolvimento: a projeção e a introjeção. Essas defesas são usadas a fim de manter os objetos bons e maus afastados uns dos outros, fortalecendo assim a cisão.

A projeção dá origem a outro importante mecanismo de defesa: a identificação projetiva. Nela, partes do ego e também dos objetos internos são projetados no objeto externo. Essa projeção tem como objetivo possuir e controlar esse objeto e este, por sua vez, se identifica com as partes projetadas. Dessa forma, a identificação projetiva apresenta vários objetivos, como Segal (1975) descreve, podendo ser dirigida para o objeto ideal a fim de evitar a separação, ou ser dirigida para o objeto mau com a finalidade de obter controle sobre a fonte de perigo.

À medida que o bebê se desenvolve, essas projeções diminuem e o ego se mantém mais íntegro, graças à diminuição das projeções. Ele se torna capaz de

tolerar sua ambivalência, ou seja, seu amor e seu ódio, sua fragilidade e, principalmente, sua dependência do objeto. Caminha assim para o que Klein (1981) chamou de posição depressiva, que se caracteriza pela possibilidade do bebê equilibrar o uso de projeções e introjeções, proporcionando o surgimento de um estado mental mais integrado. Para que o bebê possa evoluir de uma fase para outra, é necessário que haja predominância de experiências boas sobre as más, o que permite o desenvolvimento de duas crenças: a bondade do objeto externo e a bondade do eu.

Outros mecanismos envolvidos nessa posição são a idealização e a negação, sendo que a primeira, segundo Klein (1991), diria respeito a uma exacerbação da cisão do objeto, numa tentativa de criar um seio ideal. Já a negação onipotente é a tentativa do ego em aniquilar o objeto mau, mas para isso, tem que excluir uma parte do próprio ego.

Assim, a posição depressiva se caracteriza pela capacidade do bebê se relacionar com objetos totais, permitindo a integração do ego e dos objetos bons e maus, através do predomínio de experiências boas que apaziguam a angústia persecutória relacionada a estes objetos, sendo que as experiências de amor superam as experiências de ódio, ou seja, a pulsão de vida sobrepõe à pulsão de morte. Porém, essa angústia de ser destruído pelo objeto é substituída pela angústia de onipotentemente ter destruído o objeto que decorrente da ambivalência. Essa fantasia de ter danificado o objeto gera sentimentos novos para o bebê.

O sentimento de que os danos infligidos ao objeto amado são causados por impulsos agressivos do sujeito constitui, em meu entender, a essência da culpa (o sentimento infantil de culpa pode estender-se a todos os malefícios que atinjam o objeto amado – inclusive os danos feitos por seus objetos persecutórios). O ímpeto de desfazer ou reparar

urgentemente tais danos resulta do sentimento de que foi o sujeito quem os praticou, isto é, do sentimento de culpa. Portanto, a tendência reparadora pode ser considerada uma consequência do sentimento de culpa. (Klein, 1982:305)

A experiência da culpa e, conseqüentemente, da depressão, mobiliza o desejo de restaurar o objeto danificado. Ao mesmo tempo, o desejo de poupar o objetos leva o bebê a sublimar seus impulsos destrutivos. Têm-se a formação simbólica, que se inicia com as primeiras identificações projetivas feitas pelo bebê ainda na posição esquizo–paranóide. Porém, esse processo apresenta um aspecto chamado por Klein (1981) de equação simbólica, no qual o objeto e seu correspondente psíquico são sentidos como um só. Então o objeto interno é o objeto original e serve efetivamente para negar a ausência do mesmo enquanto tenta controlá-lo.

A formação simbólica na posição depressiva se dá através da renúncia a um objeto pulsional: quando o bebê vivencia o luto (perda do objeto), ele precisa recriar dentro dele esse objeto (restauração). Essa capacidade simbólica permite a elaboração de situações desagregadoras, pois há a possibilidade de recriar e restaurar os bons objetos, o que auxilia sua relação com a realidade e possibilita distinguir seus impulsos e fantasias e a realidade externa.

A fim de poupar o objeto, o bebê em parte inibe seus instintos e em parte desloca ou os substitui – o início da formação simbólica. Os processos de sublimação e de formação simbólica estão estreitamente vinculados; ambos são produtos de conflito e ansiedades pertinentes à posição depressiva. (Segal,1975:88)

O símbolo é um importante instrumento que permite a criança deslocar sua agressividade do objeto original e com isso diminuir a culpa pëlos ataques

imaginários e reais por ela realizados. Também tem a função de servir ao mundo interno como possibilidade de recriar o objeto original. Klein (1981:297) afirma que “o simbolismo, portanto, não constitui apenas o fundamento de toda a fantasia e sublimação, mas também sobre ele se constrói a relação do sujeito com o mundo exterior e com a realidade em geral.”

Assim, o desenvolvimento humano caminha no sentido de uma maior integração, mas a forma como isso acontece depende de inúmeros fatores. O que se observa é que em situações nas quais a estimulação é maior que a capacidade do ego em elaborá-la, há uma desorganização psíquica que traz a tona, as vezes de maneira maciça, os mecanismos de defesa mais primitivos. Sendo assim, podemos entender o adoecer e a hospitalização como uma experiência cuja intensidade é desagregadora e ameaçadora e que pode reativar estas primeiras experiências vividas pela criança.

A doença e a hospitalização

Para a criança, a doença traz a ameaça real de aniquilamento. Em todos os casos, o adoecimento, a hospitalização e o risco de morte são impactantes tanto para a criança, quanto para sua família. A impotência é um sentimento muito comum, já que ambas, criança e família, se vêem desapropriados de sua autonomia. O componente desagregador da doença impõe obstáculos para o curso de vida normal e não só o corpo se vê ameaçado: a mente sofre o impacto dessa nova realidade.

Carlesso e Resende (2005) discutem que em situações extremas, no qual o risco da vida é predominante, as fantasias são baseadas em sentimentos de medo, angústias e ansiedade e a criança, muitas vezes, não possui recursos

intelecto-cognitivos para compreender o que se passa com seu corpo. Essas fantasias, segundo as autoras, constituem-se basicamente em conteúdos persecutórios ligados aos impulsos destrutivos contra objetos amados e por isso o adoecimento e a hospitalização podem ser sentidos como uma retaliação aos conteúdos internos.

Essas angústias são intensificadas quando os pais tentam esconder da criança sua real condição. Aberastury (1984) argumenta ser essa uma tentativa dos pais em poupar a criança, mas há também, a tentativa de poupar, inconscientemente, uma parte infantil de si. A criança por sua vez, não deixa de perceber o que de fato ocorre.

A psicanálise de crianças, a observação direta, a observação indireta através de grupos de pais e mães, mostrou que as crianças percebem fatos que o adulto lhes oculta. Isto ocorre com crianças muito pequenas e com crianças maiores. Muitas vezes o adulto não percebe porque a criança nem sempre o expressa através de palavras. Em troca recorre à linguagem mímica ou não verbal porque não dispõe ainda de outra. Entretanto, os maiores, que em sua atividade cotidiana falam fluentemente, também apelam, às vezes, para jogos, desenhos ou mímicas para expressar fantasias dolorosas. (ABERASTURY, 1984:129)

Ao iniciar o atendimento psicoterápico de um menino de cinco anos com diagnóstico de Aids, os tios que o criavam informaram que os pais de L. haviam morrido em decorrência da doença, mas que ele nada sabia a respeito de sua condição, mesmo constando em seu histórico inúmeras internações e uma rotina de intermináveis remédios. A primeira sessão foi impactante: L. entrou na sala de atendimento sem inibições, explorou os brinquedos, narrando o que encontrava. Em um determinado momento, perguntou-me: “Você sabia que eu vou morrer?” Limitei-me a devolver a pergunta, a que ele respondeu sem hesitar: “É! Vou

morrer de sinusite”. Mostrou que identificava a gravidade da doença que portava, mas não sabia nomear. A despeito dos esforços de seus pais adotivos em manter seu diagnóstico em segredo, as suas implicações já eram percebidas por ele e suas fantasias eram povoadas, como demonstrou através de desenhos, por “bichos” que habitavam seu interior e que tentavam destruí-lo.

Entretanto, mesmo informações precisas sobre sua condição não impedem que a criança fantasia como forma de lidar com o adoecer que pode ser percebido como conseqüência dos impulsos destrutivos direcionados aos seus objetos internos. É freqüente o aparecimento de sentimentos de “ser ruim”, ou que a doença é uma punição a esses impulsos.

Uma paciente chamada B. de seis anos foi internada em decorrência de um tumor nos rins, que resultou na retirada de um desses órgãos e posterior tratamento quimioterápico. Durante essa fase do tratamento, fez o seguinte desenho: duas árvores, uma em cada canto da folha e uma flor no meio. As duas eram diferentes entre si. A primeira tinha a copa marrom e o tronco verde, enquanto a segunda árvore apresentava uma inversão de cores (copa verde e tronco marrom). Na história contada por ela, relatou o seguinte diálogo entre a flor e a primeira árvore:

- Flor: por que você é diferente?

- Arvore 1: porque sou errada!

Na construção dessa criança, a doença era compreendida como parte de si, ou seja, representava uma parte de seu ego. A noção de “ser errada” desenvolve-se em conformidade com a conceituação de ego para Freud (1923): *“O ego é acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície.”*, ou seja, o ego se

origina das sensações corpóreas, sendo a projeção mental dessas sensações. Uma vez que corpo e psiquismo são unos, o que afeta o corpo irá afetar o psiquismo, ou seja, a representação de eu.

Nesse sentido, defesas primitivas surgem diante de situações nas quais a integridade do eu (corpo e psiquismo) são concretamente ameaçados. Fui chamada a atender um caso na UTI pediátrica de uma menina de seis anos que havia sofrido uma cirurgia de emergência para a amputação de uma das pernas em decorrência de uma infecção que se desenvolveu em poucas horas. A equipe estava preocupada, pois a criança, mesmo decorridos alguns dias após a cirurgia, recusava-se a abrir os olhos. Em nossos primeiros contatos, ela manteve-se de olhos fechados e era evidente que “ver” o que havia acontecido era insuportável para ela. Coloquei-me então, como seus olhos, descrevendo inicialmente onde ela estava e o que eram aqueles barulhos todos e as vozes desconhecidas que ela ouvia. Esperava que alguns temores que eu imaginava que ela estivesse sentindo pudessem ser aliviados, pois mesmo com a mãe, ela mantinha-se nessa posição. Essa conduta me remeteu a necessidade da existência de um ambiente facilitador, um *holding*³, como o chamou Winnicott (1983) ou *rêverie*⁴, como o designou Bion (1994) para desenvolvimento e para a integração de novas realidades.

Aos poucos, ela abriu os olhos e começamos a trabalhar com sua nova condição. Fazia desenhos e mais desenhos de flores. Em determinado momento, conta que sua perna ia crescer novamente, como os talos das flores. Utilizava a

³ *Holding* (do inglês *to hold* = sustentar) designa uma das funções da mãe em relação ao seu bebê, provendo-o de suas necessidades físicas e emocionais, tornando o ambiente propício para o desenvolvimento do bebê.

⁴ *Rêverie* é palavra utilizada por Bion para designar a capacidade materna em converter as sensações do bebê em elementos elaborados, dando sustentação ao processo de desenvolvimento. Na verdade, os conceitos de *holding* e *rêverie* estão muito próximos, compreendendo a necessidade que o bebê tem da existência de uma

fantasia como defesa contra uma realidade insuportável para ela. Naquele momento, não cabiam interpretações, apenas a continência para que ela pudesse, aos poucos, introjetar sua nova realidade.

Nesse sentido, a fantasia é um recurso fundamental para a integridade do ego e, conseqüentemente, para que a criança consiga lidar com a realidade dolorosa e sem a qual, o adoecer pode tomar proporções insuportáveis para a criança.

Uma paciente de sete anos com diagnóstico de leucemia tinha, diante de situações as quais era submetida a procedimentos invasivos muito dolorosos, um comportamento atípico: não chorava, nem reclamava, apesar de seus olhos expressarem que estava sentindo muita dor. Depois de algumas sessões, onde relatei à criança minhas observações, ela contou que não chorava por medo de assustar sua mãe e que se sentia culpada por fazê-la sofrer, ou seja, existia a fantasia onipotente de ser responsável pelo sofrimento materno e sentia culpa por isso.

Nesse sentido, a fantasia permeia o psiquismo da criança e é utilizada por ela, muitas vezes, para dar significado a uma realidade por vezes incompreensível. O adoecimento e suas implicações podem se constituir como excesso nocivo de estimulações à mente, impossibilitando a elaboração, lançando a criança a uma condição de desamparo, na qual, conforme Freud (1926), o indivíduo é submergido por excitações incontroláveis. Nesse sentido, a fantasia pode surgir como forma de proteção à mente, considerando-se ser ela um recurso ainda predominante no psiquismo infantil, sendo uma tentativa de elaboração do incompreensível. Essa possibilidade é facilitada tanto pela história de vida, quanto

mãe externa real que esteja ligada a ele, de forma a perceber e atender suas necessidades, sobrepondo-se, inicialmente, às necessidades maternas.

pela presença de condições externa e internas favoráveis, ou seja, um *holding* adequado, que poderá minimizar os efeitos catastróficos do adoecer.

Referências bibliográficas

ABERASTURY, A. (1984). A percepção da morte na criança e outros escritos. Porto Alegre: Artes Médicas.

BION, W. R. (1994). Estudos psicanalíticos revisados: *second thoughts*. 3.ed. Rio de Janeiro, Imago.

CARLESSO, D.R.D., RESENDE, V.R. Em Defesa da Sobrevivência Psíquica em UTI Pediátrica. (2005). In: Winnicott – Seminários Brasileiros. Rio de Janeiro: Revinter.

FREUD, S. (1909). Análise de uma fobia de um menino de 5 anos. In: Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol.X. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____ (1923). O ego e o id. In: Obras Completas. Edição Standart Brasileira. Vol. XIX, Imago, 1988.

_____ (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: Obras Completas. Edição Standart Brasileira. Vol. XX, Imago, 1988.

ISAACS, S. (1982). Natureza e Função da Fantasia. In: Os progressos da Psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

KLEIN, M. (1982). Sobre a Teoria da Ansiedade e Culpa. In: Os Progressos da Psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

_____ (1991). Inveja e Gratidão e outros trabalhos – 1946-1963. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1981). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In: Contribuições à Psicanálise. São Paulo: Mestre Jou.

SEGAL, H. (1982). A Formação do Símbolos. In: A Obra de Hanna Segal – uma abordagem Kleiniana à prática clínica. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1975). Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago.

WINNICOTT, D.W. (1983). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed.