



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

UM OLHAR PSICODINÂMICO SOBRE RAPAZES PRÉ-
ADOLESCENTES DIABÉTICOS

JOÃO GONÇALO LORENZO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTORA ÂNGELA VILA-REAL

Orientador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTORA ÂNGELA VILA-REAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professora Doutora Ângela Vila-Real, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

A realização deste trabalho não seria possível sem algumas ajudas preciosas. Começo por destacar o apoio, o entusiasmo e a total disponibilidade da Prof. Doutora Ângela Vila-Real, minha orientadora.

A todas as minhas colegas do seminário de dissertação, pelos vossos incentivos, críticas e observações que sempre me ajudaram.

A todos os intervenientes da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, com especial agradecimento à Psicóloga Dra. Ana Lúcia Covinhas, à Dra. Sofia Vidal Castro e à Dra. Rosa Pina, à Enfermeira Marina, e, não menos importante, à Sofia e Soraia pela total disponibilidade.

A todos os rapazes e respectivas famílias que aceitaram participar neste trabalho, um sincero obrigado.

Gostaria de partilhar este momento com toda a família Ispiana que sempre me acompanhou. Aos meus colegas, professores e funcionários (não me podia esquecer da boa disposição do Tó e dos meus debates de futebol com o Senhor Reis) um sincero obrigado. Foram vocês que permitiram que fizesse este percurso de forma prazerosa.

A toda a minha família, sobretudo aos meus pais por permitirem que seguisse os meus sonhos. Aos meus avós, sei que estariam muito orgulhosos de mim. Eu orgulho-me dos anos em que pude viver com eles.

Aos meus amigos, pelo carinho, apoio e compreensão por todos os momentos em que não pude estar com eles por estar a realizar este trabalho.

À Joana, um sincero obrigado por TUDO.

Chego ao fim deste percurso de cinco anos com um sentimento profundo de gratidão.

Resumo

Com esta investigação propomo-nos a estudar pré-adolescentes diabéticos a partir de uma perspectiva psicodinâmica. A pré-adolescência é caracterizada pelas grandes transformações corporais resultantes do processo pubertário. Nesta fase, o corpo assume-se como representante simbólico por excelência, objecto de investimento narcísico fundamental ao sentimento de coesão identitária. O pré-adolescente terá que reelaborar estas transformações e reintegrá-las, de forma a que a continuidade narcísica seja mantida. A diabetes tipo 1 é uma doença crónica que ataca o corpo no seu funcionamento podendo colocar em risco o sentimento de continuidade narcísica, uma vez que o pré-adolescente terá de reintegrar as transformações resultantes do processo pubertário complementando-as com o sentimento (latente ou manifesto) de fragilidade corporal consequente da doença. Desta forma, a diabetes pode assumir-se como um “ataque” ao processo pubertário. O sentimento de continuidade narcísica dependerá em parte da representação que o jovem tem de si, por exemplo, através do sentimento de integridade corporal. Desta forma, utilizámos a prova Rorschach, que por excelência permite aceder à forma de como o sujeito se representa a si próprio e se organiza perante a realidade externa e interna. Através de um estudo comparativo entre 14 rapazes com e sem diabetes, constataram-se importantes diferenças a partir da análise dos protocolos. Os rapazes com diabetes apresentaram maiores manifestações de angústia e indícios que reenviam para sentimentos de maior fragilidade corporal. A diabetes parece ter impacto na vivência subjectiva destes rapazes e na forma de como se representam pelo que se torna importante investir em estudos nesta área.

Palavras-Chave: Pré-adolescência; Diabetes tipo 1; Representação de si; Rorschach

Abstract

The purpose of the present investigation is to study diabetic preadolescent young men, from a psychodynamic perspective. Preadolescence is defined by the body's major changes, as a result of the pubertal process. At this stage, the body assumes the role of a symbolic surrogate, object of narcissistic investment, fundamental to the feeling of identity cohesion. The preadolescent will have to reformulate these changes and integrate them, so as the narcissistic continuity is maintained. Type 1 diabetes is a chronic disease that attacks the functioning of the body, eventually setting at risk the feeling of a narcissistic continuity, since the pre-adolescent must integrate the changes that result from the pubertal process, complementing those with the feeling (latent or manifest) of bodily frailty as a consequence of the disease. In this way, diabetes may take the role of an “attack” to the pubertal process. The feeling of narcissistic continuity will partially depend of the representation that the young man has of himself, for example, through the feeling of body integrity. We then use the Rorschach test, which in its essence allow reaching the way that the subject represents and organizes himself

before both internal and external realities. Through a comparative study between 14 young boys with and without diabetes, major differences were found from protocol analysis. Boys with diabetes showed greater manifestations of anguish and signs that imply feelings of greater bodily frailty. Diabetes seems to have an impact on these boys subjective experience, and in the way they represent themselves, which gives a greater importance to investing in studies in this area.

Keywords: Preadolescence; Type 1 Diabetes; Self representation; Rorschach

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 1	4
DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 1 E PSICOLOGIA	7
PRÉ-ADOLESCÊNCIA	11
ADOLESCÊNCIA	11
PRÉ-ADOLESCÊNCIA	14
1. Puberdade: Processo biológico	14
2. Impacto na vida do adolescente: próprio	16
a) Na dinâmica familiar	17
b) Nos coetários.....	19
PRÉ-ADOLESCÊNCIA E DIABETES.....	20
PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO	23
MÉTODO.....	24
I. MODELO DO ESTUDO.....	24
II. PARTICIPANTES	24
III. INSTRUMENTO, PROVA RORSCHACH.....	24
IV. PROCEDIMENTOS	31
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	33
A. ANÁLISE QUANTITATIVA, TRAÇOS SALIENTES	33
Pré-adolescentes sem Diabetes.....	33
i. Produtividade e Tempo.....	33

ii.	Modos de Apreensão e Determinantes	33
iii.	Conteúdos.....	34
iv.	Dinâmica afectiva: TRI, FC, RC%, IA%, H% e A%	34
	Pré-adolescentes com Diabetes <i>Mellitus</i> 1	35
i.	Produtividade e Tempo.....	35
ii.	Modos de Apreensão e Determinantes	36
iii.	Conteúdos.....	37
iv.	Dinâmica afectiva: TRI, FC, RC%, IA%, H% e A%	37
B.	ANÁLISE QUALITATIVA.....	38
	Pré-Adolescentes sem Diabetes.....	38
i.	12 Anos.....	38
ii.	13 Anos.....	39
iii.	14 Anos	39
	Pré-adolescentes com Diabetes <i>Mellitus</i> 1	40
iv.	12 Anos	40
v.	13 Anos.....	41
vi.	14 Anos	42
	DISCUSSÃO	44
	CONCLUSÃO	48
	BIBLIOGRAFIA	52
	ANEXOS.....	57

ANEXO A – Protocolos dos rapazes sem diabetes de 12 anos.....	58
Protocolo 5	58
Protocolo 6	60
ANEXO B – Protocolos dos rapazes sem diabetes de 13 anos.....	62
Protocolo 10	62
Protocolo 12	64
ANEXO C – Protocolos dos rapazes sem diabetes de 14 anos.....	66
Protocolo 16	66
Protocolo 18	68
ANEXO D – Protocolos dos rapazes com diabetes de 12 anos	70
Protocolo 4D.....	70
Protocolo 5D.....	73
Protocolo 9D.....	75
ANEXO E – Protocolos dos rapazes com diabetes de 13 anos.....	78
Protocolo 2D.....	78
Protocolo 17D.....	80
ANEXO F – Protocolos dos rapazes com diabetes de 14 anos.....	82
Protocolo 12D.....	82
Protocolo 16D.....	87
Protocolo 18D.....	91
ANEXO G – Comparação de psicogramas dos rapazes com 12 anos.....	93

ANEXO H – Comparação de psicogramas dos rapazes com 13 anos.....	95
ANEXO I – Comparação de psicogramas dos rapazes com 14 anos	97
ANEXO J – Análise cartão a cartão dos protocolos dos rapazes sem diabetes de 12 anos....	99
ANEXO K – Análise cartão a cartão dos protocolos dos rapazes sem diabetes de 13 anos	101
ANEXO L – Análise cartão a cartão dos protocolos dos rapazes sem diabetes de 14 anos..	103
ANEXO M – Análise cartão a cartão dos protocolos dos rapazes com diabetes de 12 anos	104
ANEXO N – Análise cartão a cartão dos protocolos dos rapazes com diabetes de 13 anos	106
ANEXO O – Análise cartão a cartão dos protocolos dos rapazes com diabetes de 14 anos	107

INTRODUÇÃO

A diabetes *mellitus*, genericamente designada de diabetes, é “uma doença crónica, que, resulta da deficiência, absoluta ou relativa, de insulina, conseqüente da ineficiência da sua acção ao nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas. Deste mau funcionamento, surgem perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a conseqüência mais evidente a hiperglicemia” (Rosas *in Nunes*, 2010, pp. 11). Dos tipos de diabetes existentes, ressaltam a diabetes *mellitus* tipo 1 e 2, mas, para os efeitos desta introdução, vamo-nos focar apenas na tipo 1. Esta surge predominantemente em idades jovens, sobretudo em crianças e pré-adolescentes entre os 8 e os 12 anos, sendo responsável por 90-95% dos casos em idades inferiores aos 16 anos (Raimundo *in Nunes*, 2010)

A diabetes *mellitus* tipo 1 assume-se como a forma mais grave da doença e conseqüentemente, a que exige uma intervenção terapêutica mais agressiva. A literatura actual aponta para a sua etiopatogenia um conjunto de factores genéticos sobre os quais não nos iremos debruçar. Na diabetes *mellitus* tipo 1 há uma destruição total das células beta pancreáticas e conseqüente deficiência absoluta da secreção de insulina. As complicações resultantes desta doença podem ser muito graves, podendo surgir problemas no sistema nervoso central ou morte.

A intervenção terapêutica visa um conjunto de acções médicas penosas na sua natureza que se instalarão abruptamente no quotidiano do jovem paciente e respectiva família. A mobilização do paciente e respectiva família tem de ser total para que os cuidados de saúde sejam mantidos. É precisamente neste âmbito, que diversas investigações na área da Psicologia têm sido feitas nos últimos anos (Tran *et al*, 2011; Skočić *et al*, 2010; Hoey, 2009; Stewart *et al*, 2009; Dashiff *et al*, 2008; Pereira *et al*, 2008; Aguiar & Fonte, 2007; Korbel *et al*, 2007). Estes estudos, inseridos na Psicologia da Saúde visam essencialmente, identificar quais são os factores que estão na base de uma pior ou melhor adesão por parte do jovem diabético e família, no tratamento da doença bem como os factores que contribuem para uma melhor adequação psicológica.

Apesar da elevada pertinência destes estudos, uma vez que a qualidade de vida destes jovens e das relações familiares dependerá significativamente da forma como aderem ao

tratamento e controlam a doença, também é verdade que, particularmente na pré-adolescência e adolescência, estes jovens estão a passar um processo muito particular – o processo adolescente – que implica a realização de um conjunto de tarefas de desenvolvimento (Marcelli & Braconnier, 2005), cuja dinâmica se instala sobretudo em torno do corpo.

As marcadas alterações corporais, resultantes do processo pubertário, irão influenciar a imagem corporal concreta, não só a um nível real como também ao nível imaginário e simbólico, porventura, mais importantes na representação de si e da sua vivência subjectiva. Por esta razão, “o corpo está no centro da maioria dos conflitos do adolescente” (Marcelli & Braconnier, 2005, pp.149), funcionando assim como referência espacial, representante simbólico, objecto de investimento narcísico essencial ao sentimento de coesão identitária. A forma “como é utilizado, valorizado ou desconhecido, amado ou detestado, [...] o corpo representa para o adolescente um meio de expressão simbólica dos seus conflitos e modelos relacionais” (Marcelli & Braconnier, 2005, pp.38), estando o corpo por estas razões também ligado ao narcisismo.

Desta forma, não podemos deixar de reflectir sobre o impacto que a diabetes tipo 1 tem no narcisismo do jovem. De acordo com Marcelli & Braconnier “aceitar a doença é, para o adolescente, investir com líbido um corpo com falhas sem que o núcleo narcísico esteja doente” (2005, p. 518). O investimento narcísico que o jovem terá que fazer representa uma apropriação do seu corpo e para tal, tem que o reclamar na relação com os pais, que até então eram os “proprietários” do corpo do filho. Compreende-se, portanto, que esta tarefa para o pré-adolescente diabético possa ser mais conflituosa e difícil.

Assim, com este estudo, pretendemos uma melhor compreensão sobre a representação de si nos rapazes pré-adolescentes que sofrem de diabetes *mellitus* tipo 1. Para este efeito iremos recorrer a um grupo de controlo constituído por rapazes pré-adolescentes sem diabetes. Tendo em conta o objectivo do nosso trabalho e as características da prova Rorschach, este será o instrumento privilegiado desta investigação. Como Anzieu refere: “é precioso quanto à determinação das imagens do corpo, das fronteiras do Ego, dos envelopes psíquicos [Pelo que] não só apreende a delicadeza, a flexibilidade ou a rigidez da adaptação de uma pessoa, como põe à prova as suas capacidades criadoras que consistem em mobilizar regressivamente em si a fontes profundas capazes de inventar soluções, face a situações perigosamente problemáticas.” (Anzieu, in *prefácio* Chabert, 2003, p.21).

Iniciaremos este trabalho apresentado a Diabetes *Mellitus* Tipo 1, com enfoque nas suas principais características, impacto e tratamento. De seguida, será feita uma breve revisão sobre a ligação entre Psicologia e a diabetes, pretendendo dar a conhecer os trabalhos que têm sido realizados nesta área. Posteriormente, debruçar-nos-emos sobre a pré-adolescência enquanto período inicial da adolescência, para que seja possível fazer um enquadramento acerca da diabetes e seu possível impacto na pré-adolescência.

A parte empírica será constituída por três subcapítulos. O Método, no qual serão descritos, a amostra, o instrumento e os procedimentos deste estudo comparativo. De seguida, serão apresentados os resultados quantitativos e qualitativos, para que no subcapítulo seguinte, Discussão, sejam identificados os principais resultados e reflectir sobre eles. Finalmente, na Conclusão, serão apresentados os principais aspectos retirados deste estudo, bem como as limitações e propostas, quer de investigação, quer de intervenção.

DIABETES MELLITUS TIPO 1

A diabetes *mellitus*, genericamente designada de diabetes, é “uma doença crónica, que, resulta da deficiência, absoluta ou relativa, de insulina, consequente da ineficiência da sua acção ao nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas. Deste mau funcionamento, surgem perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a consequência mais evidente a hiperglicemia” (Rosas *in Nunes*, 2010, pp. 11). A hiperglicemia associa-se a longo prazo a lesões dos olhos, rins, nervos e artérias.

De acordo com Correia (2010, *in Nunes*) a diabetes *mellitus* é uma doença em larga expansão, tendo vindo a reunir ao longo dos anos as características de uma verdadeira pandemia. Os números fornecidos pela Federação Internacional de Diabetes (FID, *in Nunes*, 2010) são esclarecedores: Calculava-se que em 2007 existiriam cerca de 246 milhões de diabéticos, o que corresponderia a 5,6% da população mundial entre os 20 e os 79 anos de idade. Em Portugal, a população de doentes diabéticos no ano de 2007 seria de cerca de meio milhão (Silva & Ribeiro, 2000, cit. por Aguiar & Fonte, 2007). A projecção da FID para 2025, é que este número cresça para 380 milhões de habitantes, o que corresponderá a 7,1 % dentro da mesma faixa etária. A Organização Mundial de Saúde alerta-nos igualmente para o rápido crescimento da doença e prevê que, em 2030, esta seja a principal responsável de incapacidade e morte (WHO, 2012).

A diabetes *mellitus* compreende vários tipos de classificação, das quais, ressaltam a diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2. Começaremos por referir-nos à diabetes *mellitus* tipo 2. Este tipo de diabetes é a mais comum, representando cerca de 90-95% de todos os casos de diabetes. A sua incidência e prevalência aumentam com a idade. Além da idade, é importante referir outros factores, nomeadamente, ambientais, no surgimento deste tipo de diabetes. Os doentes que normalmente desenvolvem a diabetes tipo 2, têm problemas relacionados com obesidade e sedentarismo. Os excessos alimentares e a ingestão de alimentos com elevado valor calórico, ricos em açúcares e gorduras e a ausência de actividade física são os factores comumente mais apontados pela literatura como estando na base do surgimento deste tipo de diabetes (Correia *in Nunes*, 2010)

A diabetes *mellitus* tipo 1 surge predominantemente em idades jovens, sobretudo em crianças e pré-adolescentes entre os 8 e os 12 anos, sendo responsável por 90-95% dos casos em idades inferiores aos 16 anos (Raimundo *in Nunes*, 2010) A FID alerta-nos para o

crescimento anual de cerca de 3%, o que representa um crescimento muito significativo para este tipo de diabetes.

A diabetes *mellitus* tipo 1 assume-se como a forma mais grave da doença e, como veremos mais tarde, a que exige uma intervenção terapêutica mais agressiva. A literatura actual aponta para a sua etiopatogenia um conjunto de factores genéticos sobre os quais não nos iremos debruçar. Na diabetes *mellitus* tipo 1 há uma destruição total das células beta pancreáticas e consequente deficiência absoluta da secreção de insulina.

O surgimento deste tipo de diabetes é caracterizado pelo colapso do estado físico do doente, destacando-se a perda ponderal, anorexia ou polifagia, fadiga, polidipsia, poliúria (pode manifestar-se enurese nocturna), infecções cutâneas e visão turva (Costa *in* Nunes, 2010). Este quadro sintomático é reflexo de uma oscilação anormal dos níveis de glicose no sistema circulatório, que, no caso de não serem controlados, podem conduzir a estados físicos graves ou morte. Por exemplo, níveis elevados de insulina no sistema circulatório podem levar a complicações no funcionamento cognitivo ou em casos extremos causar coma hipoglicémico e/ou danos permanentes no sistema nervoso central (Costa *in* Nunes, 2010; Pramming *et al*, 1986, cit. por Fonagy *et al*, 1989). Por outro lado, níveis de insulina insuficientes conduzem a concentrações elevadas de glicose no sangue (hiperglicémia), que poderão resultar num estado de cetoacidose, coma e em situações extremas, na morte. Na diabetes *mellitus* tipo 1, há uma maior vulnerabilidade para se desenvolver estados crónicos de concentrações elevadas de glicose no sangue que consequentemente, aumentam a probabilidade da ocorrência de complicações vasculares, entre as quais a retinopatia, problemas renais e circulatórios (Costa *in* Nunes, 2010)

Raimundo (*in* Nunes 2010), alerta-nos para as características e necessidades específicas das crianças e pré-adolescentes que são distintas das do adulto com diabetes *mellitus* tipo 1. De acordo com esta autora, o tratamento “tem como objectivo a ausência de sintomas e assegurar o bem estar geral, promover o crescimento e desenvolvimento normais, evitar descompensações agudas e prevenir ou atrasar as complicações crónicas. Deverá ainda garantir a escolaridade normal e manutenção de uma vida social e familiar adequada.” (Raimundo *in* Nunes, 2010 pp.307).

O tratamento de uma criança ou pré-adolescente com diabetes deve idealmente implicar a existência de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, constituída por

médico, enfermeiro, dietista/nutricionista e psicólogo (Raimundo *in* Nunes, 2010). Estes, em articulação com a família do doente, devem seguir, desde o conhecimento do diagnóstico um regime de tratamento composto por várias acções terapêuticas que mudam radicalmente o quotidiano da criança ou pré-adolescente enfermo, bem como da respectiva família.

Entre as acções terapêuticas destacam-se:

- a) Reconhecer antecipadamente os primeiros sinais de descompensação, nomeadamente, a hipoglicémia, prevenindo situações agudas
- b) Calcular as doses de insulina necessárias através do controle glicémico (uma picada no dedo que permite com uma gota de sangue saber a quantidade de glicose circulante e deste modo programar a quantidade de insulina a administrar).
- c) A administração diária de determinadas doses de insulina através de injeções (Insulinoterapia).
- d) Controlar o horário das refeições, o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos.
- e) Praticar exercício físico adequado.
- f) Cuidar da sua higiene pessoal dando particular atenção ao cuidado dos pés para evitar as úlceras de difícil controlo.

Como referido anteriormente, a articulação com a família é fundamental, e esta deve participar na educação terapêutica que se impõe. Constatamos que as acções terapêuticas se inserem num conjunto de novos comportamentos e atitudes que visam sempre o controlo metabólico, a administração de insulina e a adaptação nutricional. Em pacientes mais jovens, como as crianças e pré-adolescentes, a educação terapêutica é centrada fundamentalmente nos pais e restante família, devido à falta de autonomia dos pacientes. (Raimundo *in* Nunes, 2010).

DIABETES *MELLITUS* TIPO 1 E PSICOLOGIA

Como é que o jovem diabético e respectiva família irão aderir ao regime terapêutico que se impõe? Referindo-nos, assim, ainda sobre o regime terapêutico da diabetes tipo 1, concordamos com Sanglade, quando afirma: “o regime terapêutico é paliativo, de modo algum curativo, obrigatório e agressivo nas suas modalidades” (Sanglade, 1983, pp. 115).

As acções terapêuticas anteriormente referidas surgem de forma abrupta, e requerem uma total mobilização por parte do jovem diabético e respectiva família. A boa adesão por parte de ambos é essencial para que os cuidados de saúde sejam mantidos. É precisamente neste âmbito, que diversas investigações na área da Psicologia têm sido feitas nos últimos anos (Anderson, 1990; Wiebe et al, 2011; Skoc'ic' et al, 2010; Hoey, 2009; Stewart et al, 2009; Dashiff et al, 2008; Pereira et al, 2008; Aguiar & Fonte, 2007; Korbel et al, 2007; Almeida e Matos, 2003; Hanna e Decker, 2010). Estes estudos visam essencialmente identificar quais são os factores que estão na base de uma pior ou melhor adesão por parte do jovem diabético e família no tratamento da doença, bem como, os factores que contribuem para uma melhor adequação psicológica.

Contudo, o objecto e os objectivos dos estudos realizados no âmbito da Psicologia têm diferido ao longo dos anos. O interesse por parte da comunidade científica sobre crianças e jovens diabéticos é antigo. Por exemplo, já na década de 30, Brown (1938), procuraram identificar características particulares nas personalidades e capacidades intelectuais dos jovens diabéticos.

Relativamente à perspectiva psicanalítica, foi na década de 80 que se verificou uma maior proliferação na publicação de estudos. De forma sucinta e geral, podemos distinguir dois tipos de orientações distintas. Por um lado, destacam-se os estudos inscritos na linha de orientação psicossomática, liderados por Debray (1983, 1995) e Sanglade (1983) que, seguindo a escola de Pierre-Marty, se propuseram estudar os traços de personalidade comuns das crianças, jovens e adultos diabéticos, de forma a encontrarem um “terreno psicossomático” (Sanglade, 1983, pp.119) característico da diabetes. De acordo com esta escola de pensamento, a diabetes é uma doença psicossomática desencadeada por factores psicossociais e os doentes deveriam partilhar alguns traços de personalidade que reflectissem uma vulnerabilidade para o desencadeamento da doença.

Por outro lado, destacam-se os trabalhos realizados por Moran & Berger (1980), Moran (1984) e Fonagy, Moran & Higgitt (1989), que seguindo uma perspectiva psicanalítica influenciada pelos trabalhos de Anna Freud (1952, 1958) e pelo trabalho psicoterapêutico realizado no Instituto Anna Freud com crianças diabéticas, procuraram investigar as repercussões que a doença tem ao nível do psiquismo, e a forma como a criança e respectiva família se irão reorganizar em torno da doença. De acordo com Raimundo, “o diagnóstico de diabetes é sempre um choque para o jovem e pais podendo ser profundamente destrutivo das relações pessoais e familiares.” (Raimundo *in Nunes*, 2010, pp.308). Nos trabalhos dos autores desta segunda linha psicanalítica, ressalta a importância do processo psicoterapêutico na resolução dos conflitos intra e inter pessoais pré-existentes ao diagnóstico, bem como aqueles que possam surgir após o mesmo. Pretende-se com o processo psicoterapêutico facilitar as problemáticas individuais e relacionais, que segundo estes autores facilitarão o ajustamento psicológico de todos os intervenientes com a doença e, conseqüentemente, o seu controlo será ampliado. Como referido anteriormente, é apanágio dos serviços que prestam cuidados de saúde a crianças e adolescentes diabéticos, garantir que as suas necessidades inerentes à fase de desenvolvimento em que se encontram são atendidas, além do controlo da doença. Pensamos que a segunda perspectiva psicanalítica pretende ir ao encontro destas necessidades.

Actualmente, devido ao inquietante crescimento anual da diabetes tipo 1 (3 a 4% por ano, segundo a FID), à reduzida adesão terapêutica e à falta de recursos para garantir serviços de saúde que vão de encontro a todas as necessidades dos pacientes, os estudos realizados nos últimos anos focam-se na adesão ao tratamento. A esmagadora maioria destes estudos está inserida numa linha cognitivo-comportamental no âmbito da Psicologia da Saúde.

O principal objectivo dos serviços de saúde passa pela promoção de uma melhor qualidade de vida e esta dependerá significativamente da forma como o jovem paciente irá cumprir com as obrigações terapêuticas. Em crianças e adolescentes, esta questão assume contornos fundamentais, uma vez que, características como complexidade, exigência e responsabilidade, geralmente prognosticam uma difícil adesão. Os autores apontam como principais factores à eficiente adesão terapêutica (Tran *et al*, 2011; Skoc`ic' *et al*, 2010; Stewart *et al*, 2009; Dashiff *et al*, 2008; Pereira *et al*, 2008; Aguiar & Fonte, 2007; Korbel *et al*, 2007; Hanna e Decker, 2010):

- a) Coesão e suporte familiar

- b) Esclarecimento acerca da doença e suas complicações (que passa pela psicoeducação)
- c) Ausência de sintomatologia depressiva e ansiogénica no jovem paciente e família
- d) Capacidade de resiliência da família
- e) Suporte por parte dos pais

A literatura tem alertado igualmente para a importância da passagem da responsabilidade do controlo metabólico em idades mais próximas da pré-adolescência, de pais para filhos. Esta passagem deve ser conduzida de forma harmoniosa e gradual (Butner *et al.* 2009; Dashiff *et al.* 2008).

Contudo, parece-nos que o suporte emocional a que a literatura confere tanta importância se prende a uma perspectiva demasiado centrada na doença, negligenciando a pessoa; como referem Almeida e Matos (2002) o apoio deve passar por “ouvir as queixas do adolescente quanto ao tratamento da diabetes, encorajar, dar ânimo e incentivar para a importância do auto-controlo da doença”. Apesar da elevada pertinência destes estudos, uma vez que a qualidade de vida destes jovens e das relações familiares dependerá significativamente de como aderem ao tratamento e controlam a doença, acreditamos que há algumas limitações importantes, nomeadamente o facto destas crianças, pré-adolescentes e adolescentes, que por acaso têm o diagnóstico de diabetes tipo 1, são também pessoas e partilham com os iguais, sem qualquer doença crónica, as mesmas problemáticas típicas de cada fase do desenvolvimento.

Particularmente na pré-adolescência e adolescência, não nos podemos esquecer que estes jovens estão a passar pelo processo adolescente, que apresenta características muito particulares e requer a realização de um conjunto de tarefas do desenvolvimento (Marcelli & Braconnier, 2005). Inclusive, Dovey-Pearce *et al* (2007) considera que a congruência entre o processo adolescente e uma doença crónica da natureza da diabetes tipo 1 pode resultar numa mistura potencialmente perigosa. Concordamos com Marcelli & Braconnier (2005) quando consideram que as exigências da doença são antagónicas com as necessidades dos jovens, sobretudo as tarefas desenvolvimentais relacionadas com a separação-individação e com a nova dinâmica que se instala em torno do corpo. A perigosidade resultante deste antagonismo pode acarretar graves consequências na saúde do jovem (e.g. incumprimento do plano terapêutico).

Com esta perspectiva, queremos apenas alertar para as necessidades típicas desta fase do desenvolvimento e o quão é importante que sejam consideradas. Não pretendemos partir do pressuposto de que as limitações inerentes à diabetes tipo 1 se assumem como um obstáculo ao processo adolescente e transição para a fase adulta.

PRÉ-ADOLESCÊNCIA

Apesar do foco desta investigação ser a pré-adolescência, na medida em que esta, associada às transformações da puberdade, marca a entrada num processo que é extremamente importante, e sensível, para o desenvolvimento do sujeito enquanto pessoa, a adolescência, considerámos pertinente começar este capítulo com uma breve incursão pela adolescência no geral. Nesta abordagem, quer da adolescência enquanto processo, quer da pré-adolescência como parte integrativa do mesmo, seguiremos a perspectiva psicanalítica.

ADOLESCÊNCIA

O étimo latino de adolescência é “*adolescere*” que significa “crescer” ou “crescer na maturidade” (Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura, 1972). Para nos referirmos à adolescência, encontramos frequentemente o termo “período de transição”, como se a adolescência se “...tratasse de uma terra de ninguém cuja existência apenas fosse considerada por se situar entre dois estados, esses sim com existência definida” (Vila-Real, 2004, pp. 67). De facto, o interesse pela adolescência é relativamente recente. Nas sociedades ocidentais, foi apenas com o decorrer da revolução industrial e consequentes mudanças sócio-culturais no século XIX, que começaram a surgir grandes alterações na definição das etapas da vida. De acordo com Ferreira e Nelas (2006) é então que “a adolescência começa a ser considerada como um período importante no processo de desenvolvimento do indivíduo e o controlo da família sobre os adolescentes foi-se prolongado até à idade do casamento” (Ferreira e Nelas, 2006). O sujeito passaria por um período, que se assumiria como “um meio percurso” entre a dependência da infância e a altura em que integraria a sociedade como adulto autónomo e independente da sua família.

Actualmente e de uma forma geral, aceita-se que a adolescência começa com as manifestações da puberdade, que surgem normalmente aos 11 anos e termina com a realização social da situação de adulto independente (Ferreira e Nelas, 2006). O término da adolescência assume-se como um marco difícil de conceptualizar, uma vez que o desenvolvimento biopsicossocial que engloba a adolescência apresenta grandes variações inter-individuais e estas estão dependentes da variabilidade dos contextos sócio-culturais.

É também reconhecido que a adolescência representa sobretudo um processo e não um período, o “processo *adolescens*” (Malpique, 2003) ou processo adolescente. Neste, o adolescente terá de elaborar um conjunto de mudanças que incidem sobre o seu corpo, o equilíbrio afectivo, as capacidades cognitivas e as suas relações sociais (e.g. família e pares), ou seja, todas as suas dimensões serão atingidas (Vila-Real, 2004). Este conjunto de mudanças decorrerá de forma intensa e exigirão por parte do jovem um esforço adaptativo.

A perspectiva psicanalítica refere que para a elaboração das mudanças e transformações ocorridas, o adolescente deverá realizar um conjunto de tarefas desenvolvimentais. Blos (1967, 1985) descreveu um processo de desenvolvimento que se inicia com a entrada da puberdade e que culmina com a formação de carácter no final da adolescência. Este autor, influenciado pelos trabalhos de Mahler (1967), propõe que o adolescente deve passar por um segundo processo de Separação-Individação que seria o principal componente da reestruturação psíquica, funcionando como fio condutor da adolescência (Blos, 1967). A este processo, juntar-se-iam o desenvolvimento de uma identidade sexual e a formação de um Ideal do Ego. No decorrer destes processos, o adolescente teria de redefinir a sua relação com as *ímagos* parentais introjectadas na infância. A desidealização crescente das *ímagos* parentais permitiria uma revisão interna, a partir da qual, as primeiras identificações podem ser rejeitadas, aceites, ou mantidas provisoriamente. Seria a partir deste processos que o jovem reorganizaria a sua estrutura interna, conferindo-lhe um *Self* autónomo, estável, coeso e com limites bem definidos.

A constante desidealização na relação com os pais, normalmente acompanhada por sentimentos ambivalentes de amor-ódio e a contribuição de novos objectos significativos proporcionantes de novas identificações, permite ao adolescente a construção gradual da sua própria identidade. Neste âmbito, torna-se essencial referir Erikson (1972, 1980), um autor incontornável no estudo da identidade. Este psicanalista enfatizou os aspectos adaptativos do Ego, que permitiam ao jovem lidar com a realidade social que “força” o seu desenvolvimento. Na sua teoria, a relação com as figuras parentais assume um papel fulcral. De acordo com Erikson a adolescência constitui um período por excelência na construção da identidade. Esta, dependeria da resolução do conflito psicossocial que Erikson situa entre “difusão e formação da identidade” (1972). A difusão resultaria da regressão do adolescente e a formação da identidade assinalaria a aquisição de novas capacidades. Para Erikson, o jovem terá de procurar noutros contextos sociais que não o familiar, as oportunidades de contacto com

novos objectos de identificação. Segundo Erikson, a experiência e o meio cultural circundante ao indivíduo, dão significado, forma e continuidade à sua experiência (1972, 1980). Assim, este autor veio assinalar a importância de outros contextos sociais, tão importantes para o desenvolvimento do jovem, o qual procurará intensamente a ligação com os seus coetários. Desta forma, a influência familiar seria gradualmente diminuída, assistindo-se a uma “desvinculação” da autoridade parental, resultado do desenvolvimento de um Ego autónomo, capaz de tomar decisões e de fazer escolhas.

Se pensarmos sobre Blos e Erikson, constatamos que as suas perspectivas não são antagónicas mas, pelo contrário, complementam-se. É-nos difícil pensar em identidade sem individuação e autonomia sem identidade, pelo que importa referir Josselson quando afirma: “A autonomia é outro lado da individuação. À medida que a individuação se processa, a autonomia cresce. Isso depende se se olha para aquilo de que o adolescente se afasta (individuando-se) ou para aquilo de que se aproxima (ganhando autonomia) (...). Os aspectos do sujeito que se tornaram individuados e autónomos devem ser incorporados na identidade. Então à uma sequência interdependente entre individuação-autonomia-formação de identidade” (Josselson, 1980, cit. Fleming, 1997, p. 48). É assim possível reconhecer a ligação entre ambas as perspectivas, tão importantes na conceptualização do desenvolvimento do adolescente.

Como referido anteriormente, a definição das balizas etárias entre o início e a finalização do processo adolescente não é consensual na literatura, sobretudo, no que concerne à finalização. Alguns autores (Blos, 1967, 1985; Cordeiro, 1988; A. Freud, 1958) destacam o período inicial marcado pelo surgimento da puberdade e suas transformações, designando-o de pré-adolescência ou adolescência inicial. A emergência das transformações pubertárias destaca-se do período anterior, a latência, havendo uma ruptura do equilíbrio existente até então. As transformações fisiológicas e corporais consequentes da puberdade irão impelir o jovem até ao término da sua adolescência, após ter cumprido as tarefas do desenvolvimento já mencionadas. Se na latência o jovem vivia de forma aconflitual, o surgimento da puberdade assinala o início de um período marcado por grandes mudanças biopsicossociais, porventura difíceis de acompanhar pelo próprio e outros (sobretudo família), as quais, poderão originar conflitos (Braconnier & Marcelli, 2005).

Após a pré-adolescência, o jovem entra na adolescência média, reconhecida como a fase em que há uma maior centração no próprio – investimento narcísico – que corresponde

ao esforço do jovem em elaborar o luto pelas *ímagos* parentais idealizadas até então. Como referimos anteriormente, a escolha do objecto sexual começa a assumir-se como uma tarefa necessária. Finalmente, espera-se que no final da adolescência, o jovem consiga estabilizar e consolidar o seu carácter com a adopção de valores e princípios que o irão orientar na adultícia (Blos, 1968).

PRÉ-ADOLESCÊNCIA

“A aquisição da puberdade é sempre uma surpresa. A criança procura os sinais, constata-os, não acredita neles, começa a acreditar, a integrá-los ao que parece e...sente-se completamente estranho perante o que era dantes (e isto seja qual for o seu sexo), que fará com essa inquietante estranheza? Creio que todos, e por mais recalcados que sejam, terão sentido, mesmo que fugazmente, um momento de glória ao qual sucede, por vezes como uma onda, por vezes como uma maré sorrateira, a angústia. O futuro vai depender da elaboração dessa angústia.”

Kestenberg (s.d. cit. por Marcelli & Braconnier, 2005)

Para muitos autores, o marco que assinala a entrada para a adolescência é, como referimos anteriormente, a puberdade. Optámos por citar Kestenberg porque em nossa opinião, foca as linhas mestras a partir das quais deste capítulo se irá desenvolver:

- a) A puberdade como um acontecimento que rompe com o equilíbrio anteriormente estabelecido, em parte devido às transformações físicas.
- b) O impacto que terá nas esferas de vida do pré-adolescente com os movimentos internos que este terá que realizar para restabelecer o equilíbrio.

1. Puberdade: Processo biológico

À medida que a civilização avança, tem-se notado que o desenvolvimento pubertário é cada vez mais precoce, fruto das diversas alterações sociais que se têm verificado. Há alguns séculos o desenvolvimento pubertário era mais tardio, coincidindo praticamente com a entrada na vida profissional. Desta forma, concordamos com Marcelli & Braconnier quando afirmam: “pode dizer-se que a evolução fisiológica vai na direcção oposta da evolução social,

o que conduz a distender ao máximo o período da adolescência” (Marcelli & Braconnier, 2005,pp.29).

A puberdade compreende um conjunto de transformações corporais, resultado de uma reacção em cadeia que compreende a estimulação hormonal do eixo hipotálamo-hipofisário que será responsável pelas secreções gonádicas (Marcelli & Braconnier, 2005). O conjunto destas acções orgânicas conduz ao estado de maturidade sexual característico do adulto.

A puberdade nos rapazes inicia-se com a aceleração do crescimento dos testículos e do escroto com mudança na cor e textura da pele (pigmentação e pregueamento) e ocorre em média aos 12 anos (Marcelli & Braconnier 2005). Dá-se igualmente o desenvolvimento do pénis (aumento de tamanho, crescimento do canal peniano). A partir do desenvolvimento das gónadas, surgem as outras transformações corporais, havendo um aumento do tamanho, mudança na forma e composição do corpo (aumento da massa muscular, alargamento dos ombros), bem como o surgimento da pilosidade facial, axilar, a acne (caracteres sexuais secundários). O pico de crescimento corporal é por volta dos 14 anos (entre 7 a 12 centímetros), o qual é regulado pelo controlo hormonal, sendo independente do crescimento anterior. As pernas atingem primeiro o pico de crescimento, seguindo-se a largura do corpo e só depois, dos ombros. Os pés, mãos e cabeça, são as primeiras estruturas que atingem o estado adulto.

Contudo, existem grandes variações individuais quanto ao início e velocidade dos sinais pubertários, como por exemplo, o crescimento do pénis, podendo haver grandes diferenças no processo maturativo dos jovens entre os 13 e os 16 anos (Lightfoot, Cole & Cole, 2009). Isto significa, que os períodos de entrada, maturação e de finalização do processo pubertário podem ser muito díspares podendo haver grandes diferenças inter-individuais na mesma idade. Estes aspectos irão influenciar o mundo interno dos rapazes no que concerne às representações que têm de si, da sua imagem corporal, bem como as relações que estabelecem com os pares, com os adultos ou que os adultos estabelecem com eles. O crescimento do corpo terá impacto na forma como o jovem assume a sua virilidade perante os outros ou como se afirma nas actividades desportivas, tão importantes nas interacções entre rapazes. Nestas variações individuais existem dados genéticos de avanço ou de atraso e dados ambientais que as explicam: saúde, alimentação, exercício físico, nível socioeconómico são importantes na datação do início da puberdade (Braconnier & Marcelli 2000).

2. Impacto na vida do adolescente: próprio

Importa referir que mais importante que as transformações físicas resultantes do processo pubertário, são os efeitos que elas provocam nos sujeitos e seus contextos sociais, sobretudo família e na relação com os pares.

As marcadas alterações corporais influenciarão a imagem corporal concreta, não só a um nível real como também ao nível imaginário e simbólico, porventura, mais importantes na representação de si e da sua vivência subjectiva (Cordeiro, 1988). Por esta razão, “o corpo está no centro da maioria dos conflitos do adolescente” (Marcelli & Braconnier, 2005, pp.149), funcionando assim como referência espacial, representante simbólico, objecto de investimento narcísico essencial ao sentimento de coesão identitária. O modo de, “como é utilizado, valorizado ou desconhecido, amado ou detestado, [...] o corpo representa para o adolescente um meio de expressão simbólica dos seus conflitos e modelos relacionais” (Marcelli & Braconnier, 2005, pp.38). Neste período, o corpo assume-se como o meio de expressão social por excelência, estando por estas razões também ligado ao narcisismo.

Como referido anteriormente, o surgimento das alterações pubertárias e o ritmo a que estas ocorrem, rompe com o equilíbrio estabelecido na fase de latência, pelo que o jovem poderá ter dificuldades em assimilar e acomodar as novas alterações e portanto, tomar consciência delas, no seu Ego corporal. O corpo do púbere, mais do que um invólucro estático, assume-se de um dinamismo rico - um verdadeiro processo de metamorfose (Braconnier & Marcelli, 2000) – que exige ao jovem esforços internos de readaptação na delimitação dos contornos corporais, alteração da representação das fronteiras internas e externas, que conduzirá à redefinição do Ego corporal (Anzieu, 1995). Desta forma, a imagem corporal terá uma função de imagem estabilizadora e de envolvente protector. De acordo com Kestemberg, “a libidinização de todo o corpo é importante para a formação e persistência de uma imagem corporal positiva e de um sentido de *Self* “ (1980,pp.44, cit. por Vila-Real, 2004,pp.84). Se o jovem não conseguir realizar este processo, podem surgir as frequentes incertezas relativas à imagem do corpo que podem assinalar manifestações psicopatológicas como por exemplo, as dismorfofobias e os surtos hipocondríacos agudos. (Marcelli & Braconnier, 2005).

A libidinização do corpo conduz-nos a outro dado importante, pois a puberdade assinala o início do acesso da sexualidade adulta, que se pretende genital. Em “*Os Três*

Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” (1920), Freud refere que na puberdade, a pulsão sexual vai de agora em diante descobrir o objecto sexual no outro e as diversas zonas erógenas ditas parciais (oral, anal, uretral) irão subordinar-se ao primado da zona genital (órgão sexual). Nos rapazes, as primeiras ejaculações (consequentes habitualmente da masturbação), assumem-se como produtos genitais que se opõem aos prazeres preliminares ligados às zonas erógenas parciais anteriormente descritas. A experiência subjectiva que os rapazes retirarão dos actos masturbatórios será essencial na reestruturação psíquica, pois podem ser vividos com desagrado ou até repulsa (Sklansky, 1980).

Gostaríamos de concluir que a sexualidade inclui em si própria uma parte do agir, que necessita de uma elaboração mental e mobiliza o corpo e a sua imagem. Já referimos anteriormente a importância fulcral da definição da Identidade na adolescência. A pré-adolescência inicia esse trabalho de definição e a puberdade permite ao jovem começar a definir a sua identidade sexual. De acordo com Marcelli & Braconnier, uma organização estável da identidade, é “adquirida quando o indivíduo conseguiu identificar-se de maneira permanente nos seus objectivos, nas suas ambições, na sua sexualidade e nas suas relações com o outro sexo” (2005, pp.206).

a) Na dinâmica familiar

Num trabalho sobre pré-adolescência não podíamos deixar de falar sobre a família, particularmente acerca dos conflitos entre pais e filhos, tão comumente reconhecidos pela literatura, levando inclusive, Lighfoot, Cole & Cole (2009), apelidarem este período de “*storm and stress*”. Contudo, a pré-adolescência não tem de marcar obrigatoriamente um período de contendas. Estas, serão mais ou menos frequentes e intensas, consoante uma série de factores, desde as personalidades do jovem, seus pais, estilos parentais, até mesmo questões culturais (Feldman, 2006).

Dentro da perspectiva psicodinâmica, várias têm sido as explicações sobre a dinâmica conflitual que se estabelece. Freud (1920), a partir da Teoria da Sexualidade assinalou a importância da reactualização do conflito edipiano como resultado da excitabilidade sexual pubertária. Este conflito teria de ser resolvido mediante o luto das *imagos* parentais por parte do jovem. Mais recentemente, Blos estabelece que o conflito interpessoal entre pais e filhos, resultaria da conflitualização dos últimos com os objectos internos infantis, processo que

colmataria no gradual desinvestimento dos mesmos. Erikson (1972), por sua vez, sugere que o conflito resulta da luta do jovem em construir a sua identidade perante a opção de permanência da regressão e consequente difusão identitária. O jovem terá de afastar-se do núcleo familiar, procurando novos modelos identificatórios de forma a constituir uma personalidade sólida e autónoma.

Flemming (1997) refere que a aquisição da autonomia é uma das tarefas mais difíceis de realizar. O trabalho de autonomia engloba sentimentos contrastantes, a culpabilidade pode surgir devido à necessidade do jovem em afastar-se (abandonar) e do medo retaliatório que sente em ser abandonado, o que pode promover a oscilação entre ataques, agressividade, e movimentos de reparação. Isto vai no sentido da instabilidade emocional de que Malpique (2003) nos fala.

Verificámos anteriormente que a autonomia é conseguida mediante a individuação, pelo que o rapaz terá de se separar da mãe arcaica pré-genital de forma a individuar-se. Além disto, na pré-adolescência os conflitos com o pai tenderão a diminuir, uma vez que o pai é admirado como figura de identificação e concomitantemente, permitirá uma separação relativamente à mãe (Blos, 1985).

As capacidades cognitivas e o egocentrismo adolescente também têm sido identificados como potenciais causas de conflitos (Shave & Shave, 1989, cit. Vila-Real, 2004). Estes autores referem-se a uma necessidade de manter secretos os pensamentos e acções, aspectos que sugerem uma luta pela individuação.

Assim, o impacto psicológico das grandes transformações decorrentes do processo pubertário, modela a dinâmica familiar do jovem. Neste sentido, Youniss & Smollar (1985) verificaram algumas diferenças. Os rapazes tendiam a perceber o pai como alguém com quem podiam partilhar actividades recreativas e discutir assuntos práticos. Alguém de quem podiam esperar apoio material mas que em troca exige obediência e respeito. Por outro lado, tendiam a manter relações com a mãe de forma distanciada, e ainda que pudessem ser suas confidentes, de uma forma geral sentiam-nas como um pouco intrusivas.

b) Nos coetários

É actualmente consensual que os coetários assumem um papel fundamental na vida dos adolescentes (Feldman, 2006). A procura de autonomia em relação à família “empurra” o jovem a investir em novos objectos e, nesta fase, o grupo de pares assume-se como a sua referência. Se até esta fase, as amizades eram moldadas por características, que poderíamos designar, como mais superficiais (Lightfoot, Cole & Cole, 2009), agora, o jovem procurará relações pautadas pelo compromisso, reciprocidade, que lhes permitirão partilhar experiências, emoções e valores, aspectos que tenderão a ser mais procurados com o avanço do processo adolescente. Assim, o grupo de pares assume o suporte instrumental e emocional, tão importante na resolução das tarefas do desenvolvimento, nomeadamente, contribuindo para o estabelecimento da identidade (Gouveia-Pereira *et al.*, 2000). Neste sentido, Erikson (1956, cit. Por Vila-Real, 2004) assinala a importância no grupo de pares no movimento de não regressão a conflitos infantis.

O grupo de pares assume-se também como um teatro privilegiado de experimentação de papéis, de estratégias na exploração de problemas típicos desta fase, bem como a exploração da autonomia, longe do controlo exercido pelos adultos. Assim, a importância da aceitação e reconhecimento por parte dos pares é fundamental para a auto-estima dos jovens (Lightfoot, Cole & Cole, 2009).

Existem algumas particularidades nos rapazes no que concerne às amizades. No início da adolescência, os rapazes são mais ligados ao grupo na sua globalidade, com ligações pouco profundas e diferenciadas em que o mais importante são os interesses comuns. Nesta fase, o que é mais relevante é a afirmação pessoal através do que conseguem realizar (Erwin, 1998, cit. por Vila-Real, 2004). Nesta fase a afirmação de si faz-se, entre outros aspectos, mediante a utilização do corpo, através de maior agressividade, o que é sobretudo visível nas actividades lúdicas, algo que como já referimos, é de extrema importância para os rapazes. À medida que a idade vai avançando, as interações tornam-se cada vez mais complexas (Lightfoot, Cole & Cole, 2009).

PRÉ-ADOLESCÊNCIA E DIABETES

A adolescência e as doenças crônicas, nomeadamente a Diabetes *Mellitus* Tipo 1, pelas exigências que impõem não se coadunam (Dovey-Pearce, *et al.*, 2007; Marcelli & Braconnier 2005). Se na infância a doença crônica diz respeito e até amplifica as necessidades psicológicas inerentes ao desenvolvimento psico-afectivo, uma vez que reforça os laços de dependência entre pais e filhos (particularmente a mãe) (Delamater, 2009), na adolescência não se verifica a mesma tendência. Pode mesmo afirmar-se que na adolescência a doença crônica é contrária às exigências desta etapa do desenvolvimento (Marcelli & Braconnier, 2005). Perante a sua “relação antagónica”, estes autores consideram que há três eixos centrais nos quais os jovens sentirão dificuldades:

- O adolescente tem de apropriar-se de um corpo que até então era “propriedade” dos pais (em particular da mãe) e deve investir esse corpo com as suas falhas, reconhecendo-as como suas;
- A conquista de autonomia é dificultada pelas exigências que a doença implica, sobretudo devido aos laços de dependência previamente estabelecidos na infância;
- Os comportamentos e tentativas de exploração são também limitados devido ao impacto das características da doença.

Assim, concordamos com Marcelli & Braconnier (2005) que consideram a doença crônica como um “verdadeiro ataque ao processo pubertário”. Recordando o processo do desenvolvimento da identidade e a necessidade de maior autonomia, a possibilidade de regressão do adolescente doente é significativa, especialmente se pensarmos na relação de dependência que foi estabelecida com os pais (Marcelli & Braconnier, 2005; A. Freud, 1952). A doença assume-se assim como um obstáculo. Este será ultrapassado mediante a forma de como os pais integraram a doença no dinamismo familiar e os seus próprios fantasmas (fantasias de morte, sentimentos de culpabilidade por ter um filho doente, sentimento de injustiça. Do casal parental, a mãe assume um papel importante; a literatura retrata com frequência uma grande proximidade entre a mãe o filho adolescente (Marcelli & Braconnier, 2005; A.Freud, 1952). As suas atitudes e controlo excessivo não permitirão ao jovem uma progressiva separação – o luto das *imagos* parentais, neste caso, da mãe arcaica pré-genital, vai ser mais difícil de ser elaborado. Quando pensamos nos tratamentos que a diabetes exige, são sobretudo tratamentos que exigem grande contacto corporal, logo os benefícios

secundários de ser cuidado são muito tentadores (A. Freud, 1952), promovendo a dependência – o próprio tratamento da doença assume-se como obstáculo ao sentimento de privacidade em relação ao corpo. A dessexualização que deve ser feita em relação às *imagos* parentais e a sexualização do seu próprio corpo vão assumir-se então como uma tarefa difícil, sobretudo para o rapaz que tem de se separar da mãe arcaica pré-genital (Blos, 1967, 1985).

O adolescente doente terá que renunciar ao vínculo edipiano, mas também a necessidade de renunciar ao privilégio do vínculo de cuidados regressivos e aos benefícios que este acarreta. Há, portanto, uma dupla dificuldade.

Não podemos deixar de reflectir sobre o impacto que a diabetes tipo 1 tem no narcisismo do jovem. Nesta fase, como referimos anteriormente, o narcisismo e o corpo mantêm uma relação muito estreita. Nomeadamente, na pré-adolescência em que as alterações pubertárias irrompem e mudam a forma como o jovem olha para o seu corpo e a representação que faz dele. De acordo com Marcelli & Braconnier “aceitar a doença é, para o adolescente, investir com líbido um corpo com falhas sem que o núcleo narcísico esteja doente” (2005, p. 518). O investimento narcísico que o jovem terá que fazer representa uma apropriação do seu corpo e para tal tem que o reclamar na relação com os pais, que até então eram os “proprietários” do corpo do filho. Compreende-se, portanto, que esta tarefa para o pré-adolescente diabético possa ser mais conflituosa e difícil.

No dinamismo psíquico do jovem estabelecido em torno da doença podem surgir sentimentos de ódio pela doença ou pelo corpo que é visto como danificado. A diabetes tipo 1 assume-se como uma doença que não afecta uma parte particular do corpo, pelo menos que seja visível. Mas é uma doença cujo tratamento é muito agressivo sobre o corpo, tornando-se mais difícil ao jovem inscrever a representação do corpo doente. Para o jovem integrar uma imagem de si unificada, sem falha, os investimentos libidinais terão que ser capazes de neutralizar os agressivos. Daí resultará o equilíbrio narcísico.

Quando o corpo é investido por uma carga odiosa, por forma a preservar o mínimo de investimento narcísico da imagem de si, o jovem terá que fazer uma clivagem. Desta poderá resultar uma imagem grandiosa e idealizada de si ou uma imagem desvalorizada, mantida à parte e suprimida. Segundo Marcelli & Braconnier (2005) este mecanismo de defesa seria o responsável pelas perturbações da auto-estima. Detectamos deste logo o perigo que a clivagem pode criar, pois uma imagem grandiosa de si pode ser sinónimo de negligência dos

cuidados que a doença exige. Por outro lado, a perturbação do humor afectará também as esferas da vida do jovem e pensamos que, um baixo nível de motivação também não favorece o tratamento que terá que realizar. As fantasias e fantasmas relativos à morte que o jovem pode criar, bem como os receios ligados ao tratamento (tão agressivo nas suas modalidades na diabetes tipo 1) podem dificultar a integração da representação do corpo doente numa imagem de si unificada, logo, a continuidade narcísica será comprometida. O trabalho de reestruturação do Ego corporal tão importante nesta fase do desenvolvimento será mais difícil.

A formação ou acentuação da ferida narcísica, deixando assim o adolescente mais vulnerável, pode levar ao surgimento de outros problemas adicionais à doença, nomeadamente, depressão, isolamento social, sentimentos de baixa auto-eficácia e auto-conceito, problemas alimentares (Dovey-Pearce, 2007). E assim, quase inevitavelmente, será criado um ciclo vicioso pois, se por um lado os níveis de motivação necessários para a regulação da doença (e.g. Ott *et. al*, 2000), por outro o agravamento/descontrolo da doença pode exacerbar ainda mais estes problemas.

Não poderíamos deixar de referir o impacto que a doença crónica tem na relação com os pares. Apesar da diabetes não provocar, necessariamente, alterações ao nível das transformações pubertárias produzindo diferenças claramente visíveis, o cerne está, quer no modo de como os pais facilitam ou não estas relações, quer como o jovem se sente nelas. Como já referimos, na adolescência a negociação da autonomia é um “campo de batalha” entre pais e filhos. No caso dos adolescentes com diabetes esta dificuldade será acrescida, uma vez que o controlo parental tende a ser mais exacerbado (fruto das relações de grande dependência estabelecidas na infância) e pelo perigo da doença, uma vez que os comportamentos típicos da doença podem pôr em causa a integridade física, em situações tão simples como uma ida a um restaurante. Dovey-Pearce *et al.* (2007) focam também a possibilidade do jovem se sentir inferiorizado em relação aos outros pelo facto destes não terem uma doença que lhe veda a possibilidade de assumir comportamento de experimentação necessários a esta fase. Contudo, neste estudo os jovens que participaram não referiram grandes alterações nas relações com os pares, mas sim ao nível do corpo e na relação que com ele estabelecem.

Gostaríamos de concluir que, apesar das complicações e limitações que a diabetes acarreta, dificultando o processo adolescente e a transição para a fase adulta, isto não implica que esta não possa ser realizada. Contudo, a literatura aponta para a necessidade de haver um

reajustamento familiar e intrapessoal, pelo que o essencial passa pelo estabelecimento de uma relação colaborativa (Dashiff *et.al*, 2008; Hoey, 2009; Butner *et al.*, 2009) entre todos os intervenientes. O psicólogo clínico assumirá um papel importante na facilitação deste reajustamento.

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo às características da Diabetes *Mellitus* Tipo I e às questões ligadas à problemática da imagem corporal que começa a ganhar maior expressão durante a pré-adolescência, devido ao advento da puberdade, colocámos o seguinte problema: Constituindo-se como ameaça permanente ao funcionamento vital, a diabetes provoca um estado de angústia latente que será fixada a uma imagem do corpo perturbada, doente, com falhas, o que, conseqüentemente, poderá colocar em causa o sentimento de continuidade narcísica. Desta forma coloca-se uma questão: Será a expressão de angústia mais intensa nos pré-adolescentes que sofrem com Diabetes *Mellitus* Tipo I, quando comparados com pré-adolescentes que não têm esta doença, e que as suas fragilidades contribuem para dificuldades ao nível da representação de si?

MÉTODO

I. MODELO DO ESTUDO

Tendo em conta a problemática que se pretende estudar, o papel que a Diabetes *Mellitus* Tipo 1 tem na pré-adolescência, ao nível da representação de si e das relações, nomeadamente o impacto que pode ter no segundo processo de separação (Blos, 1967) enquanto tarefa do desenvolvimento essencial neste momento, tonou-se necessário a utilização de um grupo de controlo com pré-adolescentes sem doença crónica, tratando-se de um estudo comparativo. Assim, através do estudo de protocolos Rorschach, pretende-se a compreensão e conhecimento mais profundo do funcionamento psicológico dos pré-adolescentes desta amostra. Optámos pela prova projectiva Rorschach (1947) pelo facto de se constituir como meio privilegiado de acesso aos processos mentais, na medida em que há um envolvimento na natureza do sujeito, da representação de Si e do Outro (Marques, 2001).

II. PARTICIPANTES

Os pré-adolescentes que participaram neste estudo têm idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos e são todos do sexo masculino. Na medida em que se trata de um estudo comparativo, a nossa amostra divide-se em dois grupos. Desta forma, no grupo dito de “controlo”, o critério de inclusão foi a não existência de doenças crónicas (ver anexos A, B e C), enquanto que no grupo “experimental” o facto de terem diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo 1 constituiu-se como critério de inclusão (ver anexos D, E e F). Para além disto, o diagnóstico de diabetes teria que ter sido feito há pelo menos 12/18 meses.

III. INSTRUMENTO, PROVA RORSCHACH

A prova Rorschach, desenvolvida em 1921 pelo psiquiatra suíço Herman Rorschach, é constituída por dez cartões, que no seu conjunto permite o estabelecimento de um diagnóstico psicológico da personalidade – normal ou patológica – e é aplicável a crianças, adolescentes e adultos. Os inúmeros contributos realizados pela Escola Francesa (e.g. Chabert, 2000, 2003; Rausch de Traubenberg, 1975; Beizmann, 1966), entre outros, levaram a sistematizações que concederam a este teste características e fundamentos teóricos psicanalíticos estáveis.

Assim, o Rorschach, como Anzieu refere, “é precioso quanto à determinação das imagens do corpo, das fronteiras do Ego, dos envelopes psíquicos [Pelo que] não só apreende a delicadeza, a flexibilidade ou a rigidez da adaptação de uma pessoa, como põe à prova as suas capacidades criadoras que consistem em mobilizar regressivamente em si a fontes profundas capazes de inventar soluções, face a situações perigosamente problemáticas.” (Anzieu, in *prefácio* Chabert, 2003, p.21). O sujeito terá assim que ultrapassar uma situação de tensão, “situação catastrófica” (Marques, 2001), de caos psíquico, induzido pela confrontação com as manchas, o qual terá que ultrapassar, mediante um trabalho de (re)estabelecimento de um novo equilíbrio, de coerência interna, pensando a experiência a que foi exposto, o que se manifesta através da criação de símbolos dotados de características internas significativas – objectos internos.

Da apreensão da mancha, os movimentos perceptivos e projectivos que vão possibilitar ao sujeito dar significado à mancha e a comunicação deste novo significado, resulta o processo-resposta-Rorschach. Este possibilita-nos compreender a forma como o sujeito se organiza face à realidade interna e externa.

O material

A prova projectiva Rorschach é constituída por 10 cartões, cada um com uma mancha de tinta de cores, cromáticas (vermelho e pastel) e acromáticas (branco, preto e cinzento), que se organiza em torno de um eixo central mais ou menos manifesto.

De acordo com Chabert (2003), os cartões podem ser organizados em duas dimensões tendo em conta a sua constituição e a presença dos elementos cromáticos e acromáticos. A primeira corresponde à dimensão estrutural, na qual os cartões podem diferenciar-se pelo carácter inteiro e coeso, unilateral, ou numa configuração dupla e por isso bilateral. Nos cartões unilaterais a solicitação inscreve-se na imagem do corpo organizado simetricamente em torno do eixo (I, IV, V, VI e IX), os bilaterais reenviam para a representação das relações (II, III, VII e VIII). É também possível reagrupar os cartões de acordo com o seu carácter formal, aberto (I, II, III, VII, VIII, IX e X) ou fechado (I, IV, V e VI).

Relativamente à presença de elementos cromáticos e acromáticos, os cartões podem ser agrupados de acordo com a dimensão sensorial, na qual há cartões cinzento-escuros (I, IV,

V e VI), cinzentos (VII), negros-branco-velhos (II e III) e pastel (VIII, IX, X). As diferentes tonalidades têm, naturalmente, conotações simbólicas distintas (Chabert, 2003; Rausch de Traubenberg, 1975; Rausch de Traubenberg e Boizou, 1999). Assim, os cartões cinzento-escuros ou com contraste branco tendem a provocar manifestações de inquietação, ansiedade ou angústia mais ou menos intensas. Os cartões em que é introduzida a cor vermelha propiciam a reactivação de movimentos pulsionais pela solicitação de afectos “brutos”, remetendo para a sexualidade e/ou agressividade, enquanto que os cartões pastel, pela tonalidade pálida e filtrada, induzem à evocação de afectos. O cartão VII destaca-se pela sua organização espacial particular e cor, em que o cinzento-claro esbatido e a participação do branco ao atenuar o contraste e o contorno permite uma interpretação diferente do “dentro/fora” (Chabert, 2003).

Elementos de cotação

As respostas Rorschach, que compõem o discurso do sujeito, são cotadas em função “do modo de apreensão, do determinante e do conteúdo para uma sistematização dos dados; cada factor é estudado na perspectiva dinâmica da sua pluralidade de sentido e da sua interacção com outros factores” (Chabert 2003, p. 25).

Os modos de apreensão constituem-se como o suporte dos mecanismos de defesa que o sujeito utiliza na abordagem do mundo externo e interno, pelo que a diversidade das imagens evocadas podem traduzir um “domínio globalizante, invasão pelo objecto, barreiras estanques, recorte, divisão, clivagem, fragmentação...”(Chabert, 2003, pp. 25). Contudo, não devemos negligenciar os determinantes e conteúdos que lhes estão associados, visto que é a partir da sua análise que se torna evidente a existência ou não de limites entre o dentro e o fora e a constituição de um envelope mental – “*Moi-peau*” (Anzieu, 1974, 1981, cit. por Chabert, 2003) –, enquanto superfície de encontro e de troca entre o sujeito e o seu meio. No fundo, os modos de apreensão dão-nos conta da forma como o sujeito se situa, se vive e se relaciona com a realidade, mais, como se relaciona com os objectos da realidade externa.

Os determinantes referem-se às características da mancha que determinam a localização da resposta e podem ser interpretados de acordo com os princípios da realidade – eixo mais perceptivo (determinantes formais, cores e esbatimento) – e do prazer – eixo mais projectivo (cinestésias e respostas claro-escuro) –, estando sempre presentes a percepção e a

projectão, visto que a resposta Rorschach é o produto do encontro destes dois “elementos”, ainda que em níveis diferentes. Sucintamente, as respostas formais testam a relação do sujeito com a realidade, a sua eficácia, dando-nos conta da qualidade da ligação e adaptação à mesma. As reacções sensoriais (cor e esbatimento) reenviam para uma dimensão emocional afectiva, para a sensibilidade do sujeito e capacidade, ou não, de contenção e ainda elaboração. Por seu lado, as respostas claro-oscuro e cinestésicas introduzem uma importante dimensão projectiva. As primeiras, mais associadas à manifestação de angústia, as segundas, pela introdução de movimento a uma forma que não o tem, são extremamente importantes, quer pela projecção e respectiva qualidade, quer pela representação de si, identidade e identificação, e da relação, particularmente no caso das grandes cinestésias.

Os conteúdos pela sua variabilidade tendem a ser agrupados pelas suas principais características e percorrem uma gama variadíssima, que vai do real ao irreal, do colectivo ao individual (Rausch de Traubenbeg e Boizou, 1999). Os conteúdos humanos e animais dão-nos importantes informações acerca do sujeito e do seu funcionamento. Os conteúdos humanos, entre outros factores, informam-nos acerca da representação de si e do outro, bem como da capacidade de socialização em profundidade. Os conteúdos animais são também importantíssimos, nomeadamente ao nível do estudo da socialização, da adaptação e estabelecimento da relação, e ainda acerca da identidade subjectiva.

Assim, torna-se necessário proceder à recapitulação dos dados quantitativos elaborando um psicograma, que vai permitir a comparação com valores normativos, dando-nos indicação acerca dos traços salientes. É ainda possível (e necessário) elaborar um estudo dinâmico dos diferentes elementos, relacionando-os (Rausch de Traubenberg, 1975), promovendo a compreensão de alguns aspectos do funcionamento psicológico do sujeito, como, a inserção na realidade, capacidade de controlo, organização rígida ou lábil, elaboração dos afectos, entre outros. Portanto, é da confrontação destes dados quantitativos e dos elementos qualitativos que resulta a compreensão do “pulsar” do funcionamento do sujeito.

Cartões, solicitação simbólica

Os cartões Rorschach podem ainda ser analisados a partir da tonalidade emocional evocada e “solicitação simbólica latente privilegiada”. Chabert (2003) apresenta-nos um breve

resumo das conclusões a que Rausch de Traubenberg chegou através dos trabalhos que realizou entre 1970 e 1990:

No cartão I a tonalidade emocional tende a ser disfórica ou neutra, podendo ser camuflado por respostas banais. A solicitação fortemente conotada pelo facto de se apresentar como primeiro contacto com o estímulo, induzindo o sujeito a adoptar uma atitude passiva, por vezes dependente, ou activa mobilizando os seus mecanismos de defesa. A um nível menos evoluído, pode reactivar a relação com a mãe pré-genital nos seus aspectos positivos e/ou negativos através de imagens de segurança ou de ameaça.

O cartão II, geralmente vivenciado no sentido de um simples mal-estar, de uma excitação positiva ou de uma reacção negativa, devido à introdução das tonalidades negro + vermelho + branco, pode conduzir a solicitações simbólicas é variáveis. O vermelho pode reflectir as diferentes pulsões agressivas de nível evoluído, edipiano (luta ou competição), ou primário, pré-edipiano (explosão ou dispersão). A problemática de castração tende aqui a ser mais frequente. Este cartão, bissexuado nas suas formas, pode desencadear respostas específicas. Apreendido globalmente pode dar lugar a fantasmas que reenviam a uma problemática pré-genital de nascimento, da relação precoce com a mãe, simbiótica e/ou destrutiva nas suas modalidades.

Já no cartão III, a tonalidade emocional é geralmente positiva, podendo ser evocado o prazer, excepto, quando a relação das personagens é problemática, ou pertencem a um mundo irreal maléfico, ou ainda quando são desvitalizadas. A solicitação simbólica impõe-se pela disposição espacial das silhuetas humanas. Daqui resulta a necessidade de representação de si face ao outro e o tipo de relação convergente ou divergente que podem ser expressos. A problemática da identificação é evidente. Na posição inversa (V) a imagem humana reenvia para o irreal poderoso e ameaçador. O vermelho mediano pode remeter para o interior do corpo.

No cartão IV, pela intensidade dos negros e a sua dispersão, a tonalidade emocional é quase sempre disfórica, provocando reacções de angústia ou grande desconforto e mal-estar. A configuração deste cartão apela a uma imagem de potência, de força, de dominação e autoridade, podendo despertar tomadas de posição, quer de dominação, quer de submissão, sendo considerado que o papel supergóico pode ser o de uma imagem paterna, exceptuando quando surge um quadro de uma importante relação a dois, imagem materna onnipotente.

O cartão V tende a ser vivenciado de forma neutra. Ainda assim, pode observar-se uma vivência, disfórica quando há persistência da reacção ansiosa do cartão IV, eufórica se há valorização narcísica, ou alívio, no reconhecimento de uma realidade objectiva. Este cartão impele, por um lado, à força de adaptação à realidade objectiva e, por outro, ao sentimento de integridade, à unidade e integridade do Ego.

À semelhança do cartão IV, o VI é normalmente vivenciado de forma negativa, pelo que é referenciado com frequência nas escolhas negativas e mesmo recusado espontaneamente. É um cartão carregado de implicações sexuais e é bissexuado. Ainda assim é a dimensão fálica que é utilizada mais vezes. A dinâmica actividade/passividade ou uma problemática de castração podem ser expressas através do jogo de imagens em movimento (K, cinestesia) ou passivas (E, esbatimento), independentemente das representações sexuais simbólicas ou não.

O cartão VII, pelo seu carácter “inacabado” e “desarticulado”, instável e até em desequilíbrio, pode provocar reacções neutras ou francamente negativas. A sua solicitação é claramente materna/feminina, impelindo a que o sujeito se situe em relação ao sexo feminino, quer à imagem feminina, quer à imagem materna, de acordo com a relação primitiva com a sua mãe.

Com o cartão VIII é introduzido um novo estímulo, as cores pastel. A tonalidade emocional tende a surgir sob a forma de reacções positivas, sendo apenas disfórica enquanto corolário do interior do corpo ou de corpo deformado. A presença das cores pastel é considerada como solicitação à afectividade, à comunicação e por isso à troca.

A reacção ao cartão IX é variável. Esta ocorre em função da aceitação ou resistência ao simbolismo do mesmo, a regressão. As posições regressivas perante este cartão podem ser vividas de forma positiva ou negativa, reenviando sempre para um simbolismo materno pré-genital, e que pode estar ou não associado aos fantasmas de gravidez ou nascimento.

O cartão X é o último cartão, podendo ser vivenciado como alívio ou ferida, mas é também caracterizado pela dispersão, o que pode facilitar ou bloquear as associações. Enquanto “cartão de transferência”, a solicitação varia conforme a contração é feita nas cores, na dispersão ou na importância do espaço branco. Este, é um cartão que permite uma exploração lúdica mediante o reconhecimento de um mundo objectivo familiar ou através do

recurso a um imaginário mais criativo. A centração na dispersão pode reenviar directamente para a angústia de fragmentação.

Eixos interpretativos

Como referido anteriormente, para compreendermos o funcionamento do sujeito não basta realizar a análise dos elementos quantitativos do psicograma. Pelos inúmeros caminhos que podem ser tomados em termos de análise qualitativa, tendo em conta o nosso problema de investigação, o impacto da diabetes tipo 1 na pré-adolescência, pareceu-nos que faria todo o sentido seguirmos os eixos interpretativos propostos por Chabert (2003).

A prova Rorschach, devido à sua configuração, sobre a qual já nos debruçamos brevemente, permite uma centração no que reenvia para a representação de si e das relações. Neste sentido, Chabert (2003) propõe que a análise qualitativa dos cartões seja feita mediante dois eixos, o da representação de si e o da representação das relações. Se no primeiro eixo, que reenvia para noção de identidade, é dada importância aos elementos que permitem a diferenciação entre o sujeito e o outro e a diferenciação sexual, no segundo, há uma maior evidência sobre a natureza da relação que permite aceder ao registo conflitual e ao nível do desenvolvimento libidinal.

A representação de si, logo a representação da imagem que o sujeito tem do seu corpo, expressa-se mais facilmente nos cartões ditos unitários e compactos (I, IV, V e VI) devido à sua construção simétrica em torno de um eixo vertical sugestivo do esquema corporal. Nestes cartões são colocadas em causa as capacidades do sujeito em projectar uma imagem corporal de si íntegra, condição necessária aos processos de individuação da identidade. Neste sentido, é também testada a capacidade do sujeito construir limites, dentro/fora, interno/externo, sujeito/objecto, movimento solicitado pelo contraste figura/fundo e ainda o reconhecimento da sua existência enquanto ser humano – identificação.

Por sua vez, a representação das relações implica que o sujeito seja capaz de representar uma imagem de si íntegra e de a colocar em relação com o Outro. Em certos cartões as solicitações fantasmáticas estão ligadas às *imagos* parentais (I, IV, VI e VII) e suas modalidades relacionais. Também é possível aceder às relações de objecto nos cartões bilaterais (II, III e VII), vermelhos (II e III) e pastel (VIII, IX, X). Enquanto que, a análise dos

cartões bilaterais irá permitir aceder ao tipo de relações “nas suas modalidades narcísicas ou objectais, agressivas e/ou libidinais”, nos cartões com cor “a presença efectiva, quase objectiva, de solicitações emocionais, afetivas ou pulsionais, pode ser ligada a experiências de contacto com o mundo e ambiente humano que o rodeiam” (Chabert, 2003, p.87).

IV. PROCEDIMENTOS

Os protocolos Rorschach dos pré-adolescentes sem diabetes foram colhidos em contexto escolar, na área da Grande Lisboa, enquanto que a recolha dos protocolos das pré-adolescentes com diabetes ocorreram na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), antes ou após as consultas médicas, conforme fosse mais oportuno. Optámos pela APDP por se tratar de uma instituição de referência nos cuidados de saúde nesta área, mas também pela facilidade de acesso a estes jovens e respectivas famílias.

Decidimos por recolher os protocolos nestes contextos por serem locais familiares para os adolescentes. Para este efeito, em ambos os locais, foram-nos disponibilizadas salas/gabinetes, proporcionando as condições necessárias à criação de um espaço neutro e contentor e em que puderam ser assegurados o anonimato e confidencialidade das respostas. Os horários das colheitas foram variáveis e de acordo com a disponibilidade de cada um. De um modo geral, pais e jovens mostraram-se colaborantes.

Foi realizada apenas uma sessão com cada pré-adolescente com duração variável. A fim de minimizar possíveis enviesamentos, as recolhas foram realizadas por dois finalistas de psicologia, um do sexo feminino e outro masculino. Antes da aplicação da prova Rorschach, procurou sempre criar-se um espaço contentor, pelo que os primeiros minutos de cada sessão consistiram em manter um breve diálogo com os pré-adolescentes.

Procedimentos da Análise de Resultados

No que concerne à análise dos resultados obtidos a partir dos protocolos Rorschach, começámos por proceder à cotação dos mesmos com auxílio do manual *Livret de Cotation des Formes dans le Rorschach*, de Cécile Beizmann (1966). De seguida, na análise quantitativa dos psicograma foram utilizados os manuais de Chabert (2000,2003), Rausch de

Traubenberg (1975) e Rausch de Traubenberg e Boizou (1999), e quanto às análises qualitativas, recorreremos aos manuais acima referidos, particularmente de Chabert (2000, 2003), focando-nos nos eixos interpretativos propostos por esta autora, nomeadamente a representação de si, e conseqüente imagem corporal, e ainda a representação do outro, da relação.

Apesar de terem surgido protocolos nos rapazes com diabetes com manifestações características da linha psicopatológica, decidimos não os excluir na medida em que as recolhas foram feitas de forma aleatória.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A. ANÁLISE QUANTITATIVA, TRAÇOS SALIENTES

Para efeitos da análise quantitativa dos protocolos, através dos psicogramas, pareceu-nos mais conveniente organizar quadros com os dados, tornando mais fácil a comparação por idades entre pré-adolescentes com e sem diabetes (ver anexos G, H e I)

Pré-adolescentes sem Diabetes

i. Produtividade e Tempo

Da análise dos psicogramas verifica-se que nos pré-adolescentes a produtividade, aos 12, 13 e 14 anos, encontra-se dentro dos valores normativos, tal como o recurso às banalidades, o que nos pode dar indicação de uma participação no pensamento social e colectivo adequado e portanto de um contacto adequado com a realidade externa (Chabert, 2003). Aos 14 anos não há ocorrência de recusas. Aos 12 há um rapaz que faz uma recusa (protocolo 6: cartão IV) e aos 13 anos há um protocolo com recusas (protocolo 12: cartões VI e VIII). A recusa do cartão VIII aos 13 anos pode ser sugestiva de uma tentativa de controlar a regressão latente aos cartões pastel.

Ao longo das idades em estudo, verifica-se ainda que os tempos, total e por resposta, apesar de algumas ligeiras oscilações, encontram-se abaixo do esperado. Contudo, esta tendência vai no sentido dos resultados de um estudo realizado por Soares 2 Marques (2007). No que concerne aos tempos de latência, estes são ligeiramente mais elevados que os valores normativos, o que pode denotar uma necessidade de um espaço de tempo para organização do pensamento.

ii. Modos de Apreensão e Determinantes

No que respeita ao tipo de apreensão, há praticamente uma exclusividade no recurso a G e D. Contudo, ressalte-se que aos 14 anos há 2 protocolos nos quais os pré-adolescentes incluíram o branco nas apreensões em G (protocolos 16 e 18). Parece-nos também relevante referir que, apesar de surgirem algumas diferenças no modo de apreensão preferido, num

plano geral, estas não são muito significativas. Além disto, se tivermos conta as percentagens F% e F+% e ainda F%a e F+%a, podemos considerar que, nesta amostra, os pré-adolescentes partilham uma abordagem da realidade social adequada e capacidade de delimitação (Chabert, 2003). Por exemplo, aos 13 anos há uma clara tendência para a utilização dos determinantes cor, mas estes surgem associados a formas definidas.

iii. Conteúdos

No que concerne aos conteúdos, aos 12 e 13 anos há predominância da utilização de animais, encontrando-se acima dos valores normativos (> 60%). Num plano geral, o recurso a figuras humanas encontra-se abaixo dos valores normativos em todas as idades, com particular destaque aos 14 anos, em que só há uma resposta de parte humana (Hd). Tais dados, podem dar conta ainda de uma imaturidade, necessitando de recorrer a figuras animais para expor ou elaborar possíveis conflitos, procedimento comum nestas idades. Queremos ainda referir que, nos protocolos dos pré-adolescentes de 14 anos, os animais começam a surgir menos vezes e há maior variabilidade de conteúdos. Contudo, apesar desta aparente procura de distanciamento ao corpo e ao impulso, acabam por evocar elementos regressivos, como conteúdos de botânica, geologia, arquitetura e elementos da natureza, como a água.

iv. Dinâmica afectiva: TRI, FC, RC%, IA%, H% e A%

Relativamente ao Tipo de Ressonância Íntima (TRI), à excepção de dois protocolos (6 e 16), parece haver um padrão: TRI do tipo extratensivo, dos quais 2 são puros e 2 mistos. Apesar deste de tipo de ressonância estar associado a dificuldades de contenção dos afectos, instabilidade e excitabilidade, o estudo da frequência e qualidade formal indica-nos que a expressão destes afectos apresenta limites e por isso capacidade de contenção. A Fórmula Complementar (FC), na qual há uma quase inexpressividade dos dois pólos, na maioria dos protocolos, vai no sentido oposto à TRI, o que pode ser indicador de possível conflito.

Os protocolos 6 e 16 correspondem a uma TRI do tipo coartativo e coartado puro, respectivamente, o que tende a ser associado com bloqueios ou expressão de uma pobreza real. Com efeito, se tivermos em conta o elevado tempo de latência, número de manipulações e IA% (7,7% e 33,3% (com inclusão de Ad), respectivamente), dão-nos conta de uma elevada ansiedade que na situação-Rorschach pode ter levado ao investimento no polo perceptivo.

Quanto à Reactividade à Cor (RC%) aos 13 anos verifica-se um aumento da mesma em comparação às restantes idades.

Relativamente aos conteúdos animais e humanos, verifica-se que a utilização de figuras humanas começa a ter uma presença mais significativa a partir dos 13 anos, no entanto, a preferência pelos conteúdos animais é nítida em todos os protocolos. Da análise do bestiário destaca-se o uso de animais, ora frágeis (ex. “borboleta”, “coelhos” e “ovelhas”), ora que reenviam para a potência (ex. “touros”, “veados”, “lobo”). De uma forma geral, estes conteúdos são percebidos com limites definidos. Também as figuras humanas tendem a surgir com limites definidos e diferenciados sexualmente, havendo identificações com o mesmo sexo (ex. “homens”, “escravos”) e do sexo oposto (ex. “raparigas”). Ainda assim em todas as idades surgem conteúdos de indiferenciação sexual.

O Índice de Angústia (IA%) tem um valor nulo aos 13 anos, pouco expressivo aos 12 e mais acentuado aos 14 anos, particularmente quando há integração dos Ad na fórmula (protocolo 16: 33,3% e protocolo 18: 14, 3%).

Pré-adolescentes com Diabetes Mellitus 1

i. Produtividade e Tempo

Nos protocolos dos pré-adolescentes com diabetes há uma grande heterogeneidade ao nível da produtividade, por exemplo, entre as 6 e as 63 respostas. Os tempos, total, latência e por resposta, por comparação aos jovens sem diabetes, são superiores em todas as idades. Relativamente às banalidades tendem a ser cerca de duas por protocolo, o que em alguns casos é muito baixo (ex. protocolo 4D em que para 16 respostas há apenas uma banalidade ou o protocolo 16D em que há duas banalidades para 38 respostas). Há poucas recusas e concentram-se em particular nos protocolos com menor número de respostas, aos 12 anos houve um rapaz que recusou 4 cartões (protocolo 5D: cartões III, IV VI e IX), aos 13 aconteceu o mesmo (protocolo 2D: cartões I, IV, VI e IX) e aos 14 anos há apenas uma recusa (protocolo 18D: cartão IX).

ii. Modos de Apreensão e Determinantes

No que respeita ao tipo de apreensão este tem maior preponderância em G e, particularmente, em D. Aos 12 e 14 anos houve também o uso de outros modos de apreensão, como os detalhes oligofrénicos/inibitórios (Do) e G sincréticos (confabulado, contaminado e informulado), que podem estar relacionados com maior dificuldade em projectar uma representação de si coesa e com limites, mas também Dbl, que remete para a sensibilidade à falta, à falha, e Dd, utilizados de forma arbitrária e podem ser reflexo de uma tentativa de controlo, de contenção, que falha. É de salientar que aos 12 e 14 anos as respostas em Dbl dão-nos indicação de que a falta, a falha, é perturbadora. A abordagem do percepto em D é muito elevada ao longo das três idades, ultrapassando os valores normativos (60%).

Relativamente aos determinantes formais, destaca-se que a frequência da sua expressão encontra-se dentro dos valores normativos em todas as idades, mas a sua qualidade tende a ser reduzida (< 50%). Juntamente com a análise da relação entre o F%a e o F+%a, verificamos que apesar da elevação do primeiro, a intensidade da dinâmica projectiva e angústia, por vezes franca nestes pré-adolescentes, não é contida pela utilização da dimensão formal. Os únicos protocolos em que se observa uma percentagem adequada de F+%a, 2D e 5D, correspondem a situações em que o número de respostas foi muito reduzido, 6 e 8, respectivamente, o que por si só é revelador de angústia. Aliás, o índice de angústia do protocolo 2D tem um valor de 66,7%, sendo o mais elevado de todos os protocolos.

Entre os restantes determinantes destaca-se a sensibilidade aos elementos sensoriais aos 12 e 14 anos. Verifica-se ainda um aumento significativo das cinestésias, grandes e pequenas, aos 14 anos, destacando-se daqueles que não têm diabetes. O elevado recurso a cinestésias variadas aos 14 anos parece dar-nos conta de uma actividade projectiva intensa, nem sempre contida, o que pode ser observado pelo estudo das percentagens F+% e F+%a. Aliás, nesta idade, verificamos que a presença de kob, assinalada pela literatura (Chabert, 2003) como elemento que traduz um dinamismo interno conflitual, está presente nos três protocolos de 14 anos com maior intensidade. Estes elementos parecem assinalar que nesta idade a angústia destes pré-adolescentes é mais elevada, o que vai ao encontro do aumento do número de respostas (protocolo 12D com 63 respostas e o 16D com 38), o índice de angústia elevado (protocolo 12D: 32% com Ad; protocolo 16D: 26% com Ad; protocolo 18D: 18,2% com Ad). Também nos pré-adolescente sem diabetes aos 14 anos o índice de angústia é mais

elevado, mas com manifestações menos francas em comparação com os que têm diabetes. Portanto, a diabetes parece amplificar a angústia que é habitual nestas idades.

iii. Conteúdos

No que concerne aos conteúdos, há uma predominância da utilização de animais em todas as idades e as figuras humanas tendem a estar abaixo dos valores normativos. Contudo, nos pré-adolescentes com diabetes parece haver maior dificuldade em perceber figuras animais e humanas inteiras, pelo que a frequência de Ad e Hd é superior nesta amostra, quando comparados aos que não têm diabetes, o que parece ser indicador de uma forte angústia corporal. Aos 12 e 14 anos os conteúdos são mais variados.

iv. Dinâmica afectiva: TRI, FC, RC%, IA%, H% e A%

O Tipo de Ressonância Íntima (TRI) nos protocolos dos pré-adolescentes com diabetes é heterogéneo; aos 12 anos tende a ser extratensivo (protocolos: 9D, 4D) e aos 13 anos são coartativos (protocolos 2D e 17D). A variabilidade dos tipos de TRI aos 14 anos vai no sentido do que temos vindo a sublinhar e parece-nos que pode ser resultado do aumento de angústia com o conseqüente recurso a mecanismos defensivos. Também a Fórmula Complementar (FC) vai neste sentido, em que aos 14 anos o pólo cinestésico tem grande preponderância, indo ao encontro das TRI extratensivas. Aos 12 e 13 anos a FC tende a ser coartativa, pelo que a expressão de ambos os pólos é nula ou quase nula.

Quanto à Reactividade à Cor (RC%) aos 12 anos tende a ser ligeiramente superior em relação aos 13 e 14 anos, que se encontram dentro dos valores normativos. Não deixa de ser curioso que os pré-adolescentes com diabetes aos 12 anos têm uma maior reactividade aos cartões pastel, quando comparados com os seus congéneres sem diabetes.

Relativamente aos conteúdos animais, aos 12 e 13 anos, observa-se uma tendência semelhante à dos pré-adolescentes sem diabetes em que, ora recorrem a animais frágeis (ex. “borboleta”, “patos”), ora reenviam para a força e potência (ex. “touro”, “elefantes”, “leões”). Surgiram também referências a animais fóbicos (ex. “tarântulas”, “centopeia”, “escaravelho”) e agressivos (“bocas de crocodilos”, “furão”, “búfalos”). Relativamente às figuras humanas a indiferenciação sexual é evidente e aos 14 anos parece haver dificuldades acrescidas. Mais, a banalidade do cartão III, figuras humanas, foi dada com menor frequência e facilidade, quando comparado com os que não têm diabetes, mesmo em situação de

Inquérito dos Limites. Desta forma podemos retirar que em relação à representação de si há maior dificuldade nos jovens com diabetes. Talvez seja mais difícil conceber a relação com um corpo que é doente, frágil.

Nos pré-adolescentes com diabetes o Índice de Angústia (IA) tem lugar de destaque em comparação aos que não têm diabetes. Em todas as idades o IA assume valores superiores a 10%, particularmente se as repostas alusivas a partes de animais forem integradas na fórmula $([Hd + Anat + Sg + Sexo + Ad] / R)$. Em comparação aos jovens sem diabetes, o IA é mais frequente e evidente.

B. ANÁLISE QUALITATIVA

Para efeitos da análise qualitativa dos protocolos, mais uma vez, decidimos organizar quadros onde expusemos uma breve análise cartão-a-cartão. Estes estão organizados por grupos, controlo, sem diabetes (ver anexos J, K e L), e experimental, com diabetes (ver anexos, M, N e O), bem como por idades.

Pré-Adolescentes sem Diabetes

i. 12 Anos (ver anexo J)

Da análise qualitativa dos protocolos de pré-adolescentes de 12 anos ressalta um conjunto de características semelhantes, das quais destacamos, a capacidade de projectar uma representação de íntegra e coesa e imaturidade afectiva, observável, por exemplo, através da inexistência de relação, quer entre figuras humanas, quer animais. Ainda que em ambos os protocolos se observe dificuldade em lidar com a dimensão pulsional agressiva, verifica-se que no protocolo 5 estas dificuldades são acrescidas, tal como a regressão nos cartões pastel é maior, por exemplo a explicação à resposta do cartão VIII, “*é como se só houvesse uma figura e a água tremesse e as cores se misturassem*”. Esta resposta, enquadrada no restante protocolo, dá-nos conta da sua imaturidade e dependência aos primeiros objectos.

No protocolo 6, apesar da imaturidade, é possível identificar outros movimentos, nomeadamente, a tentativa de afirmação de si (cartão VI, resposta 6: “Um dragão”), mas que ainda não é totalmente segura, é frágil (inquérito: “*Por causa do focinho e destas coisas aqui.*”).

Como um gato e como um dragão tem na cabeça”). Neste protocolo começam também a surgir figuras humanas definidas sexualmente, femininas, contudo, a relação ainda não é possível.

ii. 13 Anos (ver anexo K)

Destacamos desde já a observação de maior maturidade afectiva nesta idade, por comparação aos 12 anos, nomeadamente, apesar da sensibilidade à falha estar presente, não é desorganizadora, nem prejudica a representação de si (sempre integra nestes rapazes). Outro aspecto, prende-se com a capacidade de reconhecer figuras humanas claramente definidas, quer ao nível da identificação sexual, quer etária, bem como uma tentativa de afirmação de si e fuga à regressão. Outro aspecto que merece destaque reside no facto destes rapazes serem sensíveis à dimensão pulsional agressiva evocada pelos vermelhos no cartão II, elaborando-a, mais uma vez, sem se desorganizarem, o que mostra recursos internos e maturidade ao nível da contenção dos afectos. Desta forma, ao contrário dos rapazes de 12 anos, no cartão III, os de 13 anos são capazes de focar a sua atenção nos negros e evocarem figuras humanas masculinas.

Apesar dos movimentos de afirmação de si, através da evocação de figuras humanas masculinas ou características viris/fálicas (protocolo 12, ver também anexo B: inquérito do cartão IX: *“Ombros, peito, cara com olhos e nariz, as orelhas, a barba”*), não mencionam a relação directamente. Parece-nos que isto é devido ao retraimento narcísico que é necessário ao desenvolvimento da afirmação de si, etapa prévia ao estabelecimento de relações.

Assim, a afirmação de si é a problemática central nestes protocolos, observável, quer através das figuras humanas, quer dos animais, como *“borboleta”* e *“pavão”*, animais belos e distinguíveis, narcísicos. Surge ainda alguma oscilação relativamente ao “poder” dos animais referidos, oscilando entre animais frágeis, *“aranhas”*, *“ovelhas”*, e animais potentes, *“veados”*, *“touros”*.

iii. 14 Anos (ver anexo L)

Em primeiro lugar destacamos o papel do cartão X, enquanto cartão de transferência, observando-se um movimento muito semelhante em ambos os protocolos: vontade de alcançar algo, um objectivo, *“torre”* ou *“prémio”* em cima de montanhas, mas há obstáculos que tem que ser ultrapassados, num, a *“floresta”*, noutra, *“animais que passam por cima uns*

dos outros”. Claramente há uma alusão ao conflito destes pré-adolescentes, que é observado ao longo dos protocolos.

É ainda comum nestes protocolos a dificuldade em entrar na situação-Rorschach e a sensibilidade à falha. Outro aspecto que nos chamou a atenção, reside na preocupação, até excessiva, com o corpo, não no que concerne ao sentimento de integridade corporal, visto que este é mantido, mas sobretudo acerca das suas características. Ou seja, respostas como, no protocolo 18 (ver também anexo C) “*borboleta, mas as asas são mais como um pássaro*”, “*bicho esquisito*” que “podia ser um ET” no protocolo 16 (ver também anexo C), e ainda no inquérito dos limites do cartão III, o facto de não verem as figuras humanas devido a precisões exageradas por pequenas características atribuídas às caras, “parecem-se mais com pássaros, têm um grande nariz que mais parece o bico de um pássaro” no protocolo 16 ou “por causa da cara” no protocolo 18. Não nos parece que se trate de sentimentos de bizzaria em relação ao próprio corpo, mas alguma estranheza perante o “novo corpo” resultado das transformações pubertárias que estão ou que já ocorreram e que precisam de ser integradas. Provavelmente, este é o motivo para o aumento do índice de angústia nesta idade.

Desta forma, devido ao trabalho de integração que tem que ser realizado, parece-nos que o retraimento narcísico é necessário e, conseqüentemente, não há relação em ambos os protocolos.

Pré-adolescentes com Diabetes Mellitus 1

iv. 12 Anos (ver anexo M)

Da análise dos três protocolos destacam-se algumas semelhanças, nomeadamente a presença de angústia, quer pelo aumento do índice de angústia (IA%) em comparação com os rapazes de 12 anos sem diabetes, incapacidade de colocar figuras humanas e animais em relação e uma elevada necessidade de suporte, observável através do aumento da produtividade no inquérito, revelando que num contexto de maior suporte são capazes de um maior envolvimento.

Contudo, há uma grande heterogeneidade entre os três rapazes, na qual, o elemento chave na distinção prende-se com o tipo de angústia presente e respectiva resposta. No protocolo 5D (ver também anexo D), apesar de no psicograma o IA% ser zero, a angústia foi

avassaladora, tal forma que bloqueou o processo associativo, tendo sido a situação-Rorschach vivida quase como equivalente choque. A postura fugidia e de não envolvimento foi uma constante. No entanto, apesar das 4 recusas, numa relação de maior proximidade, como é o inquérito, por vezes foi capaz de elaborar respostas, o que denota uma grande necessidade de suporte e protecção, visível, por exemplo, no cartão II, “dois elefantes bebés”, ou pela evocação de elemento agressivos que possam protegê-lo, “espigão de abelha”, “garras de insecto”.

Por sua vez, no protocolo 9D (ver também anexo D), a angústia manifesta-se ao nível da integridade corporal, sobretudo através da sensibilidade ao branco – falha – e necessidade de estabelecer limites/contornos dentro/fora, o que é mais saliente no inquérito. Mais uma vez, a necessidade de suporte do exterior é visível. Nos cartões II e III há um ataque à integridade corporal, através de respostas anatómicas, reestabelecendo o equilíbrio nos cartões IV, através da centração do eixo central, equivalente à estrutura corporal, o que se mantém no cartão V. A capacidade de restabelecimento do equilíbrio e, conseqüentemente, de projectar uma representação de uma imagem de si íntegra, ainda que frágil, dá-nos conta da presença de recursos internos.

O protocolo 4D (ver também anexo D) é marcado pela angústia de castração, desde logo observada no cartão I, “*parece a parte da frente de uma mota sem os faróis*” e que se mantém ao longo do protocolo, “*morcego com corninhos*” no cartão V ou no cartão VIII a referência a um navio desgastado. Portanto, o conflito entre ser/não-ser e ter/não-ter é visível. A sensibilidade à falha é evidente, contudo, parece não haver um ataque à integridade corporal. Denota-se também outro tipo de preocupações, como a existência de um movimento interno, nos cartões pastel, através da rebentação ou a lava que explode, provavelmente como procura de afirmação de si. Apesar desta vontade de afirmação, idealizando a autonomização no cartão X, é visível ainda a sua necessidade de suporte, “*dois muros que estão a proteger de bichos e monstros e plantas venenosas*”. Ou seja, o que quer, mas ainda não pode ter.

v. 13 Anos (ver anexo N)

Apesar da dificuldade de entrar na situação-Rorschach e a necessidade de suporte serem visíveis em ambos os protocolos, as diferenças são assinaláveis. Começamos por destacar o protocolo 2D (ver também anexo E), no qual, a angústia é o elemento fulcral,

manifestando-se ao nível da produtividade, 6 respostas e 4 recusas, tempos elevados e pelo tipo de respostas, centrando-se nas anatomias. Inclusive, o IA% é de 66,6% o que nos alerta para um grande sofrimento psíquico, particularmente ao nível do corpo, e por isso, da representação de si. Ao contrário do que temos observado nos protocolos dos rapazes com diabetes, o inquérito não funcionou como organizador. A invasão da angústia foi maciça, alertando para uma organização da personalidade frágil e vulnerável, pelo que tememos uma possível ruptura no deserto psicótico.

O protocolo 17D (ver também anexo E) é contrastante. É capaz de projectar uma imagem sólida de si s, consegue evocar figuras humanas diferenciadas, ao nível do sexo e idade, e de as colocar em relação, ainda que aconflitual. A problemática neste rapaz parece residir ao nível da oscilação entre a tomada de uma postura activa, fugindo à submissão da mãe pré-genital e onipotente, ou passiva. É ainda interessante o movimento projectivo feito no cartão VII, *“Um homem e uma rapariga”*, quando este é simétrico, pelo que nos parece estar subentendido o desejo de uma relação de objecto genital, que ainda é difícil de conceber, inclusive anula o terceiro terço deste cartão, ponto de contacto e ligação, *“Aqui o homem e aqui a rapariga. Este parece que é mais homem e este rapariga. Cortava este aqui, mais ou menos”*.

vi. 14 Anos (ver anexo O)

Pelo seu impacto, queremos começar por referir dois protocolos, 12D (ver também anexo F) e 16D (ver também anexo F). Estes correspondem a pré-adolescentes com uma organização da personalidade com características psicóticas marcadas. Desde logo, observa-se a necessidade que ambos têm de evocar anjos, como seres protectores que falham na sua funcionalidade, no protocolo 12D pela ideação persecutória, tornando os anjos em maus objectos destrutivos, e no protocolo 16D, pelo ataque à integridade corporal, deformando-os, logo, perdendo a capacidade de protecção. A agressividade manifesta, tendencialmente crua, que no protocolo 12D resulta do cruzamento entre pulsão libidinal e agressiva visível na resposta ao cartão II, *“Parece que estão a acasalar (?) Os membros de reprodução estão abaixo da cintura né? Aqui em baixo estão os órgãos reprodutores, estão a reproduzirem, parece um choque!”*, ou no protocolo 16D, *“Vejo aqui duas criaturas com ferimentos em sangue. Vejo o sangue espalhado pelo corpo e a cobrir as cabeças. [...] O coração está aqui como se estivesse desenhado com sangue”*.

A angústia de fragmentação é visível em ambos; por exemplo, no cartão III do protocolo 16D “*Vejo duas criaturas, parece que lhes foi arrancada alguma coisa do peito. Vejo um tronco, um tronco de uma pessoa. Vejo outros dois animais como se estivessem a cair. Vejo uma espécie de pulmões. Vejo como se os animais se estivessem a desintegrar. Acho que é tudo*”, e no protocolo 12D, cartão V, “*Parece uma Supernova aqui (aponta para o eixo central), arrebentou e alastrou para os dois lados*”. A (quase) desorganização e processos dissociativos foram uma constante ao longo do protocolo.

As temáticas principais em ambos os protocolos, até à entrada nos cartões pastel, residem na destruição, fragmentação, morte e perseguição.

A solicitação evocada pelos cartões pastel, VIII, IX e X, teve um efeito de acalmia, conseguida através de um movimento regressivo, que foi até à simbiose. A referência ao paraíso no cartão IX do protocolo 12D ou ao continente americano também neste cartão, mas no protocolo 16D, reenviam para a necessidade de evocar a relação privilegiada com o primeiro objecto, no sentido de apaziguar o mundo destrutivo e ameaçador em que vivem, dando-nos conta de personalidades extremamente frágeis.

O protocolo 18D (ver também anexo F) difere dos anteriores, encontrando-se numa linha do desenvolvimento distinta. Neste, a principal problemática reside ao nível da falha e integração da mesma, observável pela necessidade de inclusão dos brancos, bem como às questões ligadas ao corpo, que parecem aqui assumir a forma de preocupações dismorfofóbicas, ainda que a sua manifestação não seja maciça, nem coloque em perigo o sentimento de integridade corporal, presente neste jovem.

DISCUSSÃO

Neste trabalho de investigação propusemo-nos a estudar o impacto da Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na pré-adolescência, pelo facto desta doença crónica se constituir como ameaça permanente ao funcionamento vital. Pensámos que esta ameaça provocaria um estado de ansiedade latente que seria fixada a uma imagem do corpo perturbada, doente, com falhas e, que, conseqüentemente poderia colocar em causa o sentimento de continuidade narcísica.

Verificámos, através da análise quantitativa e qualitativa dos protocolos Rorschach a presença de diferenças assinaláveis entre os pré-adolescentes com e sem diabetes. Começamos por destacar o impacto da situação-Rorschach, nomeadamente ao nível da produtividade, tempos e manipulações, superiores nos rapazes com diabetes, reveladores de níveis de ansiedade superiores. Os rapazes com diabetes mostraram-se mais receptivos e envolvidos, particularmente no inquérito. Parece-nos que o facto deste momento se caracterizar por uma maior proximidade, permitiu-lhes maior segurança e conforto, levando a uma maior abertura. Neste sentido, salienta-se a necessidade de suporte que estes jovens apresentam.

No que respeita ao tipo de apreensão preferido, variável nos rapazes sem diabetes, a preponderância de grandes detalhes (D) nos pré-adolescentes com diabetes é mais acentuada, tendendo a ser superior aos valores normativos (60%) em todas as idades. É ainda importante destacar a presença de detalhes oligofrénicos/inibitórios (Do) e G sincréticos (confabulado, contaminado e informulado), bem como Dbl, relevando a sensibilidade à falha, à falta, que nestes jovens foi perturbadora. Note-se também as diferenças ao nível da qualidade perceptiva das respostas evocadas pelos rapazes com diabetes. Apesar da sua frequência se encontrar dentro dos valores normativos, a qualidade tendeu a ser reduzida (< 50%). A mesma tendência foi observada na relação entre F%a e F+%a. O conjunto destes dados quantitativos significa que, nos jovens com diabetes, a intensidade da dinâmica projectiva e angústia, por vezes franca na sua manifestação, não foi contida pela utilização da dimensão formal. Desta forma, nos rapazes com diabetes, o compromisso defensivo perdeu eficácia e houve uma “submissão desorganizante às moções projectivas pulsionais e fantasmáticas (Chabert, 2003, p. 114), levando a que a situação-Rorschach fosse vivida com maior ansiedade.

Relativamente à representação de si, constatámos através da análise qualitativa que os pré-adolescentes sem diabetes são capazes de projectar uma imagem de si unitária e coesa. A

fragilidade, encontrada em alguns protocolos, parece-nos ser reflexo das transformações internas e externas resultante do processo pubertário, não tendo sido afectado o sentimento de integridade corporal. Por outro lado, no caso dos rapazes com diabetes, houve mais dificuldade ao nível da projecção de uma representação de si coesa e unitária, pelo que o sentimento de integridade corporal é frágil e frequentemente ameaçado. Inclusive, em alguns protocolos, a tonalidade vermelha, introduzida pelos cartões II e III, reenviou directamente para a angústia corporal, reflectida pelas respostas anatómicas, bem como a sensibilidade à falha exacerbada, evocada pelo branco, e conseqüente necessidade de a integrar. O IA% foi uma constante em todos os pré-adolescentes, mas com uma intensidade de expressão superior, por vezes franca, nos diabéticos, atestando a fragilidade da sua imagem corporal (Rausch de Traubenberg, 1975).

Um elemento importante, e que se observou com maior veemência nos rapazes com diabetes, diz respeito à procura de suporte e segurança, verificado sobretudo durante o inquérito da situação-Rorschach, que tendo-se constituído como momento privilegiado de relação com o clínico, foi vivido com alívio e prazer, denotando assim uma necessidade acrescida do outro. Outro dado relevante, que também se verificou na situação de inquérito, prende-se com a necessidade acrescida de descrição por parte dos rapazes com diabetes. Nestes, a nomeação de limites, de invólucro, dentro/fora, pertence/não-pertence, foi superior, ainda que por vezes não tenha sido eficaz. Este movimento defensivo parece assim reflectir uma necessidade de proteger a integridade corporal. Contudo, em alguns protocolos tal não se verificou, uma vez que se notou uma ausência da capacidade de delimitação.

Uma característica geral, e por isso observável em todos os protocolos, foi a dificuldade em identificar figuras humanas no cartão III numa primeira abordagem – passagem espontânea. Assim, o recurso ao inquérito dos limites foi uma constante. Contudo, nesta situação, os jovens com diabetes tiveram mais dificuldade em reconhecer as figuras humanas. Como explicar esta diferença? Parece-nos que, no caso dos rapazes sem diabetes, esta dificuldade está mais relacionada com as vicissitudes do desenvolvimento, nomeadamente a necessidade de retraimento narcísico. Nestes, este movimento é evidente e suscita o aparecimento de preocupações com o corpo, sobretudo aos 14 anos. No entanto, estas preocupações não ameaçam o sentimento de integridade. Por esta razão compreendemos as dificuldades que possam ter em conceber figuras humanas em relação, nomeadamente devido ao retraimento narcísico que se observa. Já nos jovens com diabetes, esta dificuldade

parece ter outros contornos, uma vez que há situações em que a integridade corporal é ameaçada, e por vezes francamente atacada. Desta forma verifica-se que, em ambos os grupos, a capacidade de colocar figuras humanas em relação é reduzida, mas por motivos distintos. Nos jovens com diabetes, quando a relação é evocada, tende a ser acflitual ou funcional, que pela ausência de afectos não se constitui como uma verdadeira relação objectal.

No que concerne às identificações das figuras humanas não nos foi possível identificar um padrão de preferência, encontrando-se identificações masculinas ou femininas, quer nos rapazes com diabetes, quer nos que não têm esta doença. Há também situações de indiferenciação, o que pensamos ser resultado da sua imaturidade afectiva (Chabert, 2003).

De uma forma geral, apesar das diferenças inter-individuais encontradas em todos os protocolos, foi-nos possível identificar uma linha de desenvolvimento nos rapazes sem diabetes. Tal não foi possível nos rapazes com diabetes devido às manifestações mais intensas de angústia, que por vezes se encontram dentro da linha psicopatológica, o que acontece em todas as idades. Assim, aos 12 anos, nos rapazes sem diabetes, ressalta a capacidade de representação de uma imagem de si coesa, imaturidade afectiva e dependência dos primeiros objetos. Contudo, num dos protocolos é possível detectar os primeiros esboços da tentativa de afirmação de si (protocolo 6D).

Aos 13 anos observa-se uma maior maturidade afectiva, visível, por exemplo, através da sensibilidade à falha que não é desorganizadora, nem prejudica a representação de si, bem como a capacidade de reconhecer figuras humanas masculinas, movimento de identificação importante face à problemática central identificada, a tentativa de afirmação de si e fuga à regressão. Contudo, a sensibilidade à falha introduz uma nova preocupação, o corpo, fundamental aos 14 anos. De facto, os 14 anos assinalam uma exacerbação das problemáticas iniciadas aos 13 anos, o corpo, pelas suas novas características que requerem um trabalho de integração corporal, bem como a intensificação do movimento de afirmação de si, tão visível em ambos os protocolos no cartão X. Neste é possível identificar desejos de individuação e autonomia. O facto do corpo ter um papel tão preponderante nesta idade, leva-nos a crer que este seja um dos motivos para o aumento do IA%, ainda que a integridade corporal não tenha sido ameaçada.

Tal linha evolutiva não é passível de ser identificada nos protocolos dos jovens com diabetes, devido, como referido anteriormente, à presença de manifestações de angústia

intensas e psicopatológicas. Aos 12 anos, o elemento chave é a angústia identificável nos três protocolos. Num, a sua manifestação levou ao bloqueio do processo associativo, tendo a situação-Rorschach sido vivida como equivalente choque (protocolo 5D). Noutra, a angústia manifestou-se ao nível da integridade corporal, através das respostas anatómicas, sensibilidade ao branco e excesso de necessidade de delimitação dentro/fora (protocolo 9D). Finalmente, no protocolo 4D, a problemática reside na angústia de castração.

Relativamente aos 13 anos, ressalta o protocolo 2D, que nos parece ser o primeiro com manifestação psicopatológica franca. Neste, a angústia absorveu-o, verificável na produtividade, 6 respostas e 4 recusas, tempos elevados e tipo de respostas, centrando-se nas anatomias. Inclusive, o IA% foi de 66,6%, revelador de um grande sofrimento psíquico, particularmente ao nível do corpo, e por isso, da representação de si. Alertamos ainda para uma grave problemática ao nível da identidade, as figuras humanas não foram mencionadas e em relação aos animais que evoca, num, houve tendência à confabulação (DG), e o outro é impreciso. Estes dados são preocupantes e indicadores de uma possível ruptura no deserto psicótico (Chabert, 2000).

Os 14 anos assumiram-se como idade de destaque na manifestação de psicopatologia. Neste sentido, há dois protocolos que merecem destaque, 12D e 16D, ambos com características de organizações da personalidade psicóticas (Bergeret, 2004, Chabert, 2000; McWilliams, 2005): confusão identitária, angústia de fragmentação, processos dissociativos, presença de mecanismos de defesa primitivos como a clivagem, cruza na manifestação da agressividade e ideação persecutória. Os temas de destruição e de morte foram constantes e o apaziguamento apenas foi possível através da alusão à simbiose com o objecto materno. Em ambos os protocolos há indícios de um corte com a realidade social colectiva. No protocolo 18D, ainda que a integridade física seja mantida, houve importantes preocupações ao nível da falha e em relação ao corpo, que parecem assumir-se como preocupações dismorfofóbicas.

Como referido anteriormente, constata-se que as manifestações psicopatológicas e a expressão de angústia, dão-nos conta de personalidades mais frágeis e vulneráveis, em relação aos congéneres que não têm diabetes. Assim, uma vez que a manifestação da ansiedade é mais intensa nos rapazes pré-adolescentes com diabetes, por comparação aos seus congéneres que não têm esta doença, a nossa hipótese de investigação, nesta amostra, foi confirmada.

CONCLUSÃO

Gostaríamos de reflectir sobre os resultados mais evidentes e suas implicações na vida destes pré-adolescentes. Assim, através deste estudo, concluímos que de uma forma geral existe uma vulnerabilidade nos pré-adolescentes com diabetes da nossa amostra. Esta, verificou-se a vários níveis, discutidos previamente com maior detalhe, pelo que, faremos uma síntese sobre os aspectos que em nossa opinião, merecem maior destaque.

O comportamento dos jovens com diabetes na situação-Rorschach alertou-nos para uma intensa necessidade de suporte perante a angústia sentida. Curiosamente, a participação e envolvimento melhorou significativamente durante o inquérito, situação privilegiada de relação, na qual estes jovens se sentem mais confortáveis. No geral, a postura destes jovens foi de colaboração e de curiosidade, algo que poderíamos pensar ser resultante da familiaridade que mantêm com o mundo clínico, tão presente diariamente nas suas vidas. Contudo, acreditamos que este comportamento reflecte, sobretudo uma necessidade intensa de uma relação, sem que esta se molde obrigatoriamente em torno de constrangimentos da doença e tratamento.

Através das análises realizadas aos protocolos encontrámos algumas diferenças assinaláveis. Começaremos por referir a presença de uma dinâmica projectiva intensa, reveladora de um mundo fantasmático rico, algo que vai contra os resultados obtidos nos trabalhos de Sanglade (1983) e Debray (1983, 1995) que também utilizaram metodologia projectiva. De acordo com os resultados destes trabalhos, a pré-adolescência iniciaria um período de constituição de personalidades psicossomáticas, nas quais o pensamento operativo (pensando em Pierre-Marty, 1991) estaria a enraizar-se. Nesta amostra, foi precisamente o oposto que encontrámos, aliás, a projecção destes jovens foi uma marca identificadora relevante. Devido à projecção intensa presente nos protocolos, sempre em ligação com uma angústia não contida, a dimensão da qualidade perceptiva, de uma forma geral, foi descurada nos jovens com diabetes. A análise da relação entre F% e F+%, permitiu-nos aceder a este elemento importante, a dificuldade de nomear um invólucro perceptivo protector que contivesse a angústia. Ocasionalmente, a manifestação intensa de angústia gerou uma invasão do pensamento e conseqüentemente criou sentimentos de desconforto e até de confusão no clínico. Estes fenómenos contra-transferenciais ocorreram unicamente com os jovens diabéticos e podem ser alusivos a uma desorganização na capacidade de gerir da angústia.

A angústia, rapidamente verificada através do IA% foi bastante mais elevada nos rapazes com diabetes. Mesmo naquelas situações em que o valor de IA% foi nulo ou inferior aos valores normativos, através da análise qualitativa, foi-nos possível detectar a presença intensa de angústia, bloqueadora do processo associativo ou reveladora de manifestações patológicas. A angústia de castração e de fragmentação foram evidentes em alguns protocolos. A angústia de fragmentação, reenvia-nos para manifestações graves, sobretudo aos 14 anos, idade em que a sua expressão foi mais evidente. Aos 13 anos, detectámos um jovem em grande sofrimento psíquico, que apesar de não reunir critérios necessários para o estabelecimento de um diagnóstico, pela forte angústia corporal presente e aparente deserto circundante (parecia que nada mais o preocupava sem ser o seu corpo), tememos uma evolução negativa que pode eclodir numa desorganização psicótica. E mesmo nos protocolos, em que não foi possível detectar manifestações patológicas intensas, houve um aspecto sempre presente, a sensibilidade exacerbada à falta, à falha e concomitante necessidade de a integrar numa resposta. A partir destes elementos, concluímos que a representação de si nestes rapazes com diabetes é mais frágil e vulnerável, quando comparada com a dos jovens sem diabetes.

A intensa fragilidade da representação de si poderá ser (se é que já não é) fonte de uma falha narcísica grave, incapacitante de reunir as condições necessárias para a exposição relacional. Parece-nos que este é um elemento fulcral nestes jovens, a dificuldade em projectar um corpo humano ou animal em relação. Quando comparamos com os rapazes sem diabetes, detectamos uma maior dificuldade em representar figuras humanas inteiras e coesas em relação. De facto, a não-relação objectal foi constante nestes jovens, mas quando existe tende a ser do tipo anaclítica. Nestes jovens, compreendemos esta situação como resultado de uma necessidade de suporte maior, bem como a dificuldade em conceber o contacto relacional devido a um retraimento narcísico evidente. Dito de outra forma, o retraimento narcísico nestas idades é importante, no sentido de encontrar a segurança necessária para a relação (algo visível nos jovens sem diabetes), contudo, nos jovens com diabetes, este retraimento deve constituir-se como um esforço redobrado, uma vez que, devem sentir-se seguros relativamente ao corpo com transformações (resultantes do processo pubertário), mas só o conseguirão, se as complementarem com a integração das falhas resultantes da doença crónica. Compreendemos portanto que este trabalho de reelaboração e de reintegração deve ser difícil e complexo nestes jovens.

Desta forma, os jovens com diabetes desta amostra, apresentaram sérias dificuldades no que concerne à capacidade de representação de relações objectais e à diferenciação sexual, uma vez que as suas problemáticas centram-se a outros níveis. Através da análise dos protocolos dos rapazes sem diabetes, verificámos uma linha de desenvolvimento que se coaduna com o processo adolescente. Os movimentos graduais que apontam para o investimento da afirmação de si, bem como movimentos contra-regressivos, vão no sentido da individuação, separação e mais tarde, espera-se, na autonomização. Neste sentido, constatámos que a maioria dos nossos rapazes com diabetes apresenta dificuldades que apontam para um processo de individuação mais penoso, provavelmente, devido à vulnerabilidade que sentem em relação ao corpo, bem como as relações de forte dependência que mantêm com os objectos parentais, sobretudo com o materno.

Limitações e Sugestões

Neste sentido gostaríamos de propor futuras investigações, uma vez que não tivemos acesso a algumas dimensões importantes na vida destes rapazes, sobretudo no que concerne à dinâmica familiar. Pensamos que nestes jovens, esta, deve centrar-se em torno da doença e tratamento, fonte de angústia e ansiedade para o paciente, mas também, grande fonte de angústia parental. Durante a realização deste trabalho, foi-nos possível tomar contacto, ainda que muito breve, com os pais destes jovens, e alguns demonstravam grande ansiedade (sobretudo as mães). Seria interessante estudar a dinâmica familiar que se constrói, sobretudo após o diagnóstico. Será que há uma angústia presente bloqueadora da transmissão de afectos e emoções que não passem pela doença? Será que há uma tendência à sobreprotecção? Será que em algumas situações, o diagnóstico constitui um trauma dificilmente reparável? Estas são algumas das perguntas que ficam para esclarecer, pois temos alguma dificuldade em conceber que as manifestações patológicas mais graves presentes neste estudo, se devam apenas à diabetes, apenas ao processo adolescente, ou ao cruzamento de ambas. É necessário não esquecer que o diagnóstico destes rapazes (com excepção de um), foram feitos na infância (entre os 5 e os 8 anos), período de construção dos alicerces do psiquismo.

Com esta proposta, apontamos claramente uma das limitações deste estudo, uma vez que não sabíamos mais nada acerca destes jovens. Outra limitação óbvia prende-se com a dimensão da amostra, reduzida, logo não podemos partir do pressuposto que estes resultados

sejam reflexo daquilo que ocorre com os pré-adolescentes com e sem diabetes no geral, pelo que a extrapolação dos dados não é possível. Outro aspecto importante prende-se com a não homogeneidade da amostra no que concerne ao nível socio-económico. Finalmente, gostaríamos de apontar que o momento de aplicação da prova foi aleatório, sendo que em alguns casos foi antes e noutros, depois das consultas médicas. Não sabemos se este facto pode ter tido importância nos níveis de ansiedade dos jovens com diabetes.

Pensamos ter contribuído para uma melhor compreensão sobre estes jovens. Acreditamos que só através de um olhar psicodinâmico é que podemos conseguir um conhecimento profundo sobre eles e o seu sofrimento. Esperamos que este trabalho alerte para as dificuldades e vulnerabilidades destes jovens. Perante os resultados que obtivemos, alguns deles preocupantes, como psicólogos clínicos, não poderíamos deixar de sugerir algumas intervenções. Pensamos que seria importante organizar nos contextos de saúde com serviço de Diabetologia, seja na APDP ou noutra instituição, espaços de intervenção familiar, bem como, dar a oportunidade aos pais de falarem sobre as angústias que sentem. Não podemos apenas obrigá-los a assimilar novas regras de psicoeducação alimentar e de saúde. Os pais destas crianças têm certamente medos e fantasias que necessitam de ser trabalhados.

Apesar de reconhecermos o esforço da APDP em proporcionar aos seus doentes o acompanhamento psicológico, a importância deste, devido a diversos constrangimentos de ordem económica mas, sobretudo devido à opinião negativa que reina no Serviço Nacional de Saúde acerca do papel do psicólogo nesta população, não é reconhecido, sendo inclusive desvalorizado. Perante os resultados obtidos neste estudo, pensamos que podemos ser presunçosos ao ponto de afirmar que não podiam estar mais errados. Acreditamos que a Psicologia pode oferecer muito mais a estes jovens e famílias, sobretudo a partir de um modelo psicodinâmico, o nosso modelo de eleição para a compreensão e intervenção.

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, S. M., & Fonte, C. (2007). Narrativas e Significados da Doença em Crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1: Contributo de um Estudo Qualitativo. *Psicologia e Saúde* , 8 (1), pp. 67-81.
- Almeida, V., & Matos, A. P. (2003). A Diabetes na Adolescência. Um estudo biopsicossocial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* , 3 (1), pp. 61-76.
- Anderson, B. (1990). Diabetes and Adaptations in Family Systems. In C. S. Holmes, *Neuropsychological and behavioral aspects of diabetes*. New-York: Springer-Verlag.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris: Ed Centre Psychol Appliquee.
- Bergeret, J. (2004). *Psicologia Patológica, Teórica e Clínica* (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1972)
- Blos, P. (1985). *Adolescência. Uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1962)
- Blos, P. (1968). Character Formation in Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child* , 23.
- Blos, P. (1967). The Second Individuation Process of Adolescence. *Psychoanalytic Study of Child* , 22 (1).
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1998)
- Brown, G. (1938). The development of diabetic children with special reference to mental and personality comparisons. *Child development* , 9.
- Butner, J., Berg, C. A., Osborn, P., Butler, J. M., Godri, C., Fortenberry, K. T., et al. (2009). Parent-adolescent discrepancies in adolescents' competence and the balance of adolescent autonomy and adolescent and parent well-being in the context of type 1 diabetes. *Developmental Psychology* , 45 (3), pp. 835 - 849.

- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clinica do adulto : interpretação psicanalítica* (2 ed.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1997)
- Chabert, C. (2000). *Psicopatologia a prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1998)
- Cordeiro, J. D. (1988). *Adolescentes por dentro*. Lisboa: Ed. Salamandra.
- Dashiff, C., Vance, D., Abdullatif, H., & Wallander, J. (2008). Parenting, autonomy and self-care of adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development* , 35, pp. 79 - 88.
- Debray, R. (1995). *O Equilíbrio Psicossomático - Um Estudo sobre Diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
- Debray, R. (1983). T.A.T e organizações psíquicas nos diabéticos insulino-dependentes. *Análise Psicológica* , 4, pp. 111-114.
- Delamater, A. M. (2009). Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes* , 10, pp. 175-184.
- Dovey-Pearce, G., Doherty, Y., & May, C. (2007). The influence of diabetes upon adolescents and young adult development: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology* , 12, pp. 75-91.
- Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura (21 vols.). (1972). Lisboa: Editorial Verbo.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1968)
- Erikson, E. (1980). *Identity and the Cycle of Life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Feldman, R. S. (2006). Physical and Cognitive Development in Adolescence. In *Development: across the life span*. Upper Saddle River: Pearson.
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências...Adolescentes... *Educação, Ciência e Tecnologia* , 32.
- Fleming, M. (1997). *Teorias sobre a adolescência* (2 ed.). Porto: Edições Afrontamento.

- Fonagy, P., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1989). Insulin-dependent diabetes mellitus in children and adolescents. In S. Pearce, & J. Wardle, *The Practice of Behavioural Medicine* (pp. 161-190). Oxford: Bps.
- Freud, A. (1958). On Adolescence. *Psychoanalytic Study of Child* , 13, pp. 225-249.
- Freud, A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanalytic Study of the Child* , 7, pp. 69-81.
- Freud, S. (1920). *Três Ensaios sobre a Sexualidade*. Lisboa: Livros Brasil. (Obra original publicada em 1905)
- Gouveia-Pereira, M., Pedro, I., Amaral, V., Alves-Martins, M., & Peixoto, F. (2000). Dinâmicas grupais na adolescência. *Análise Psicológica* , 18 (2), pp. 191-201.
- Hanna, K. M., & Decker, C. L. (2010). A concept Analysis: Assuming Responsibility fo Self-Care among Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* , 15 (2).
- Korbel, C. D., Wiebe, D. J., Berg, C. A., & Palmer, D. L. (2007). Gender Differences in Adherence to Type 1 Diabetes Management Across Adolescence: The Mediating Role of Depression. *Children's Healthcare* , 36 (1), pp. 83-98.
- Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. R. (2009). Social and Emotional Development in Adolescence. In *The Development of Children* (6 ed.). New York: Worth Publishers.
- Mahler, M. (1974). Symbiosis and Individuation - The Psychological Birth of th Human Infant. *Psychoanalytic Study of the Child* , 29, pp. 89-107.
- Malpique, C. (2003). *O fantástico mundo de alice*. Lisboa: Climepsi.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia* (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1983)
- Marques, M. E. (2001). *A Psicologia Clínica e o Rorschach* (2 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Marty, P. (1991). Pensee operateiro. In *Fonctionnement mental* (pp. 133-148). Lausanne: Delachaux et Niestle.

- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico* (1 ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores. (Obra original publicada em 1994)
- Moran, G. S. (1984). Psychoanalytic Treatment of Diabetic Children. *Psychoanalytic Study of the Child* , 39.
- Moran, G., & Berger, M. (1980). Report of the Study Group on Psychological Problems of Diabetic Children. *Bulletin of the Anna Freud Center* , 3 (4).
- Nunes, J. S. (2010). *Diabetes, uma abordagem geral*. Lisboa: Euromédice, Edições Médicas.
- Ott, J., Greening, L., Palardy, N., Holderby, A., & DeBell, W. (s.d.). Self-Efficacy as a mediator variable for adolescents' adherence to treatment for insulin-dependent diabetes mellitus. *Children's health care* , 29(1), pp. 47-63.
- Pereira, M. G., Berg-Cross, L., Almeida, P., & Machado, J. C. (2008). Impact of Family Environment and Support on Adherence, Metabolic Control, and Quality of Life in Adolescents with Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine* , pp. 187-193.
- Rausch de Traubenberg, N. (1975). *Prática de Rorschach*. São Paulo: Cultrix. (Obra original publicada em 1970)
- Rausch de Traubenberg, N., & Boizou, M.-F. (1999). *O Rorschach na clínica infantil* (1 ed.). Lisboa: CLIMEPSI. (Obra original publicada em 1984)
- Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostics*. Bern: Hans Huber.
- Sanglade, A. (1983). O corpo, écran do fantasma ou a dificuldade em fantasmaticizar nas crianças diabéticas. *Análise Psicológica* , 4 (1), pp. 115-120.
- Sklansky, M. A. (1991). The Pubescent Years: Eleven to Fourteen. In *In the Course of Life: Adolescence*. Connecticut: International Universities Press.
- Skoc'ic, M., Ruadan, V., Brajkovic', L., & Marc'inko, D. (2010). Relationship among psychopathological dimensions, coping mechanisms, and glycemic control in a Croatian sample of adolescents with diabetes mellitus type 1. *European Child & Adolescent Psychiatry* , 19, pp. 525-533.

- Soares, A., & Marques, M. E. (2009). Crescer por dentro - A barreira de contacto no processo adolescente através do Rorschach. *Análise Psicológica* , 27 (3), pp. 259-267.
- Stewart, S. M., Wang, J. T., Wang, Y., & White, P. (2009). Patient- versus Parent-Report Psychological Symptoms as Predictor of Type 1 Diabetes Management in Adolescents. *Children's Health Care* , 38, pp. 200-212.
- Tran, V., Wiebe, D., Fortenberry, K. T., Butler, J. M., & Berg, C. A. (2011). Benefit Finding, Affective Reactions to Diabetes Stress and Diabetes Management Among Early Adolescents. *Health Psychology* , pp. 212-219.
- Vila-Real, A. (2004). *Vila-Real, A. (2004) Relações sociais, dinâmica familiar e organização da identidade em pré-adolescentes*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- WHO. (2012). *World Health Organization*. Obtido em Março de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Youniss, J., & Smollar, J. (1985). *Adolescent Relations with Mothers, Fathers and Friends*. Chicago: University of Chicago Press.