



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

RAPARIGAS PRÉ-ADOLESCENTES COM DIABETES
MELLITUS TIPO 1 – UM OLHAR PSICODINÂMICO

JOANA MARGARIDA PEREIRA

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 da 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

À Professora Doutora Ângela Vila-Real, minha Coordenadora e Orientadora do Seminário de Dissertação nesta fase tão importante da minha vida pessoal e profissional. Pelo apoio e disponibilidade. Pela partilha de conhecimentos e dedicações.

Às colegas do Seminário de Dissertação. Pelas discussões que se prolongavam até aos corredores do ISPA. Pela partilha de experiências, críticas e incentivos. Obrigada.

Agradeço também a todos os intervenientes da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, à psicóloga Dra. Ana Lúcia Covinhas, às Dras. Sofia Vidal Castro e Rosa Pina e ainda à Enfermeira Marina. Um especial obrigada à Soraia e Sofia, pela disponibilidade e ajuda na planificação das recolhas.

A todas as raparigas e respectivas famílias que aceitarem participar neste trabalho, sem as quais não teria sido possível. Muito obrigada.

À grande Família Ispiana. Aos colegas e em especial aos amigos que estiveram sempre presentes. Aos professores e funcionários, em especial ao António e ao Senhor Reis, pela boa disposição, brincadeiras e apoio. Obrigada por fazerem parte da minha vida. Sem vocês este percurso não teria sido tão recompensador.

Por último, quero agradecer à minha Família e Amigos.

Aos meus pais, que tornaram este sonho possível. Sem vocês nada disto seria possível. Obrigada do fundo do coração.

Aos meus avós, que fizeram parte deste longo caminho.

Ao João. Por TUDO.

RESUMO

Nesta investigação propusemo-nos a estudar o papel que a Diabetes *Mellitus* Tipo 1 tem na pré-adolescência ao nível da representação de si e do outro, das relações. A pré-adolescência marca o início de uma fase do desenvolvimento importantíssima. Esta destaca-se pelas transformações internas e externas resultantes do processo pubertário, que tendem a ocorrer entre o 12 e os 14 anos. Particularmente o corpo assume um papel central nesta fase. A diabetes, enquanto doença crónica grave que põe em risco a integridade física e requer um conjunto de readaptações, constitui-se como potencial ataque ao processo pubertário, nomeadamente, ao segundo processo de separação e imagem corporal, à representação de si. Assim, neste estudo comparativo, como instrumento óptimo de acesso ao mundo interno do sujeito escolhemos a prova projectiva Rorschach, a qual permite a compreensão da forma como o sujeito se organiza face à realidade interna e externa. Desta forma, da análise de 15 protocolos Rorschach, foi-nos possível verificar a existência de importantes diferenças entre as raparigas pré-adolescentes com diabetes (9 protocolos) e sem diabetes (6 protocolos). Nesta amostra, nas raparigas com diabetes, destacaram-se, angústia mais elevada e maior dependência/necessidade do outro, bem como importantes fragilidades ao nível da representação de si e da imagem corporal. Portanto, a diabetes teve um importante impacto na vivência subjectiva das pré-adolescentes desta amostra, pelo que concluímos a necessidade de se investir em estudos que promovam uma melhor compreensão desta relação.

Palavras-chave: Diabetes 1; Pré-adolescência; Representação de si; Rorschach.

ABSTRACT

The goal of this research was to study the part that Type 1 diabetes mellitus has on pre-adolescence, at the level of representation, both self and of others, of relations, Pre-adolescence puts a mark on the beginning of a extremely important fase of development. This fase stands out by internal and external changes that come as a result of the pubertal process, that tend to occur between 12 and 14 years of age. Specifically, the body takes a central role at this stage. Diabetes, while serious chronic disease, that jeopardizes physical integrity and demands a set of readjustments, is a potential attack on the pubertal process, namely, the second process of separation and body image, the self representation. Thus, in this comparative study, as an excellent tool to reach the internal world of the subject we chose

Rorschach, which allows the understanding of how the subject gets organized facing internal and external realities. In this way, the analysis of 15 Rorschach protocols allowed us to verify the existence of important differences between pre-adolescent girls with diabetes (9 protocols) and without diabetes (6 protocols). In this sample, on the groups of girls with diabetes stood out higher anguish and greater dependence/need for others, as well as important frailness at the level of the self representation and body image, this means diabetes had an important impact on the subjective experience of the pre-adolescent girls constituting this sample, which lead us to the conclusion that need exists to invest in studies that promote a greater understanding of this relation.

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

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 1	4
DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 1, ABORDAGEM GLOBAL	4
DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 1 E PSICOLOGIA	6
CAPÍTULO 2 – PRÉ-ADOLESCÊNCIA	10
ADOLESCÊNCIA, UMA VISÃO GERAL	10
PRÉ-ADOLESCÊNCIA.....	13
1. Puberdade feminina enquanto processo biológico	14
2. O impacto psicológico da puberdade	15
a. No próprio.....	16
b. Na dinâmica familiar.....	17
c. Na relação com os pares/coetários.....	19
CAPÍTULO 3 – PRÉ-ADOLESCÊNCIA E DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 1.....	20
PROBLEMA EM ESTUDO	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

Raparigas Pré-adolescentes sem Diabetes 1	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
Raparigas Pré-Adolescentes com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1	36
i. Produtividade e Tempo	36
ii. Modos de Apreensão e Determinantes	36
iii. Conteúdos	38
iv. Dinâmica afectiva: TRI, FC, RC%, IA%, H% e A%	38
B. ANÁLISE QUALITATIVA.....	39
Raparigas Pré-adolescentes sem Diabetes 1	40
i. 12 Anos	40
ii. 13 Anos	40
iii. 14 Anos.....	41
Raparigas Pré-Adolescentes com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1	42
iv. 12 Anos.....	42
v. 13 Anos	43
vi. 14 Anos.....	45
DISCUSSÃO	46
CONCLUSÕES	50

BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	61
ANEXO A – Protocolos das raparigas sem diabetes de 12 anos	62
Protocolo 1.....	62
Protocolo 3.....	64
ANEXO B – Protocolos das raparigas sem diabetes de 13 anos	66
Protocolo 7.....	66
Protocolo 8.....	68
ANEXO C – Protocolos das raparigas sem diabetes de 14 anos	70
Protocolo 13.....	70
Protocolo 15.....	72
ANEXO D – Protocolos das raparigas com diabetes de 12 anos	74
Protocolo 3D.....	74
Protocolo 13D.....	79
Protocolo 15D.....	81
ANEXO E – Protocolos das raparigas com diabetes de 13 anos	84
Protocolo 7D.....	84
Protocolo 7D.....	87
Protocolo 14D.....	90
ANEXO F – Protocolos das raparigas com diabetes de 14 anos	93
Protocolo 1D.....	93

Protocolo 6D.....	96
Protocolo 19D.....	98
ANEXO G – Comparação de psicogramas das raparigas com 12 anos	101
ANEXO H – Comparação de psicogramas das raparigas com 13 anos	103
ANEXO I – Comparação de psicogramas das raparigas com 14 anos	105
ANEXO J – Análise cartão a cartão dos protocolos das raparigas sem diabetes de 12 anos	107
ANEXO K – Análise cartão a cartão dos protocolos das raparigas sem diabetes de 13 anos	109
ANEXO L – Análise cartão a cartão dos protocolos das raparigas sem diabetes de 14 anos	111
ANEXO M – Análise cartão a cartão dos protocolos das raparigas com diabetes de 12 anos	113
ANEXO N – Análise cartão a cartão dos protocolos das raparigas com diabetes de 13 anos	117
ANEXO O – Análise cartão a cartão dos protocolos das raparigas com diabetes de 14 anos	120

INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* Tipo 1 “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. Daí resulta a perturbação do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a consequência mais evidente, a hiperglicemia” (Rosas, *in Nunes*, 2010, p.11). Enquanto doença crónica grave e em larga expansão, afectando cada vez mais crianças e jovens (90-95% dos casos de diabetes 1 em idades inferiores a 16 anos), observando-se um crescimento anual na ordem dos 3 a 4%, pela sua perigosidade e impacto do diagnóstico, quer no próprio, quer na dinâmica familiar (e.g. Marcelli e Braconnier, 2005; Dovey-Pearce *et al.*, 2007; Butner *et al.*, 2009), tem-se assistido a uma proliferação razoável de estudos nesta área.

Os focos de atenção diferem de acordo com as “disciplinas” que estudam esta doença crónica. Por exemplo, se numa vertente mais médica (biológica) o enfoque tem sido ao nível das causas que levam ao seu aparecimento e terapêutica mais adequada, na área da Psicologia, particularmente Psicologia da Saúde, os esforços têm-se centrado no estudo de causas que tendencialmente influenciam uma melhor ou pior adesão ao tratamento e que promovem um ajustamento psicológico mais adequado à doença (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).

Ainda que estes estudos apresentem uma elevada pertinência, também é verdade que, particularmente na pré-adolescência e adolescência, estes jovens estão a passar um processo muito particular – o processo adolescente – e que implica a realização de um conjunto de tarefas de desenvolvimento (Blos, 1968, 1985; Cordeiro, 1988; Marcelli e Braconnier, 2005). Por vezes, devido até a constrangimentos do próprio sistema de saúde, o atendimento tende a ser mais centrado na doença e não no sujeito. Contudo, não podemos esquecer que se trata de adolescentes, que por acaso têm o diagnóstico de uma doença crónica grave e complexa como a diabetes tipo 1. Parece-nos assim que muitas vezes não é dada a atenção devida às problemáticas inerentes a este momento de desenvolvimento tão particular.

Assim, a importância da relação entre a diabetes tipo 1 e as necessidades típicas da adolescência, passa pelo pressuposto de que as tarefas desenvolvimentais desta fase do ciclo de vida, que estão relacionadas com a separação-individação e com o corpo, como refere

Dovey-Pearce *et al.* (2007), são antagónicas. Neste sentido, há uma tendência para que estas sejam consideradas como uma mistura potencialmente perigosa. Não queremos, com esta perspectiva, partir do pressuposto de que as limitações e potenciais complicações da diabetes tipo 1 sejam, necessariamente, um obstáculo ao processo adolescente e transição para a fase adulta. Queremos, sim, alertar para as necessidades típicas desta fase do desenvolvimento e o quão importante é que sejam tidas em conta.

De facto, a adolescência constitui-se como um período de transição e de transformações, “inicia-se com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente” (Ferreira e Nelas, 2006). Assim, o advento da puberdade, crucial para o desenvolvimento (S. Freud, 1920; Blos, 1967, 1985) A. Freud, 1958; Malpique, 2003), marca o início de um conjunto de intensas transformações, somáticas e psíquicas, às quais o jovem terá que se (re)adaptar, rompendo com a estabilidade e equilíbrio outrora conseguidos durante o período de latência (S. Freud, 1920). Esta efervescência interna, conflitos e ritmo frenético de transformações, atingem todas as esferas da vida do jovem, desde a sua dinâmica interna, às relações que este estabelece com as figuras parentais e coetários. Particularmente o corpo “está no centro da maioria dos conflitos do adolescente” (Marcelli e Braconnier, 2005, p.149).

Desta forma, Marcelli e Braconnier (2005) consideram as exigências das doenças crónicas e as necessidades típicas da adolescência como antagónicas. O pré-adolescente com diabetes, não só tem que se apropriar do seu corpo, que até então era “propriedade dos pais”, como tem que investir um corpo, já por si “novo”, devido às transformações resultantes do processo pubertário, e ainda aceitar e investir este corpo com falhas e integrá-las como suas. Dovey-Pearce *et al.* (2007), num estudo realizado com adolescentes diabéticos, verificaram que a representação de si corporal pode ser deformada, o que poderá levar à formação ou acentuação de uma importante ferida narcísica (Moran, 1984).

Com este estudo pretendemos contribuir com dados que permitam uma melhor compreensão acerca da representação de si em raparigas pré-adolescentes com diabetes (por comparação a um grupo de controlo de pré-adolescentes sem diabetes). Tendo em conta o objectivo da nossa investigação e devido às características da prova projectiva Rorschach, meio “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), esta será o instrumento base para a recolha de dados.

A presente investigação divide-se em duas partes, teórica e empírica. Com a parte teórica, queremos começar por dar a conhecer a Diabetes *Mellitus* Tipo 1, as suas principais características e algumas informações acerca da terapêutica, bem como o impacto desta doença. Neste seguimento, faremos uma ponte entre a Diabetes e a Psicologia, capítulo em que pretendemos fazer uma breve referência aos trabalhos que têm sido realizados nesta área e principais resultados, bem como a pertinência dos mesmos e limitações. Posteriormente, iremos focar a nossa atenção na Pré-Adolescência enquanto período de transição e transformações, resultantes do processo pubertário, e que marca o início da Adolescência, o que vai abrir caminho ao capítulo seguinte, a realização de um breve enquadramento acerca da Diabetes e possível impacto na Pré-Adolescência.

Por sua vez, a parte empírica deste estudo comparativo será constituída por quatros sub-capítulos: o Método, em que serão descritos, a amostra, o instrumento (Rorschach) e os procedimentos utilizados; Apresentação de Resultados, no qual faremos uma divisão para os resultados quantitativos e qualitativos, quer para as raparigas com diabetes, quer para as que não têm diabetes; a Discussão, onde será feita uma breve apresentação dos principais resultados encontrados e reflexão acerca dos mesmos; e por fim, a Conclusão, na qual vamos identificar as ideias principais a que este trabalho permitiu chegar, bem como as suas limitações e propostas futuras, quer ao nível da investigação, quer da intervenção.

CAPÍTULO 1 – DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

DIABETES *MELLITUS* TIPO 1, ABORDAGEM GLOBAL

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica que “resulta da deficiência, absoluta ou relativa, de insulina, consequente da ineficiência da sua acção a nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas. Daí resulta a perturbação do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a consequência mais evidente, a hiperglicemia” (Rosas *in Nunes*, 2010, p.11). Actualmente, esta doença crónica, também designada apenas como diabetes, é já considerada como um grave problema da saúde pública, o que em parte se deve à prevalência na população em geral e à sua elevada expansão nos últimos anos.

Na obra *Diabetes, uma abordagem global*, realizada em 2010, sob a coordenação de José Silva Nunes, a diabetes é equiparada a uma verdadeira epidemia. Também a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) alerta para o número de pessoas afectadas com esta doença, estimando que haja cerca de 346 milhões em todo o mundo; destas, cerca de 60 milhões de pessoas pertencem à Europa e cerca de meio milhão a Portugal (Correia, 2004, cit. por Aguiar e Fonte, 2007). Mais, a OMS prevê que, caso não haja intervenção, até 2030 este número duplique, tornando-se assim a diabetes numa das principais causas de incapacidade e de morte.

Embora o nosso trabalho tenha como principal enfoque a Diabetes *Mellitus* Tipo 1, parece-nos importante fazer uma breve distinção entre as duas principais formas de diabetes, tipos 1 e 2. Assim, a diabetes tipo 2 constitui-se como a forma mais comum de diabetes, atingindo, segundo Correia (*in Nunes*, 2010), cerca de 90% dos casos e é resultado de factores genéticos, ambientais e é influenciado pela idade, sendo a sua maior incidência na idade adulta. Neste sentido, Correia aponta como principal causa o estilo de vida actual, dito moderno, em que imperam “os excessos alimentares e a utilização de alimentos de elevado valor calórico ricos em açúcares e gorduras, a redução da ingestão de fibras, o stresse constante da vida moderna e o sedentarismo” (*in Nunes*, 2010). Por sua vez, a diabetes tipo 1, que resulta da destruição (total) das células β do pâncreas, levando à deficiência dos níveis de insulina, é na maioria dos casos consequência de processos autoimunes, geralmente identificáveis aquando do diagnóstico (Rosas, *in Nunes*, 2010). A incidência desta forma de diabetes é predominante em idades jovens, como crianças e adolescentes (corresponde a 90-

95% dos casos de diabetes 1 em idades inferiores a 16 anos), verificando-se uma tendência para o seu aumento a nível global. Um estudo desenvolvido pela EURODIAB (Raimundo, in *Nunes*, 2010) identificou um alarmante crescimento anual esperado que se encontra na ordem dos 3 a 4%.

O início da diabetes tipo 1 é caracterizado pelo colapso do estado físico, destacando-se a perda de peso repentina, fadiga, visão turva, sede excessiva e poliúria (Cesar, in *Nunes*, 2010), espelhando a oscilação anormal dos níveis de glucose no sangue, que no caso de não serem controlados podem conduzir a estados físicos graves. As potenciais consequências destas alterações de glucose e de insulina são diversas, havendo uma escalada de perigosidade de acordo com os níveis e com a sua frequência. Por exemplo, por um lado, níveis reduzidos de glucose no sistema circulatório – hipoglicemia – podem provocar complicações no funcionamento cognitivo ou até, em casos extremos, levar a coma hipoglicémico e/ou danos permanentes no sistema nervoso central (Cesar, in *Nunes*, 2010; Pramming *et al.*, 1986 citado por Fonagy, Moran and Higgitt, 1989). Por outro, quando os níveis de insulina são insuficientes conduzem a concentrações elevadas de glucose no sangue (hiperglicémia), que poderão resultar num estado de cetoacidose, coma e, em situações extremas, morte (Cesar, in *Nunes*, 2010). Estados crónicos de concentrações elevadas de glucose no sangue aumentam a probabilidade da ocorrência de complicações vasculares, entre as quais, a retinopatia, problemas renais e circulatórios.

O diagnóstico desta doença crónica é sempre um choque e requer um acompanhamento continuado (e próximo) por diferentes profissionais de saúde, dos quais se pode destacar o médico pediatra, endocrinologista, enfermeiro, dietista ou nutricionista e psicólogo. Numa fase inicial do diagnóstico há um conjunto de temas que impreterivelmente têm que ser abordados a fim de preparar o sujeito e a respectiva família para os cuidados necessários a ter para o melhor controlo possível desta doença (Raimundo, in *Nunes*, 2010):

- a) Conhecimento da Diabetes *Mellitus* Tipo 1;
- b) Causas, consequências e implicações da mesma;
- c) Controlo metabólico;
- d) Tipo de controlo e importância da vigilância;
- e) Papel da insulina e técnicas de administração;

- f) Causas, consequências e correcção de hipoglicemias – promoção da capacidade de antecipar hipoglicemias através da identificação dos sintomas iniciais;
- g) Aconselhamento dietético – horários e tipos de refeições e quantidade de alimentos ingeridos;
- h) Incentivo à prática de actividade física.

Devido à constatável perigosidade desta doença, o seu tratamento é complexo e penoso, particularmente para os mais novos (crianças, pré-adolescentes e adolescentes), levando mesmo Sanglade a afirmar que “o regime terapêutico é paliativo, de modo algum curativo, obrigatório e agressivo nas suas modalidades” (1983, p. 115). De facto, a Diabetes *Mellitus* Tipo 1 é uma doença crónica, logo, sem cura, pelo que o tratamento tem apenas como objectivo a estabilização da doença, já que se esta não for controlada pode levar a consequências gravíssimas a curto, médio e longo prazo. Mais ainda, é uma das doenças que mais alterações tende a produzir na vida, quer do próprio, quer da família e dos que lhe são mais próximos, levando à necessidade de (re)adaptação de toda a dinâmica familiar às já referidas necessidades subjacentes a esta doença crónica (e.g. Marcelli e Braconnier, 2005; Dovey-Pearce *et al.*, 2007; Butner *et al.*, 2009).

DIABETES MELLITUS TIPO 1 E PSICOLOGIA

É assustador verificarmos que, apesar das potenciais consequências desta doença, particularmente se não estiver controlada, e que no extremo pode levar à morte, ainda há uma percentagem elevadíssima de pessoas com diabetes tipo 1 – insulino-dependente – que confessam esquecer-se da tomada de injeções de insulina (25 a 30%). Perante estes números alarmantes, ao longo da obra *Diabetes, uma abordagem global* (2010), coordenada por José Silva Nunes, os diferentes autores que para ela contribuíram alertam para a importância da educação terapêutica do doente e para a necessidade de uma equipa multidisciplinar constituída por um médico pediatra, endocrinologista, enfermeiro, dietista ou nutricionista e um psicólogo, incluindo sempre em todo o processo e tomadas de decisão o próprio e familiares mais próximos. Talvez por esta razão, os estudos realizados nos últimos anos na área da Psicologia com enfoque na diabetes tipo 1, tenham centrado os seus esforços na procura das potenciais causas que tendem a levar ou não à adesão terapêutica e que

promovem um ajustamento psicológico mais adequado à doença (Tran *et al.*, 2011; Skočić *et al.*, 2010; Stewart *et al.*, 2009; Dashiff *et al.*, 2008; Pereira *et al.*, 2008; Aguiar & Fonte, 2007; Korbel *et al.*, 2007).

Contudo, o objecto e os objectivos dos estudos realizados no âmbito da Psicologia não têm sido sempre os mesmos, pelo que se tem verificado alterações a este nível. Relativamente à perspectiva psicanalítica, apesar de ocasionalmente serem realizados estudos com enfoque na diabetes (em particular na diabetes tipo 1), foi na década de 80 que se verificou uma maior proliferação. De uma forma geral, podem identificar-se duas linhas distintas. Por um lado, temos os estudos da linha Psicossomática, liderados por autores como Debray (1983, 1995) e Sanglade (1983) e que se propõem a estudar os traços comuns da personalidade das crianças, jovens e adultos insulino-dependentes, partindo do pressuposto de que deverá haver uma personalidade psicossomática característica da diabetes. Esta perspectiva, também defendida por Burd (2010), considera a diabetes como uma doença psicossomática, pelo que a sua etiologia tem a influência de factores psicossociais.

Por outro, temos os trabalhos realizados por Moran e Berger (1980), Moran (1984) e Fonagy, Moran e Higgitt (1989) que, também eles numa perspectiva psicanalítica, procuram estabelecer pontos de contacto, de relação, entre o bem-estar psicológico e o controlo metabólico da diabetes e vice-versa, isto é, em que medida um pode influenciar o outro. Dos resultados e conclusões retirados destes trabalhos ressalta a importância do processo psicoterapêutico, que ao trabalhar os conflitos intra e inter-pessoais, quer os pré-existentes, quer os que possam surgir após o diagnóstico, facilitando a relação pais-filhos e o ajustamento psicológico da criança ou adolescente diabético, promoverá um melhor controlo da doença. Mais, vai no sentido de uma problemática para que Raimundo (in Nunes, 2010) alerta, o facto de nas crianças, pré-adolescentes e adolescentes se verificar um conjunto de características e necessidades específicas. Por esta razão, o principal objectivo do tratamento deve passar pela “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.” (pp.307).

Actualmente, em parte, talvez devido ao alarmante crescimento anual da diabetes tipo 1 (3 a 4%) e à reduzida adesão terapêutica, os estudos realizados nos últimos anos têm-se focado nesta problemática, enquadrando-se numa linha mais próxima da perspectiva

cognitiva-comportamental e que neste caso está estritamente ligada à Psicologia da Saúde. O principal objectivo é, assim, a promoção da qualidade de vida dos jovens com diagnóstico de diabetes tipo I. De facto, a complexidade, exigência e responsabilidade nas idades mais jovens prognosticam uma difícil adesão (Hoey, 2009; Tran *et al.*, 2011).

A literatura aponta, assim, diversos factores que parecem estar na base de uma melhor ou pior adesão ao regime terapêutico e, assim, ao controlo metabólico da diabetes tipo I. Destes destacam-se, a necessidade de esclarecimento acerca da doença e suas implicações (Skoc̆ic' *et al.*, 2010; Tran *et al.*, 2011; Dashiff *et al.*, 2008; Aguiar & Fonte, 2007; Korbel *et al.*, 2007), que se enquadra numa perspectiva psicoeducativa, a importância da coesão e suporte familiar (Almeida e Matos, 2003; Anderson, 1990; Butner, 2009), bem como o papel dos pares (Hoey, 2009; Dovey-Pearce *et al.*, 2007). Referem ainda que a ausência de sintomatologia depressiva e ansiogénica são essenciais (Delamater, 2009). No fundo, estes factores são considerados como factores de protecção, promovendo e potenciando a capacidade de resiliência, quer do próprio, quer da família, já que a aceitação do diagnóstico é o primeiro passo para a adesão e o cumprimento do tratamento necessário. Outra questão a que a comunidade científica tem dado grande atenção prende-se com a passagem da responsabilidade dos pais para o jovem diabético, conferindo-lhe maior autonomia (Butner *et al.*, 2009; Dovey-Pearce *et al.*, 2007). Quanto a esta passagem, que tende a iniciar-se durante a pré-adolescência (por volta dos 12 anos), importa referir que deverá ocorrer de forma harmoniosa e gradual, garantindo um equilíbrio adequado entre ambas as partes.

Embora estes estudos apresentem uma elevada pertinência, também é verdade que não nos podemos esquecer que, particularmente na pré-adolescência e adolescência, estes jovens estão a passar um processo muito particular – o processo adolescente – e que implica a realização de um conjunto de tarefas desenvolvimentais (Marcelli e Braconnier, 2005). Ainda que seja dada relevância ao acompanhamento psicológico e ao suporte emocional, este tende a ser mencionado numa linha psico-educativa, em que o apoio passa por “ouvir as queixas do adolescente quanto ao tratamento da diabetes, encorajar, dar ânimo e incentivar para a importância do auto-controlo da doença” (Almeida e Matos, 2003). Ou seja, o atendimento é centrado na doença e não no sujeito, que por acaso tem o diagnóstico de uma doença crónica grave e complexa como a diabetes tipo 1, parece que não é dada a devida atenção às características inerentes à adolescência.

Assim, a importância desta relação, entre a diabetes tipo 1 e as necessidades típicas da adolescência, passa pelo pressuposto de que as tarefas desenvolvimentais desta fase do ciclo de vida, que estão relacionadas com a separação-individuação e com o corpo, como refere Dovey-Pearce *et al.* (2007), são antagónicas, pelo que tendem a ser consideradas como uma mistura potencialmente perigosa. De facto, as exigências da doença são antagónicas das necessidades típicas deste processo, pelo que a sua perigosidade reside no incumprimento do plano terapêutico e complicações que daí possam advir. Não queremos, com esta perspectiva, partir do pressuposto de que as limitações e potenciais complicações da diabetes tipo 1 sejam, necessariamente, um obstáculo ao processo adolescente e transição para a fase adulta. Queremos, sim, alertar para as necessidades típicas desta fase do desenvolvimento e o quão importante é que sejam tidas em conta.

CAPÍTULO 2 – PRÉ-ADOLESCÊNCIA

A pré-adolescência, associada às transformações do processo pubertário, marca a entrada num processo que é extremamente importante, e sensível, para o desenvolvimento do sujeito enquanto pessoa, a adolescência. Por esta razão, apesar do foco desta investigação ser a pré-adolescência, considerámos pertinente começar este capítulo com uma breve incursão pela adolescência no geral.

ADOLESCÊNCIA, UMA VISÃO GERAL

De uma forma muito genérica a adolescência conceptualiza-se como o período do desenvolvimento entre a infância e a idade adulta, “inicia-se com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente” (Ferreira e Nelas, 2006). Portanto, o adolescente não é já criança, mas também não é ainda adulto, sendo que este “duplo movimento de negação da sua infância, por um lado, e procura de um estatuto adulto estável, por outro, constitui a própria essência da «crise», do «processo psíquico» que todo o adolescente atravessa” (Marcelli e Braconnier, 2005). A adolescência é um período de transição e transformações. Mais que no passado, em que era muitas vezes equiparada a um mero interlúdio entre a dependência típica da infância e a tomada de responsabilidade e autonomia da idade adulta, actualmente, resultante das alterações societárias, o desfasamento entre a dita maturidade sexual (pós-puberdade) e o início da idade adulta (enquanto sujeito independente e activo na participação social em termos de actividade profissional) é cada vez maior. Este desfasamento tem levado alguns autores, dos quais se pode destacar Malpique (2003), a considerar a adolescência como um fenómeno do século XX.

A origem do conceito adolescência, que vem do latim “adolescere” e que significa “crescer na maturidade” (Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura, 1972), é assim passível de diferentes “interpelações”, variando de acordo com a sociedade em que nos encontramos, e também do momento em que esta se encontra (e.g. na sociedade ocidental, pré e pós revolução industrial). Por exemplo, se no século XIX a adolescência era marcada pela puberdade que, por exemplo, nas mulheres tendia a ocorrer por volta dos 16/17 anos e marcava o início da vida adulta, actualmente esta ocorre muito mais cedo (entre os 9 e os 12 anos), mas não garante de todo a entrada na vida adulta (Malpique, 2003; Erikson, 1972). A

adolescência compreende o período entre os 11 e os 19 anos de idade ainda que o seu término seja difícil de delimitar. Assim, nas sociedades ocidentais, cada vez mais, a adolescência assume-se, não como um período, mas como um processo de grandes e intensas transformações (Blos, 1967, 1985; Braconnier e Marcelli, 2000; Cordeiro, 1988; Feldman, 2006; Malpique; 2003; Marcelli e Braconnier, 2005) que ocorrem a diferentes níveis, hormonal e corporal, psicológico e relacional (e.g. com os pais e com os pares), bem como ao nível das funções cognitivas. É este conjunto de transformações e conseqüente processo de (re)adaptação que confere à adolescência o seu cariz de potencial momento de crise.

Na perspectiva psicanalítica vários autores consideram que para a elaboração e adaptação a estas intensas transformações e conseqüente passagem à idade adulta, o adolescente deve passar pela realização de um conjunto de tarefas desenvolvimentais que têm o seu início aquando do início da puberdade e são concluídas com o término da adolescência (Blos, 1967, 1985; Cordeiro, 1988; Fleming, 1997; A. Freud, 1958; S. Freud, 1920; Malpique, 2003). Neste sentido, Blos (1967, 1968, 1985) identifica um conjunto de processos/tarefas necessários para a finalização da adolescência e, assim, formação do carácter. Influenciado pelos trabalhos de Mahler (1974) acerca do processo de separação-indivuação, Blos começa por identificar um segundo processo da individuação, que irá funcionar fio condutor da adolescência (Blos, 1967). O desenvolvimento de uma identidade sexual e a formação do Ideal do Ego são também tarefas do desenvolvimento necessárias para o término da adolescência.

Assim, se nas conceptualizações psicanalíticas da adolescência mais clássicas, particularmente até aos anos 60, o enfoque era sobre os mecanismos defensivos do Ego para lidar com o incremento dos impulsos sexuais que ocorre nesta fase do desenvolvimento (Vila-Real, 2004), Blos (1967, 1968, 1985) introduz novas preocupações, como a reestruturação das relações com os objectos internos (de amor e de ódio) infantis – imagos –, desidealizando-os, o que prepara o adolescente para a vida adulta, conferindo-lhe maior autonomia – perda da dependência – e a possibilidade de (re)elaboração da estrutura interna, conferindo-lhe um *self* autónomo e com limites bem definidos.

A adolescência para além de assinalar o emergir da autonomia e da individuação, caracteriza-se também pela formação da identidade, intensivamente estudada por Erikson (1972, 1980). Segundo este autor (1972), “a organização pessoal da experiência e o meio cultural dão significado, forma e continuidade à existência do indivíduo”. Portanto, na sua

teoria psicossocial, Erikson, confere ao contexto social, destacando a família, meio sócio-cultural, amigos, escola, etc., um papel de grande relevo no desenvolvimento. Para este, na adolescência o conflito central é entre a difusão e a formação da identidade (1972). A difusão seria resultado da regressão do adolescente, enquanto a formação da identidade se constituiria como o marco da aquisição de novas capacidades. Assim, apesar da importância da relação com as figuras parentais, Erikson (1972) considera que na adolescência, momento fulcral para a construção da identidade, o adolescente deve procurar estabelecer novos laços extra-familiares (e.g. pares/coetários).

As perspectivas destes autores, Blos e Erikson, não são mutuamente exclusivas, pelo contrário, complementam-se. Neste sentido, parece-nos importante fazer uma breve referência à posição que Josselson adota: “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 compreender a importância e a complementaridade de ambas as perspectivas, já que cada uma delas introduz elementos que contribuem para o desenvolvimento do adolescente e que, de facto, apresentam-se-nos como inseparáveis.

Apesar das inúmeras dificuldades, como já referimos, em identificar as balizas etárias entre o início e a finalização do processo adolescente, é consensual a importância do período em que as transformações pubertárias têm o seu início, ainda que entre raparigas e rapazes haja diferenças assinaláveis. Alguns autores, como Blos (1967, 1985), A. Freud (1958), S. Freud (1920) e Malpique (2003) dão grande destaque a este período inicial – pré-adolescência ou adolescência inicial. Esta “etapa” destaca-se do momento de desenvolvimento anterior, o período de latência, devido à ruptura do equilíbrio existente até então. De facto, as mudanças ocorridas durante a pré-adolescência, potenciadas pelas transformações fisiológicas e corporais da puberdade, vão afectar todas as esferas da vida do, agora, adolescente. Passa-se, assim, de uma fase conflitual, para um momento da vida que é marcado pelos conflitos e por um ritmo de transformações que por vezes se torna difícil acompanhar, quer para o próprio, quer para os que o rodeiam. É nesta fase inicial da adolescência que as tarefas desenvolvimentais começam.

Segundo Blos (1985), a pré-adolescência é sucedida pela adolescência média (ou adolescência propriamente dita) e é marcada pelo afastamento dos objectos de amor e de ódio infantis e aumento do investimento narcísico, o que vai levar a uma maior centração no próprio – egocentrismo. Destaca-se ainda o início da escolha do objecto sexual. Por fim, espera-se que estejam criadas as condições necessárias para a passagem pela adolescência final e transição para a adultícia. Esta última etapa da adolescência constitui-se como uma fase de consolidação e também de estabilização. Portanto, o processo adolescente culmina com a formação do carácter.

PRÉ-ADOLESCÊNCIA

Alice não sabe dizer quem é...

«eu também não me entendo, tenho tantos tamanhos, todos diferentes só num dia, é uma coisa que confunde muito!»

(Lewis Carrol, Alice no País das Maravilhas, citado por Malpique, 2003)

O advento da puberdade e o seu papel crucial para o desenvolvimento é consensual (Blos, 1967, 1985; Feldman, 2006; A. Freud, 1958; Malpique, 2003), sendo tema de interesse há já várias décadas. Este acontecimento, para além de marcar o início da pré-adolescência (ou adolescência inicial), acarretando um conjunto de grandes e intensas transformações, quer somáticas, quer psíquicas, às quais o jovem terá que se (re)adaptar, rompe com a estabilidade e equilíbrio outrora conseguidos durante o período de latência (S. Freud, 1920). Esta turbulência interna, conflitos e ritmo frenético de transformações, atingem todas as esferas da vida do jovem, desde a sua dinâmica interna, às relações que este estabelece com as figuras parentais e pares/. Apesar de operarem como “reestruturações nucleares que vão constituir matrizes da personalidade a consolidar ao longo da adolescência” (Malpique, 2003), por vezes é difícil para o jovem acompanhá-las e elaborá-las, o que levou Meltzer a considerar que a puberdade “é talvez a idade de maior sofrimento psíquico, caracterizado por estados confusionais de todo o tipo” (cit. por Malpique, 2003, p. 31).

De facto, já Hall afirmava: “Nenhuma idade é tão sensível aos melhores e mais sábios esforços dos adultos. Não há um único solo em que as sementes, tanto as boas como as más, atinjam raízes tão profundas, cresçam de forma tão viçosa ou produzam frutos com tanta

rapidez e regularidade” (1904, cit. por Silva, 2004, p. 23). Portanto, espera-se que nesta fase do desenvolvimento se assista a uma (re)elaboração da estrutura psíquica, desenvolvendo-se um *self* autónomo e com limites bem definidos, legado da tríade individuação-autonomia-formação de identidade.

Na medida em que a puberdade constitui um processo biopsicológico (Cordeiro, 1988), parece-nos pertinente repartir este capítulo (apesar destas transformações se encontrarem interligadas): primeiro um sub-capítulo referente às alterações fisiológicas e físicas/corporais; e outro em que o destaque será na componente psicossocial da pré-adolescência. Posto que há diferenças assinaláveis entre raparigas e rapazes, sentimo-nos compelidos a optar por apenas um, pelo que escolhemos as raparigas.

1. Puberdade feminina enquanto processo biológico

A puberdade pode definir-se como “o conjunto de transformações geneticamente preestabelecido, que desencadeia e conduz à maturação sexual” (Malpique, 2003, p. 30). Nesta fase observa-se a uma alteração do crescimento, não só em termos de tamanho, mas também na forma e composição do corpo.

O primeiro sinal pubertário, por volta dos 10-11 anos, ocorre por influência dos estrogénios, o botão mamário, que atinge o desenvolvimento completo em dois, três anos (Marcelli e Braconnier, 2005). Nesta altura começam também as modificações do útero e vulva. Cerca de seis meses depois do desenvolvimento mamário começa o da pilosidade púbica. A pilosidade axilar só aparece na meia-puberdade e desenvolve-se totalmente em dois ou três anos. Também a acne é “controlada” por estes mesmos androgénios.

O impulso de crescimento, por acção das hormonas sobre o esqueleto, atinge o seu pico, também designado por estirão ou pulo, por volta dos 12 anos e pode atingir os 6 a 11 centímetros (Marcelli e Braconnier, 2005). Assiste-se ainda a um aumento do peso por acumulação de gordura nas ancas, nádegas e coxas, o que não ocorre de forma regular. Isto é, primeiro são as pernas que atingem o pico de crescimento, depois a largura do corpo e só depois os ombros. As estruturas que atingem primeiro o estado adulto são a cabeça, as mãos e os pés.

De acordo com Malpique (2003), a idade em que geralmente ocorre a menarca situa-se entre os 12-13 anos. Como já referido anteriormente, a idade em que começam a dar-se os primeiros sinais pubertários tem vindo a diminuir (por exemplo, na década de 60 esta situava-se por volta dos 15 anos). Os caracteres sexuais secundários são desencadeados pela estimulação hormonal do eixo hipotálamo-hipofisário sobre as gónadas e início da maturação e migração dos óvulos (Malpique, 2003). Do ponto de vista fisiológico a puberdade termina com as primeiras menstruações (Marcelli e Braconnier, 2005).

As alterações corporais, relativamente à velocidade a que ocorrem, são variáveis (Blos, 1985). Numa fase do desenvolvimento em que o corpo se assume como palco de expressão e dramatização dos conflitos do jovem (Marcelli e Braconnier, 2005; Malpique, 2003; Coimbra de Matos, 2000), influenciando a sua imagem corporal concreta (real), mas também nos níveis imaginário e simbólico, as variações entre pares vão afectar a representação de si e a as relações estabelecidas com os pares e adultos. Devido à importância e impacto psicológico das transformações ocorridas, este será um tema a que iremos dar destaque.

2. O impacto psicológico da puberdade

“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 e Braconnier, 2005; sublinhado nosso)

A problemática central a partir da qual o processo adolescente se vai desenrolar reside na dicotomia ser/não-ser. O pré-adolescente encontra-se numa fase de transição em que não é mais criança, mas também não é ainda adulto, e é este “duplo movimento de negação da sua infância, por um lado, e procura de um estatuto adulto estável, por outro, constitui a própria essência da «crise», do «processo psíquico» que todo o adolescente atravessa» (Marcelli e

Braconnier, 2005). Com o início da puberdade o pré-adolescente depara-se agora com o aparecimento de um “novo corpo” que assinalando a transição da infância para a adultícia leva a um conjunto de modificações complexas a nível intrapsíquico e inter-relacional, como no contexto familiar e na relação com os pares. Portanto, as transformações corporais afectam a representação de si, mas também a representação que o jovem faz do outro (Cordeiro, 1988).

a. No próprio

As transformações corporais, já mencionadas, vão influenciar não só a imagem corporal concreta (e real) do jovem, mas também ao nível imaginário e simbólico, imprescindível à (re)construção de uma representação de si e sua vivência subjectiva. Por esta razão “o corpo está no centro da maioria dos conflitos do adolescente” (Marcelli e Braconnier, 2005, p.149) e funciona como referência espacial, representante simbólico e de sentimento de identidade e é (deve ser) objecto de investimento narcísico. “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 e Braconnier, 2005, p.38), portanto, mais que um invólucro, é, por excelência, meio de expressão psíquica e social, estando por estas razões também ligado ao narcisismo.

Como temos vindo a salientar, o ritmo das transformações que ocorrem nesta fase e a descontinuidade com a acalmia do período de latência tendem a dificultar a capacidade de assimilação e adaptação, nomeadamente a este “novo corpo” em “metamorfose”. Inclusive, Braconnier e Marcelli (2000) referem a possibilidade de existência de uma perturbação em torno da identidade devido às alterações que ocorrem ao nível da representação das fronteiras internas e externas. Contudo, é impreterível a reacquirição de um novo equilíbrio, já que só a consciencialização do corpo como um todo irá permitir a formação do Ego corporal. Como refere Kestemberg, a “libidinização de todo o corpo é importante para a formação e a persistência de imagem corporal positiva e dum sentido do *self*” (1980 cit. por Vila-Real, 2004, p. 84).

A puberdade no sexo feminino, para além das alterações ao nível do peso e formas (por exemplo, acumulação de gordura nas nádegas, nas coxas e seios), acarreta também consigo um acontecimento novo que, desejado ou rejeitado, com ou sem informação prévia, é sempre uma surpresa (Malpique, 2003), a primeira menstruação – menarca. Segundo

Kestenberg (cit. por Malpique, 2003) esta é o organizador da feminilidade e inicia a integração do corpo sexuado. Este acontecimento, para além de lhe conferir uma maior capacidade para organizar a imagem corporal que tem de si e “distinguir o interno do externo, separar a fantasia da realidade” (Malpique, 2003), confere-lhe também um estatuto no grupo de pares. Contudo, a menarca pode ser vivida com desgosto, provocando emoções como o medo e o desgosto (Dahl, 1995; Malpique, 2003), já que a menina é agora confrontada com a perda do corpo infantil. Naturalmente, a aceitação deste “novo corpo”, agora sexuado, está intrinsecamente ligada ao investimento narcísico por parte dos pais (Coimbra de Matos, 2000).

Torna-se assim necessário sublinhar o papel fulcral do narcisismo, particularmente nesta fase do desenvolvimento, em que a sua consolidação vai constituir as raízes dos sentimentos de estima e amor-próprio e que se irão impregnar na estrutura da personalidade. Assim, o jovem deve escolher o próprio corpo enquanto objecto de amor – investimento libidinal narcísico. A sexualidade, através de actividades auto-eróticas, desempenha um papel fundamental no processo de genitalização (Malpique, 2003), bem como no reconhecimento de si e no restabelecimento da auto-estima.

Assim, este investimento narcísico, por vezes aparentemente excessivo, não é necessariamente um comportamento patológico, constitui-se como processo elaborativo e que promove o (re)conhecimento e, conseqüente, aceitação de si.

b. Na dinâmica familiar

Quando se fala em adolescência, particularmente pré-adolescência, é inevitável falar em conflitos entre pais e filhos. Refira-se que as queixas tendem a ser recíprocas. Por um lado, os jovens pré-adolescentes queixam-se dos seus pais, e por outro, os pais (particularmente as mães) queixam-se dos filhos. Alguns autores apelidam este período de “*storm and stress*” (“tempestade e stress”) (Lightfoot, Cole & Cole, 2009).

Diferentes causas têm sido atribuídas à trama conflitual que se impõe nesta fase do desenvolvimento. Por um lado, nos trabalhos influenciados pela Teoria da Sexualidade de Freud (1920), a intensificação dos impulsos sexuais e conseqüente reactualização da problemática edipiana são identificadas como estando na base dos conflitos entre pais e filhos devido à necessidade de se realizar o luto das *imagos* parentais (Cordeiro, 1988; Dahl, 1995). Por outro, teorias mais recentes, alertam para outras questões. Blos (1967) aponta para a

conflitualização com os objectos internos infantis, levando à necessidade de desinvestimento dos mesmos, e Erikson (1972) sugere que estes espelham a necessidade do jovem construir a sua própria identidade (recorde-se o conflito central da adolescência, difusão/formação da identidade). Todavia, é comum a necessidade de afastamento e investimento de si e de figuras extra-familiares que, finda a adolescência, irão culminar na formação de um *self* autónomo e coeso. Há também autores que apontam para a importância de uma potencial crise por parte dos pais, contribuindo para a conflitualidade da relação pais-filhos neste momento do desenvolvimento (Fleming, 1997; Malpique, 2003)

Embora a luta pela autonomia seja uma tarefa essencial ao desenvolvimento, é também das mais difíceis de realizar (Flemming 1997). A necessidade de se afastar (abandonar) e o medo de ser abandonada pelos pais leva a sentimentos de culpabilidade e vergonha, favorecendo a oscilação entre ataques (agressividade) e tentativas de reparação, espelhando a grande instabilidade emocional desta fase do desenvolvimento (Malpique, 2003). Particularmente na rapariga, a necessidade de fuga à mãe arcaica pré-genital (Blos, 1967, 1985), desperta uma grande ambivalência entre a regressão, retorno ao conforto e cuidados maternos, e o temor de cair numa posição de submissão (Dahl, 1995; Malpique, 2003). Naturalmente, o sucesso desta tarefa está intrinsecamente ligado à “confiança básica”, ou seja, se na relação precoce houve um investimento narcísico suficiente por parte dos pais, a menina (e também o menino) sentir-se-á capaz de se separar e diferenciar. Contudo, antes da púbere ser capaz de investir libidinalmente noutra objecto (extra-familiar) e escolher um objecto sexual, deve ocorrer um retraimento narcísico – investimento de si, do corpo (Malpique, 2003; Cordeiro, 1988) – devido à quebra de auto-estima que o afastamento aos pais provoca. Os pares desempenham também uma função fulcral.

Todas as alterações potenciadas pela puberdade, pelo impacto psicológico que têm, modelam a dinâmica relacional. Youniss e Smollar (1985) verificaram grandes diferenças. Assim, as raparigas vêm nos pais figuras de autoridade, mas apenas procuram o seu suporte para situações práticas, observando-se menos proximidade. Enquanto isto, a proximidade com a mãe tende a ser maior, mas há mais conflitos, o que parece estar relacionado com a ambivalência do seu papel enquanto figura de autoridade e igualdade. Há também procura de suporte emocional e instrumental e apesar dos conflitos as raparigas têm percepção de que as mães também precisam do seu apoio.

c. Na relação com os pares/coetários

A importância dos coetários na adolescência é consensual (Erikson, 1972; Feldman, 2007; Medeiros, 2000). Com a desidealização das *imagos* parentais, levando a sentimentos de vazio, haverá uma progressiva necessidade de investir libidinalmente objectos extra-familiares, sem que o investimento libidinal em si mesmo seja negligenciado; “O Homem é essencialmente um animal narcísico – que se admira e precisa de ser admirado” (Matos, 1983). Assim, a necessidade de afastamento em relação aos pais, na demanda pela autonomia, leva os pré-adolescentes a manterem relações com os pares de maior proximidade. Por exemplo, é através destas relações que se começa a experimentar novos papéis de acordo com o contexto em que se inserem (Silva, 2004) – socialização.

Os pares têm assim uma importante função na promoção de suporte instrumental e emocional, participando na resolução das tarefas desenvolvimentais da adolescência, e consequentemente na construção da identidade (Gouveia-Pereira *et al.*, 2000). Como Cotterel (1996) refere, através da aceitação e reconhecimento é fomentada a identidade grupal. Também Erikson (1972) segue uma linha semelhante, considerando que os grupos promovem uma maior capacidade para lidar com a fragilidade e confere-lhes um papel fundamental no desenvolvimento da identidade.

Ainda que a importância dos pares se mantenha ao longo do processo adolescente, importa referir que o tipo de relação que se estabelece sofre alterações ao longo do tempo, tornando-se as amizades progressivamente mais íntimas (Lightfoot, Cole & Cole, 2009). Também ao nível do género têm sido encontradas diferenças significativas. Por exemplo, a proximidade numa fase inicial da adolescência é um aspecto importante nas amizades, mas enquanto nas raparigas esta passa pelo toque, nos rapazes há uma maior experimentação da agressividade, ainda que amigável. Assim, para as raparigas as amizades, que tendem a ser exclusivas, geralmente duais, são pautadas pela partilha de afectos e intimidade, pelo que nesta fase são a fonte de suporte mais importante (Feldman, 2006; Lightfoot, Cole & Cole, 2009). Contudo, o suporte dos pais continua a ser importante (Hill, 1985; Lightfoot, Cole & Cole, 2009).

CAPÍTULO 3 – PRÉ-ADOLESCÊNCIA E DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

“Os médicos dedicam muito tempo e esforço a tentar adquirir controlo, minimizar o progresso da doença e reduzir as suas complicações. Por outro lado, os adolescentes estão muito mais interessados em completar as tarefas da adolescência”.

Yeo and Sawyer (2003, cit. Povey-Pearce *et al.*, 2007)

A Diabetes *Mellitus* Tipo 1 é uma doença crónica complexa pelo que, independentemente da idade em que é diagnosticada, a criança ou o adolescente diagnosticado e respectiva família terão que se (re)adaptar às implicações subjacentes à mesma (Marcelli e Braconnier, 2005; Dovey-Pearce *et al.*, 2007; Butner *et al.*, 2009). Contudo, o impacto que este diagnóstico tem na infância não é o mesmo que na adolescência. Se na infância há uma amplificação das necessidades psicológicas inerentes ao desenvolvimento afectivo e consequente reforço dos laços de dependência entre pais e filhos (em especial da mãe) (Delamater, 2009), característica das relações nesta fase do desenvolvimento, na adolescência não se verifica a mesma tendência. Marcelli e Braconnier (2005) consideram que as exigências das doenças crónicas e a necessidades típicas da adolescência são antagónicas e apontam três obstáculos que os adolescentes têm que enfrentar:

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

Na perspectiva de Marcelli e Braconnier (2005) a doença crónica é assim um “verdadeiro ataque ao processo pubertário”. Concordamos com esta perspectiva. De facto, o processo de separação e o corpo, problemáticas-base da pré-adolescência, são das mais afectadas pela dinâmica que se estrutura em torno da doença, envolvendo o jovem e os pais.

Retomando a problemática da segunda individuação (Blos, 1967), quando na infância há uma doença crónica, a dependência que é estabelecida entre pais e filhos pode promover a

tendência à regressão na adolescência. O sucesso da conquista de autonomia por parte do adolescente vai depender da forma como a doença foi assimilada e integrada na dinâmica familiar, em particular os fantasmas parentais referentes aos sentimentos de culpabilidade, injustiça, vivência de morte e desejo de reparação (Marcelli e Braconnier, 2005). Da parte da mãe, que na literatura é identificada como desempenhando um papel fundamental e maior proximidade, a hiperprotecção e o controlo excessivo podem dificultar a separação necessária da mãe arcaica pré-genital, à realização do luto das *imagos* parentais (desidealização). Outro possível obstáculo está relacionado com os tratamentos e o contacto corporal que estes implicam (A. Freud, 1952), dificultando ao pré-adolescente a dessexualização das figuras parentais e de tomar novo corpo como “propriedade sua”.

Como referido anteriormente, “o corpo está no centro da maioria dos conflitos do adolescente” (Marcelli & Braconnier, 2005, p.149) e está intrinsecamente ligado à construção do narcisismo. Assim, o pré-adolescente tem que se apropriar do seu corpo que até então era “propriedade dos pais” e investi-lo libidinalmente com as suas falhas. A representação de si corporal, como verificaram Dovey-Pearce *et al.* (2007), pode ser deformada e levar à formação ou acentuação de uma importante ferida narcísica (Moran, 1984). Para que o jovem diabético seja capaz de reestruturar o Ego corporal, construindo uma imagem de si integra e unificada, sem falhas, tem que haver um equilíbrio narcísico, que só será conseguido se os investimentos libidinais neutralizarem os agressivos, que podem derivar dos sentimentos de ódio ao corpo danificado. Este equilíbrio depende também do investimento narcísico dos pais durante a infância.

Marcelli e Branconnier (2005) alertam, quando o “corpo doente” é maioritariamente investido por cargas agressivas de ódio só há uma solução, a clivagem: “por um lado, uma imagem de si idealizada (perfeita mas inalcançável) e, pelo outro, uma imagem de si desvalorizada, vil e que é melhor desconhecer, e em última instância suprimir” (Marcelli e Braconnier, 2005, p. 519). Naturalmente, ainda que a clivagem tenha como objectivo preservar um mínimo de imagem positiva de si, que possa ser investida, exacerba a falha narcísica e é a grande responsável por perturbações ao nível da auto-estima. Outras potenciais consequências desta ferida narcísica são, a depressão, o isolamento social, os sentimentos de baixa auto-eficácia e auto-conceito e os problemas alimentares (Dovey-Pearce, 2007). Sendo que os elevados níveis de motivação e auto-controlo são identificados como necessários para uma boa adesão terapêutica, (Ott *et al.*, 2000), a desvalorização de si pode levar ao

estabelecimento de um ciclo vicioso em que, por um lado assiste-se ao agravamento/descontrolo da doença por negligência. E por outro, às problemáticas supracitadas devido às dificuldades de integração da representação deste corpo, o que por si só na pré-adolescência é uma tarefa difícil, exacerbadas por este ser um “corpo doente”. Portanto, a diabetes pode constituir-se como obstáculo à construção da identidade e estabelecimento de limites.

Estando a falar de pré-adolescência é necessário fazer referência ao papel dos pais e o impacto que a doença crónica, neste caso a diabetes, pode ter nesta relação. Apesar da diabetes não provocar alterações a nível visual (a *olho nu*), nem produzir necessariamente atrasos ao nível do início das transformações pubertárias, por vezes pode levar a sentimentos de inferioridade. Interessa aqui também falar novamente da negociação da autonomia que nestes casos pode assumir proporções dramáticas (Anderson *et al.*, 2002, cit. Hanna and Decker, 2009). A “junção” da adolescência e da diabetes é um desafio para o pré-adolescente, mas também para os pais, uma vez que até então lhes coube a responsabilidade de exercerem um maior controlo na regulação da doença (Butner *et al.*, 2009; Hoey, 2009). Desta forma, se a negociação de autonomia tende a ser fonte de conflito e geradora de ansiedade, parte a parte, perante uma situação em que o adolescente é diabético esta conquista será mais difícil de ser alcançada. Isto ocorre, em parte, devido aos medos e ansiedade que são despertados nos pais (e.g. Dashiff *et al.*, 2008; Butner *et al.*, 2009), uma vez que temem que o jovem negligencie a sua doença, em virtude da “experimentação” típica da adolescência (Anderson, 1990; Butner *et al.*, 2009), mas também é fruto das relações de grande dependência que foram estabelecidas na infância.

Marcelli e Braconnier (2005) referem que podem surgir os sentimentos de inferiorização em relação aos outros, em particular aos coetários, sentindo-se diferentes porque têm uma doença que os impede de adoptar comportamentos de experimentação tão importantes nesta fase do desenvolvimento. Anderson (1990) acrescenta que a falta de autonomia pode levar a sentimentos hostis e à não adesão ao tratamento. Apesar de Dovey-Pearce *et al.* (2007) esperarem que os participantes apresentassem sentimentos de inferioridade em relação aos pais, tal não aconteceu, focando as suas preocupações ao nível do corpo e na relação que estabelecem com ele.

Ainda que a diabetes e a adolescência, pelas suas necessidades contrastantes possam ser consideradas como uma mistura potencialmente perigosa pelas suas necessidades

contrastantes (Dovey-Pearce *et al.*, 2007), já que a primeira pode dificultar o desenrolar da adolescência e conseqüente transição para a fase adulta, esta não deve ser necessariamente considerada como impedimento para a sua realização. Por forma a facilitar a mediação desta relação é importante que haja um reajustamento familiar e intrapessoal, sendo essencial o estabelecimento de uma relação colaborativa que inclua também o “mundo médio” (Dashiff *et al.*, 2008; Hoey, 2009; Butner *et al.*, 2009). Consideramos também que deve ser tido em conta que os adolescentes diabéticos, sim, têm uma doença crónica que precisa de controlo e cuidados exigentes, mas acima de tudo são adolescentes, pelo que é importante que pais e todos os profissionais de saúde percebam e se consciencializem das necessidades que são intrínsecas a esta fase do desenvolvimento.

PROBLEMA EM ESTUDO

Tendo em conta as características da Diabetes *Mellitus* Tipo I e às questões ligadas à problemática da imagem corporal que começa a acentuar-se durante a pré-adolescência, com o advento da puberdade, surge o seguinte problema: A diabetes por constituir uma ameaça permanente ao funcionamento vital 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. Coloca-se assim a questão: Será que a expressão de angústia é mais intensa nas pré-adolescentes que sofrem com Diabetes *Mellitus* Tipo I, quando comparadas 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 das 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, 1999).

II. PARTICIPANTES

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

III. INSTRUMENTO, PROVA RORSCHACH

Desenvolvida em 1921 pelo psiquiatra suíço Herman Rorschach, a prova projectiva Rorschach é constituída por dez cartões e no seu conjunto permite o estabelecimento de um diagnóstico psicológico da personalidade – normal ou patológica –, sendo aplicável a crianças, adolescentes e adultos. Os inúmeros contributos da Escola Francesa (Chabert, 2003; Rausch de Traubenberg, 1975; Rausch de Traubenberg e Beizmann, 1999) e sistematizações

resultantes dos estudos realizados providenciaram, a esta prova, características e fundamentos teóricos psicanalíticos estáveis.

Da apreensão da mancha, os movimentos perceptivos e projectivos vão possibilitar ao sujeito dar um (novo) significado à mancha. A elaboração deste novo significado resulta do *processo-resposta-Rorschach*. Este possibilita-nos, assim, compreender a forma como o sujeito se organiza face à realidade interna e externa. Portanto, é um instrumento “precioso quanto à determinação das imagens do corpo, das fronteiras do Ego, dos envelopes psíquicos [Para além de 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, confrontado com o desconhecido – as manchas – terá então que ultrapassar uma situação de tensão, de caos psíquico – “situação catastrófica” (Marques, 1999) –, o qual terá que ultrapassar mediante um trabalho de (re)estabelecimento de um novo equilíbrio, de coerência interna. Esta será expressa através da criação de símbolos dotados de características internas significativas – objectos internos.

O material

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

Estes 10 cartões, segundo Chabert (2003), podem ser organizados de acordo com a sua constituição e a presença de elementos cromáticos ou acromáticos. A primeira corresponde à dimensão estrutural, através da qual os cartões podem ser diferenciados pelo carácter inteiro e coeso, unilateral, ou numa configuração dupla e por isso bilateral. Nos cartões ditos unilaterais a solicitação inscreve-se na imagem do corpo, do esquema corporal, estando organizados simetricamente em torno de um eixo (I, IV, V, VI e IX), e os bilaterais, por seu lado, reenviam para a representação da relação (II, III, VII e VIII). É ainda possível agrupar 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).

Quanto à presença de elementos cromáticos e/ou acromáticos, os cartões podem ser agrupados pela sua dimensão sensorial: cinzento-escuro (I, IV, V e VI); cinzento (VII); negro-branco-vermelho (II e III); pastel (VIII, IX, X). As diferentes tonalidades têm, naturalmente, conotações simbólicas distintas (Chabert, 2003; Rausch de Traubenberg, 1975; Rausch de Traubenberg e Boizou, 1999). Os cartões cinzento-escuro 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. Os cartões pastel, pela tonalidade pálida e filtrada, induzem à evocação dos 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 sua abordagem ao mundo interno e externo, 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). Os determinantes e conteúdos que lhes estão associados, não devem ser negligenciados, 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 projecção, visto que as respostas Rorschach são produto do encontro destes dois “elementos”, ainda que em níveis diferentes. Sucintamente, as respostas formais atestam a relação do sujeito com a realidade e 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 dos afectos. Por seu lado, as respostas claro-escuro e cinestésicas introduzem uma importante dimensão projectiva. As primeiras mais associadas à manifestação de angústia, as segundas, pela introdução de movimento quando este não existe, 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 igualmente importantes, nomeadamente ao nível do estudo da socialização, da adaptação e estabelecimento da relação, e ainda acerca da identidade subjectiva.

Desta forma, 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, elaboração dos afectos, entre outros. Portanto, é da confrontação destes dados quantitativos e dos elementos qualitativos que nos ajudam à compreensão do “pulsar” do funcionamento do sujeito.

Cartões, solicitação simbólica

Os cartões Rorschach devem ainda ser analisados a partir da tonalidade emocional evocada e respectiva “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 vivenciada no sentido de um simples mal-estar, de uma excitação positiva ou de uma reacção negativa, pela introdução das tonalidades negro + vermelho + branco, a solicitação simbólica é variável. 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.

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 à 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, pode despertar tomadas de posição, quer de dominação, quer de submissão, sendo considerado que o papel superegótico 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**, não só é o último cartão, pelo pode 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 centração é feita nas cores, na dispersão ou na importância do espaço branco. Assim, 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

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, parece-nos fazer todo o sentido seguirmos os eixos interpretativos propostos por Chabert (2003): representação de si e representação da relação.

A prova Rorschach, devido à sua configuração, permite uma centração ao 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.

Portanto, a representação de si, logo a representação da imagem que o sujeito tem do seu corpo, é mais facilmente expressa-se nos cartões ditos unitários e compactos (I, IV, V e VI), o que se deve à sua construção simétrica organizada em torno de um eixo vertical que é sugestivo do esquema corporal. Assim, nestes cartões são atestadas 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, sexual e etária.

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 às 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 o acesso 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 das 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.

Optámos 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 de 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 estabelecer um breve diálogo com os pré-adolescentes, criando alguma proximidade.

Procedimentos da Análise de Resultados

Relativamente à análise dos resultados, obtidos a partir dos protocolos Rorschach, começámos por proceder à cotação dos mesmos com o 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). Quanto às análises qualitativas, recorreremos aos manuais acima referidos, particularmente de Chabert (2000, 2003), e focámo-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.

Nos protocolos das raparigas com diabetes, apesar de terem surgido, em algumas ocasiões, manifestações características da linha psicopatológica, visto que as recolhas foram feitas de forma aleatória, decidimos não os excluir.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A. ANÁLISE QUANTITATIVA, TRAÇOS SALIENTES

Tendo em conta que o nosso objectivo, nesta fase, é a comparação dos dados quantitativos dos protocolos por idade, para efeitos da análise dos psicogramas, pareceu-nos mais conveniente organizar quadros com os dados que lhes correspondem, tornando mais fácil e acessível a comparação por idades entre pré-adolescentes com e sem diabetes (ver anexos G, H e I)

Raparigas Pré-adolescentes sem Diabetes 1

i. Produtividade e Tempo

Da leitura dos psicogramas verifica-se que a produtividade das pré-adolescentes de 12 anos encontra-se dentro dos parâmetros normativos. Contudo os tempos, total e por resposta, são reduzidos, o que vai ao encontro dos encontrados num estudo realizado por Soares e Marques (2009), já os tempos de latência encontram-se dentro dos valores expectáveis. Aos 14 anos verificamos uma tendência semelhante. Contudo, se aos 12 anos não há recusas, nas pré-adolescentes de 14 anos há uma por protocolo, cartões IX e IV.

Relativamente aos 13 anos verificamos que o número de resposta é oscilante, enquanto que num protocolo temos nove respostas e duas recusas, dos cartões V e IX, noutra protocolo há 23 respostas sem qualquer recusa. Os tempos, total e por resposta, são mais elevados, o que pode denotar também maior ansiedade.

Quanto ao número de banalidades tendem a encontrar-se dentro dos números normativos, o que nos dá conta da participação no pensamento social, colectivo, indicativo de um contacto adequado com a realidade externa (Chabert, 2003).

ii. Modos de Apreensão e Determinantes

No que concerne aos tipos de apreensão (TA), é curioso verificar que nas três faixas etárias há uma quase exclusividade dos TA em G e D, ainda que a sua preponderância seja ligeiramente diferente.

Assim, aos 12 anos apesar do aparente equilíbrio entre os modos de apreensão, constatamos que há diferenças qualitativas importantes, nomeadamente a preferência, ou pelo pólo perceptivo, ou pelo projectivo. Contudo, através do estudo da qualidade formal das respostas, em ambos os protocolos, os valores são adequados, indicando que há uma abordagem da realidade social adaptada e capacidade de delimitação, o que se mantém com a participação de outros determinantes (F+%a).

Relativamente aos 13 anos, apesar de haver recurso às pequenas cinestésias, nomeadamente movimentos de objectos e fenómenos da natureza (kob), que reenviam para dimensões pulsionais (Chabert, 2003; Rausch de Traubenberg e Boizou, 1999), há também diferenças noutros elementos dos psicogramas, como a proporção da utilização dos modos de apreensão e variabilidade dos determinantes. Quanto aos protocolos das pré-adolescentes de 14 anos, apesar de haver diferenças em relação ao modo de apreensão, parece haver uma ligeira preferência pelo pólo perceptivo (F%: 62 e 68,8%). O estudo da qualidade formal das respostas, em ambas as idades, vai ao encontro dos valores normativos, indicando a adaptação e adequação à realidade externa.

Parece-nos que as diferenças inter-individuais nas três idades são reflexo da diversidade existente ao nível maturativo. De facto, a literatura aponta para uma grande heterogeneidade ao nível do desenvolvimento, particularmente nesta fase inicial da adolescência (Blos, 1985).

iii. Conteúdos

Quanto aos conteúdos é importante salientar que de uma forma geral, preferencialmente são utilizados figuras animais e humanas, dando-nos indicação de uma participação social adequada (Chabert, 2003). A partir dos 13 anos parece começar a haver um maior recurso a conteúdos mais variados.

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

Relativamente à dinâmica afectiva interessa analisar um conjunto de dados que se encontram representados no psicograma. Quanto ao Tipo de Ressonância Íntima (TRI) não há um “padrão” representativo das raparigas pré-adolescentes sem diabetes, observando-se diversidade dos tipos de TRI, extratensivo, introversivo e ambiguoal. Note-se ainda que apesar desta variabilidade a representatividade dos pólos não é exagerada e a dimensão perceptiva

não é negligenciada, o que se pode observar através do estudo da relação entre F%, F+% e F+%a. Naturalmente, não podemos falar da TRI sem a Fórmula Complementar (FC), e vice-versa. Também num plano geral, a FC aos 12 e 14 anos tende a configurar-se com pouca expressão, enquanto aos 13 anos as pequenas cinestésias assumem particular destaque no dinamismo projectivo destas adolescentes, surgindo pela primeira e única vez objectos em movimento ou fenómenos da natureza (kob), o que pode ser espelho da conflitualidade interna destas pré-adolescentes. Parece-nos, de facto, que os 13 anos se constituem como um momento de grandes transformações internas, assumindo-se nesta amostra como a fase “quente” da pré-adolescência.

Contudo, há dois protocolos, 3 e 8, que se destacam em particular pela discrepância entre os pólos grande cinestésia e cores. Analisando a TRI do protocolo 3, introversiva, poderia levar-nos a pensar que estaríamos perante uma pré-adolescente absorta nos seus pensamentos negligenciando a realidade externa (Rausch de Traubenberg, 1975). Mas isto não se verifica, uma vez que apesar do F% e F+% reduzidos, os F%a e F+%a são adequados e dão-nos indicação de que a sua actividade projectiva não descarta a realidade externa e a sua percepção. Para além disto, as figuras humanas utilizadas neste protocolo são inteiras e bem definidas, na sua maioria com sexo definido. No que concerne ao protocolo 8, em que a TRI é do tipo extratensivo, não nos parece que se trate de uma jovem sem contenção na expressão dos seus afectos. Mais uma vez, o pólo perceptivo acompanha a sua dinâmica de respostas, levando-nos a crer que, apesar da sensibilidade às tonalidades acromáticas e cromáticas, é capaz de conter os afectos, delimitando-os.

No que concerne à Reactividade à Cor (RC%), mais uma vez, aos 12 e 14 anos assiste-se a índices de RC% maiores (superiores a 40%), e aos 13 anos encontra-se dentro dos valores normativos. Note-se que, nas três idades, o número de FC/FC' tende a ser igual ou superior à soma dos CF/C'F e C/C'. Assim, ao juntarmos na “equação” TRI, FC, RC%, parece-nos plausível considerar que apesar da sensibilidade e reactividade à cor, e portanto aos afectos, há capacidade de contenção.

Quanto aos conteúdos animais e humanos, dos quais se destacam os primeiros, aos 12 e 13 anos, da análise do bestiário ressalta o recurso a animais com limites geralmente bem definidos, mas que carecem de força e potência (ex. coelhos, ratos, insectos, etc.). As figuras humanas, quando surgem, tendem a ter limites definidos, mas com pouca diferenciação sexual (ex. protocolo 7: “anjos”, “monges”), apesar de se começar a observar tentativas para o fazer

(ex. protocolo 7: “tronco de homem”). Aos 14 anos, a indefinição começa a esbater-se e surgem, por exemplo, animais com limites definidos e de força (ex. “tigres”, “ursos”, “cães”).

Parece-nos que o Índice de Angústia (IA) nas pré-adolescentes sem diabetes não apresenta grande relevância, surgindo apenas em duas ocasiões e abaixo de 12%.

Raparigas Pré-Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1

i. Produtividade e Tempo

A partir da observação dos psicogramas constatamos que, à excepção do protocolo 3D que tem 50 respostas, a produtividade encontra-se dentro dos valores normativos para esta faixa etária. O tempo total nos protocolos das pré-adolescentes com diabetes encontra-se abaixo dos valores normativos, mas acima dos valores observados nas raparigas sem diabetes. Aos 14 anos esta diferença acentua-se. Também nos tempos de latência e por resposta foram superiores em todas as idades.

Relativamente às banalidades, exceptuando os protocolos 3D em que há três banalidades para 50 respostas e 19D com uma banalidade para 21 respostas, os restantes apresentam um *ratio* adequado.

O número de recusas, que não se observa aos 12 anos, nas pré-adolescentes de 13 há uma recusa num só protocolo (protocolo 19D: cartão VI) e aos 14 anos há pelo menos uma recusa por protocolo (protocolo 1D: cartão IX; protocolo 6D: cartões III, VIII; protocolo 11D: cartões IV e IX).

ii. Modos de Apreensão e Determinantes

De uma forma geral, os tipos de apreensão (TA) tendem a ser em G e D. Contudo, nas raparigas com diabetes houve recurso a outros modos de apreensão, nomeadamente, 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, que utilizados de forma arbitrária podem ser reflexo de uma tentativa de controlo (Chabert, 2003), de contenção, que falha. Detectamos desde já diferenças assinaláveis nos modos de apreensão

das raparigas com diabetes, por comparação às outras. Ainda assim, há uma clara tendência para a preferência pela apreensão do percepto em grande detalhe, estando as percentagens muito acima dos valores normativos, diferença que, em todas as idades, é mais acentuada nas raparigas com diabetes.

Relativamente aos determinantes, verificámos que aos 12 anos há alguma heterogeneidade a nível qualitativo, havendo respostas mais impressionistas, associadas às cores cromáticas e acromáticas, e recurso a grandes e pequenas cinestésias. No entanto, parece-nos que o que merece maior destaque é a utilização dos elementos sensoriais nestas raparigas, também frequente nas pré-adolescentes sem diabetes.

Se os 13 anos, nas pré-adolescentes sem diabetes se constitui como um momento de destaque em relação às restantes idades, da análise dos psicogramas o mesmo não se verifica nas raparigas com diabetes. Por exemplo, se a presença de kob's é assinalado pela literatura (Chabert, 2003; Rausch de Traubenberg, 1975) como elemento que espelha um dinamismo interno conflitual, sempre presente nos protocolos das raparigas sem diabetes com 13 anos, o mesmo quase não tem expressão nestas jovens.

Importa ainda referir que, quer aos 12, quer aos 13 anos, apesar do pólo perceptivo ter uma expressão adequada ($F\% > 50\%$ em todos os protocolos), a sua qualidade tende a ser reduzida ($F+\% < 60\%$). Note-se ainda que a par da utilização de outros determinantes, estes são quase sempre acompanhados pela forma, inclusive o $F\%a$ é elevadíssimo ($> 90\%$ em todos os protocolos). Embora isto possa ser interpretado como um movimento adaptativo e de contenção da projecção, verificamos que nas raparigas com diabetes, aos 12 e 13 anos, a qualidade dos elementos mais projectivos, ainda que acompanhados pela forma, é reduzida (para um $F\%a$ superior a 90, o $F+\%a$ tende a ser abaixo de 55%), dando-nos conta da intensidade projectiva não contida.

Em relação às raparigas de 14 anos, em que há sempre recusas, o que não acontece nas outras idades, parece-nos importante referir uma ligeira acentuação do recurso a respostas em grande detalhe, a não há preferência por grandes cinestésias (protocolo 11D: um K para dois kan; protocolo 11D: dois K para dois kan; protocolo 6D: 0 K), diminuição do uso de respostas cor, quase ausência de Índice de Angústia e abaixamento da reactividade à cor. Da análise destes dados, parece-nos que aos 14 anos há um esforço acrescido por parte destas pré-adolescentes (com diabetes) no sentido da contenção através de um maior controlo, não

esquecendo também que se trata de uma idade em que há uma maior estabilização das transformações corporais. Contudo, tal como aos 12 e 13 anos, o estudo da relação entre F% e F+a e ainda F+% e F+%a, leva-nos a crer que esta tentativa de contenção nem sempre é conseguida.

iii. Conteúdos

Mais uma vez, os 14 anos distinguem-se dos 12 e 13 anos, idades em que os conteúdos animais predominam, ainda que as figuras humanas tenham uma expressão dentro ou ligeiramente abaixo dos valores normativos. Aos 14 anos a nomeação de figuras humanas é muito reduzida (uma por protocolo). Ao contrário das raparigas sem diabetes, nestes protocolos, desde os 12 anos observa-se um investimento significativo noutros conteúdos que não os animais e figuras humanas.

Importa também referir que aos 12 e 13 anos há conteúdos referentes a partes animais e humanas, bem como anatomias, o que nunca se verificou nas raparigas sem diabetes. Isto poderá ser alusivo à angústia corporal exacerbada que existe nas pré-adolescentes com diabetes. Neste sentido, questionamo-nos o porquê da ausência destes conteúdos nas raparigas 14 anos, será que há uma procura, mesmo que inconsciente, de controlo? Outro motivo que nos parece plausível reside no facto de, aos 14 anos o processo pubertário estabilizar, logo as transformações corporais também. Assim, dar uma imagem corporal humana pode significar nestas pré-adolescentes integrar na representação de si um corpo doente, tarefa que compreendemos como sendo difícil.

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

No que concerne à dinâmica afectiva, apesar da maioria corresponder a tipos de TRI extratensivo, podendo reenviar para a existência de um “padrão”, a expressividade dos pólos que a constitui é variável. Contudo, não há TRI do tipo introversivo e as grandes cinestésias apesar de estarem quase sempre presentes têm pouca expressão, destacando-se ligeiramente a dimensão mais sensorial. Há três TRI do tipo coartativo, um em cada idade. Já a Fórmula Complementar (FC) tende a ser coartada ou coartativa e quando há maior expressão, ressalta o pólo cinestésico que vai no sentido da introversividade, influenciado pelo recurso a cinestésias de animais.

A Reactividade à Cor (RC%) é superior aos 12 e 13 anos, enquanto nas raparigas de 14 anos encontra-se dentro dos valores normativos. Apesar da elevada reactividade às cores pastel, parece-nos importante salientar que quando a cor é integrada nas respostas, tende a surgir acompanhada pela forma e portanto parece haver capacidade de contenção.

Relativamente aos conteúdos animais, são semelhantes aos enunciados pelas raparigas sem diabetes, destacando-se também na análise do bestiário a alternância entre animais frágeis (ex. “borboletas”, “coelhos”, “manta”) e de potência (ex. “touros”, “veados”, “ursos”). Foi também frequente a identificação de animais fóbicos (ex. “aranhas”, “ratos”, “sapos”) e agressivos (“bocas de crocodilos”, “galos”, “abelhas”). Ainda assim tendem a ser apresentados com contornos definidos, tal como as figuras humanas. No entanto, apesar da identidade, enquanto fazendo parte do reino dos seres-humanos parecer estar bem definida, o mesmo não acontece com a identificação sexual (ex. “crianças”).

O Índice de Angústia (IA) nas pré-adolescentes com diabetes assume particular destaque em comparação às que não têm esta doença crónica. Particularmente aos 12 e 13 anos, os índices dão-nos conta de uma angústia corporal que, por comparação, é mais evidente. Saliente-se que estes índices, por vezes, aumentam com a integração das respostas de partes animais na fórmula ($[Hd + Anat + Sg + Sexo + Ad] / R$). Os índices de angústia aos 12 anos são, 16% (com Ad; sem Ad: 8%), 10,5%, 20% (com Ad; sem Ad: 6,7%) e aos 13 anos, 4%, 12,5%, 32,1% (com Ad; sem Ad: 14,3%). Aos 14 anos o índice de angústia cessa (excepto no protocolo 1D).

B. ANÁLISE QUALITATIVA

No mesmo sentido, para a análise qualitativa dos protocolos decidimos organizar quadros, sendo-nos possível expor uma breve análise cartão-a-cartão para cada protocolo. 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.

Raparigas Pré-adolescentes sem Diabetes 1

i. 12 Anos (ver anexo J)

Da análise dos protocolos de 12 anos, constatamos que, apesar de algumas diferenças assinaláveis, ambas apresentam uma representação de si coesa e unitária, dando-nos conta da sua integridade corporal. As diferenças encontradas parecem-nos ir ao encontro de diferentes ritmos de desenvolvimento e por isso de maturidade. Enquanto que no protocolo 1 (ressaltam indicadores de imaturidade, no protocolo 3, assiste-se precisamente ao oposto.

Assim, no protocolo 1 a imaturidade reflecte-se pela, imprecisão das imagens evocadas, precauções verbais, elevados tempos de latência até ao cartão V, provavelmente devido à ansiedade causada pela situação-Rorschach, a inexistência de figuras humanas, em detrimento dos animais, e cinestésias, grandes e pequenas, o que nos dá conta da sua imaturidade afectiva. Contudo, é importante destacar o impacto do cartão V, que funcionou como (re)organizador, preparando-a para os cartões seguintes, nos quais a qualidade perceptiva passou a ser mais precisa, particularmente no inquérito, dando conta também da sua insegurança e imaturidade, precisando ainda de suporte do exterior.

No outro protocolo, 3, observa-se um movimento de desenvolvimento contrário, de maior maturidade. Ressalta o elevado número de figuras humanas, com diferenciação sexual e etária, e grandes cinestésias. Os elementos projectivos, através da evocação de movimento e relação, bem como, a capacidade de reparação, assinalam as suas capacidades criativas e revelam a sua problemática – o desejo de crescer, de ter um corpo erotizado, o que vai no sentido do alcance da relação genital, na qual a separação e a individuação têm que estar presentes. Contudo, no cartão X, que nos dá conta deste desejo – *“Uma estátua lá no fundo. Duas mulheres formigas a querer passar por uma ponte mas não as deixam ir.”* –, observa-se a representação que tem de si, nem criança, nem mulher, que ainda tem necessidade de suporte para ultrapassar os obstáculos.

ii. 13 Anos (ver anexo K)

Nesta idade, apesar das diferenças inter-individuais, é possível identificar pontos comuns. Começamos por destacar a necessidade de evitar a pulsão, agressiva, através de relações conflituais ou não-relação, e libidinal, através da dessexualização (ex. “monges”;

“chineses que fazem ioga”) ou da não-relação (ex. “dois homens”; “cara de homem com óculos”). Estes movimentos poderiam levar-nos a supor a existência de uma centração narcísica em que não há espaço para a relação, contudo, tendo em conta os protocolos, parece-nos que a evocação de figuras humanas exclusivamente do sexo oposto – homens – transmite uma curiosidade que ainda não são capazes de elaborar e, conseqüentemente, de actuar.

Neste sentido, destacamos também os movimentos “contra-regressivos” que ambas as raparigas efectuem nos cartões pastel. Num caso, protocolo 7 (ver também anexo B) a recusa do cartão IX, antecedida pela evocação de um tronco de homem no cartão VIII e finalmente a temática de festa, de explosão, no cartão X, que reenviam para a efervescência interna e externa, característica desta fase do desenvolvimento. No outro, protocolo 8 (ver também anexo B), apesar deste movimento não ser tão contundente, pois a introdução das cores pastel levou a um conjunto de respostas com conteúdos tendencialmente regressivos (ex. “árvores”, “rochas”, “céu”), no cartão IX o dinamismo transformacional simbolizado pelo “pôr-do-sol”, “cascata”, e “borboleta” no cartão X, símbolos de renovação e criação, levaram-nos a pensar na existência de uma procura de individuação e afirmação. Além disto, a referência a um boneco humanizado, com atributos masculinos/fálicos, como, bigode, cabelo e chapéu, reforçam esta ideia.

A presença de “fogo-de-artifício”, “cascata” e “árvore a arder”, dá-nos conta de outra semelhança que nos parece pertinente assinalar entre as duas pré-adolescentes de 13 anos, uma vez que são referências a fontes internas que assinalam uma excitação corporal (Chabert, 2003), algo que não identificámos noutras idades. Assim, pensamos que, nesta amostra, os 13 anos assumem-se como um marco, no qual as transformações internas e externas têm maior intensidade.

iii. 14 Anos (ver anexo L)

Aos 14 anos, em comparação à idade anterior, constata-se a existência de uma diminuição dos elementos projectivos que assinalam um maior dinamismo interno, o que nos leva a pensar acerca de uma estabilização das transformações corporais, em que excitabilidade diminui (inexistência de kob's nesta idade). Outra característica comum em ambos os protocolos concerne à entrada na situação Rorschach, aparentemente vivida com tranquilidade, e a capacidade de projectar, desde logo, representações de si íntegras e coesas, sob a forma, quer de animais, quer de figuras humanas (ainda que a identificação sexual

apenas surja num protocolo). Portanto, desde já, por comparação às raparigas de 13 anos, começa a observar-se um período de maior acalmia.

O aumento do recurso dos determinantes formais ($F\% > 60\%$), da reactividade à cor ($RC\% > 45\%$), juntamente com a tentativa de contenção dos afectos, apontam para um maior retraimento narcísico. Provavelmente, após um momento de turbilhão (que nesta amostra se verificou aos 13 anos) é necessário um período de reelaboração destas transformações, corporais e afectivas, para que posteriormente possam ser integradas. Assim, parece-nos que este retraimento narcísico permite a “construção” da segurança no que concerne à representação de si que permitirá a colocação na relação com o outro.

Da análise intra-individual cartão a cartão, constatámos que a problemática central reside na tomada de posição passiva/activa perante a mãe pré-genital. Aos 14 anos, o conflito está entre a submissão, logo regressão, ou a tomada de posição activa no sentido da rejeição, o que irá permitir a individuação, requisito necessário para a autonomia. A oscilação dos conteúdos animais evocados, ora de força, ora mais frágeis, vem neste seguimento. É também necessário sublinhar que a agressividade presente em ambos os protocolos, expressa com contenção e integrada na relação, quer na passagem espontânea, quer na prova das escolhas, parece-nos que é colocada ao serviço da separação-individuação.

Raparigas Pré-Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1

iv. 12 Anos (ver anexo M)

Da análise inter-individual gostaríamos de começar por destacar algumas características comuns aos três protocolos: dificuldade na entrada da situação-Rorschach, denotando dificuldades em lidar com o desconhecido; tendência à sensibilidade à falha evocada pelo branco; necessidade de suporte, observável, quer nas respostas dadas na passagem espontânea, quer pelo facto de no inquérito, ou seja, numa relação de maior proximidade, envolverem-se mais; imaturidade nas relações objectais, em que a funcionalidade, anáclise, especularidade ou não-relação, são as modalidades existentes; índice de angústia elevado em todos os protocolos ($> 10\%$); tonalidade disfórica à cor vermelha, particularmente no cartão II, ainda que a elaboração defensiva seja distinta; diferenciação sexual, com preferência ao próprio sexo.

Destacamos o protocolo 15D uma vez que é o que mais se assemelha aos protocolos das pré-adolescentes sem diabetes. Ressalta a imaturidade, reflectida pela inexistência de figuras humanas, à excepção do inquérito dos limites e do cartão X em que identifica uma cara, assim como não há relação, quer entre pessoas, quer animais. A centração nas caras e nas características corporais (ex. cartão IV) faz-nos pensar numa centração narcísica, em que são acentuadas as suas preocupações corporais. Contudo, não encontramos nenhuma manifestação que nos reenvie para a linha patológica.

Quanto aos restantes protocolos, detectámos uma maior preocupação relativamente à integridade corporal, que sendo frágil, por vezes é ameaçada, sobretudo no protocolo 3D (ver também anexo D) (e.g. cartão II: “*coração*” que em inquérito “*tem a forma, é vermelho e aqui como tem estas coisas para baixo parece que tem algo a escorrer ou foi partido ao meio*”; cartão II: “*pulmões*”, que em inquérito “*podem estar afastados, sem costelas nem nada, apesar de não terem mesmo esta cor, mas têm a forma*”), em que os ataques à integridade corporal se mantiveram ao longo de todo o protocolo, sendo que o perigo de fragmentação foi uma constante. Nos protocolos 3D e 13D (ver também anexo D) destaca-se ainda a relação de objecto do tipo anaclítica, em que numa é funcional (protocolo 13D), e noutra assume contornos que apontam para estados-limites (protocolo 3D). De facto, neste último, encontramos outras manifestações que reforçam esta ideia, como o recurso ao mecanismo de defesa primitivo, clivagem, e a evocação de conteúdos ocultos, sem vida, podendo ser reflexo de um vazio interno subjectivo. Não poderíamos ainda deixar de referir a excessiva necessidade de suporte presente nesta pré-adolescente e que é visível através do seu comportamento ao longo da situação-Rorschach e nos elementos verbais que reenviam para o agarrar, segurar, suportar.

v. 13 Anos (ver anexo N)

Desde já queremos salientar a existência de uma diferença fundamental entre as pré-adolescentes de 13 anos com e sem diabetes, o facto de não haver evocação às transformações corporais e afectivas, que nos protocolos anteriores (sem diabetes) eram manifestadas através da presença de movimento de objectos ou elementos da natureza (*kob*). Contudo, não queremos partir do pressuposto de que estas transformações não existem nas pré-adolescentes

com diabetes. Nestas raparigas detectamos um sofrimento que se centra ao nível da falha e da integridade corporal, embora os recursos defensivos sejam distintos.

No protocolo 7D (ver também anexo E) ressalta a confusão identitária, visível através das respostas sincréticas, confusão em delimitar o dentro/fora e o que é do Eu/não-Eu (outro). Há inexistência de figuras humanas, com a excepção do cartão VII, em que evoca dois irmãos que nos parecem ter características grotescas, reenviando para uma relação de simbiose e uma representação de si bizarra. Além disto, os temas de destruição, devoração e angústia persecutória estão presentes. O conjunto deste material, juntamente à quase inexistência de ressonância afectiva relativa aos temas por ela evocados, bem como a fabulação fora do percepto (F% de 92% e F+% de 28,3%), uma vez que o teste da realidade parece falhar, faz-nos pensar acerca de uma organização da personalidade que partilha características com a linha da psicose.

Relativamente ao protocolo 19D (ver também anexo E) destacamos a presença de uma elevada sensibilidade à falha evocada pelos brancos e que remetem para uma representação de si frágil. No cartão V o seu comportamento indica-nos que a integridade corporal é ameaçada (ex. *“dois touros”*, acrescentando no inquerito, *“isto aqui está cortado ao meio, estão aqui os cornos de um e do outro, estão a ir um contra o outro, as patas estão aqui”*). O conjunto do protocolo e a representação de si (ex. Carão VII, resposta 13: *“velhas corcundas”* que estão deformadas) faz-nos pensar sobre uma pré-adolescente com um importante fundo depressivo, devido à elevada sensibilidade à falha, ao ataque à integridade corporal e ao tipo de respostas que dá, nomeadamente os palhaços, o clássico *“falso-feliz”*. Devido à sua fragilidade narcísica e insegurança necessita de uma relação de suporte, o que se vem a verificar no inquerito, com a melhoria ao nível da precisão das suas respostas e pela relação objectal de suporte que evoca. Assim, no conjunto do protocolo, parece-nos que o elevado número de respostas alusivas a caras (Ad e Hd) reflectem a necessidade que esta rapariga tem de procurar o outro, que a invista narcisicamente.

No protocolo 14D salienta-se a centração narcísica através das respostas em espelho, reflexo e de simetria, contudo, não nos parece uma manifestação de narcisismo patológico. Esta apresenta capacidade de diferenciação sexual, a relação de objecto é de anáclise, o que parece ser uma constante nestas pré-adolescentes com diabetes, contudo, a integridade corporal parece ser coesa.

vi. 14 Anos (ver anexo O)

Esta idade, nas pré-adolescentes com diabetes, é marcada pela heterogeneidade. Contudo, os protocolos 1D e 6D apresentam algumas semelhanças, nomeadamente, a capacidade de projectar uma representação de si coesa e com limites definidos, unitária, com diferenciação sexual, bem como se observam movimentos “contra-regressivos” nos cartões pastel, embora com níveis de sucesso distintos. A diferença parece centrar-se no desejo de estabelecer uma relação de objecto do tipo genital presente no protocolo 6D que se manifesta pela tentativa de nomeação do sexo oposto no cartão III, pela preferência da parte fálica no cartão IV, pelo simbolismo na resposta “espada” no cartão VI e pela resposta “corpo de mulher” no X. Contudo, a evocação de uma relação objectal genital propriamente dita ainda é difícil. No protocolo 1D salienta-se a centração narcísica que neste caso não nos parece uma manifestação patológica, mas como retraimento necessário ao desenvolvimento e preparação para a relação genital.

Por fim, a análise qualitativa do protocolo 11D (ver anexo também F) leva-nos a pensar acerca de uma organização da personalidade da linha narcísica. O impacto disfórico da situação-Rorschach, sendo angustiante, levou-a a recorrer a defesas maníacas, de grandiosidade e onnipotência, que se mantiveram ao longo do protocolo. De acordo com Chabert (2000), podem-se observar “condutas de tranquilização narcísica” (p.99) correspondentes a manifestações de narcisismo patológico visíveis nesta pré-adolescente: atitude de desprezo perante o clínico, material e situação; contacto pouco simpático; arrogância e tentativa de anular a assimetria da relação; tendência à especularidade, através de referências constantes ao reflexo, simetria e espelho, o que reenvia para a centração narcísica. Não há figuras humanas em relação, nem mesmo no inquérito dos limites do cartão III, sugestão que é sentida como algo ridículo, sem qualquer sentido. Curiosamente a única imagem semelhante a figuras humanas fá-la lembrar-se do Peter Pan, podendo ser simbólico da sua procura de se manter na grandiosidade e onnipotência infantil, na “Terra do Nunca”, em que nunca se cresce e tudo o que é desejado acontece. Observa-se ainda dificuldade em dar formas precisas, dando conta de dificuldades ao nível da representação de si, por exemplo, no cartão V, apesar de serem imagens precisas, parece haver alguma inconstância, alguma confusão, logo fragilidade da sua representação.

DISCUSSÃO

Neste trabalho de investigação propusemo-nos a estudar a relação entre Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e a pré-adolescência. Na medida em que esta doença crónica se constitui como ameaça ao funcionamento vital do sujeito, pensámos que poderia levar a um estado de angústia latente, fixando-se a uma imagem do corpo perturbada, doente, com falhas e, que, consequentemente poderia colocar em causa o sentimento de continuidade narcísica. De facto, os resultados corroboraram a nossa hipótese, não só há expressão de angústia é claramente mais intensa nas pré-adolescentes que sofrem com Diabetes *Mellitus* Tipo I quando comparadas com pré-adolescentes que não têm esta doença, mas apresentam também fragilidades, nomeadamente ao nível da representação de si.

Através das análises quantitativa e qualitativa dos protocolos Rorschach foi-nos possível observar diferenças assinaláveis. Queremos começar por destacar o impacto da situação-Rorschach, nomeadamente ao nível da produtividade, tempos e manipulações, superiores nas raparigas com diabetes, o que nos dá conta de maior angústia. Para além disto, as mesmas, ao longo do inquérito mostravam-se mais envolvidas, resultado da sua necessidade de suporte. Este conjunto de informações leva-nos a crer que a projecção nas pré-adolescentes com diabetes foi maior, tendo a situação-Rorschach sido vivida com maior angústia (Chabert, 2003; Rausch de Traubenberg, 1975). A análise da qualidade das respostas, aquando a participação de outros determinantes que não os formais (C, K, Clob, E), reforça esta observação. De facto, apesar de em todos os protocolos, com e sem diabetes, o F%a ter sido elevado (>80%), de um modo geral, nas pré-adolescentes com diabetes o valor de F+%a foi mais baixo (<55%). Isto significa que com a participação de outros determinantes, ainda que acompanhados pela forma, a qualidade perceptiva é baixa, reflectindo alguma dificuldade na contenção da projecção (e da angústia) (Rausch de Traubenberg, 1975).

Relativamente aos dados mais quantitativos verificámos ainda diferenças ao nível dos modos de apreensão, observando-se uma padrão nas raparigas com diabetes, a preferência pelos grandes detalhes (D% elevado). Este comportamento de controlo parece-nos reflectir a necessidade que têm de suporte e de contenção, que pelo excesso, por vezes, leva-as a falhar ao nível da qualidade perceptiva das respostas (Chabert, 2003). Desta forma, o compromisso defensivo perde a eficácia e, assim, há uma “submissão desorganizante às moções projectivas pulsionais e fantasmáticas (Chabert, 2003, p. 114).

Através da análise qualitativa dos protocolos, relativamente à representação de si, constatámos que as pré-adolescentes sem diabetes, de uma forma geral, são capazes de projectar uma imagem de si unitária e coesa, ainda que, por vezes, frágil. No entanto, esta fragilidade parece-nos ser reflexo das transformações internas e externas desta fase do desenvolvimento, pelo que não põem em risco o sentimento de integridade corporal. Pelo contrário, nas raparigas com diabetes, o sentimento de integridade corporal tende a ser frágil e ameaçado, mesmo nos protocolos em que nos cartões compactos conseguem projectar uma imagem coesa. Verifica-se também que, em alguns casos, a angústia solicitada pela cor vermelha reenviou para a angústia corporal, reflectida pelas anatomias, tal como a sensibilidade à falha – evocada pelo branco – e necessidade de a integrar. O IA%, calculado pelo somatório de anatomias, sangue, sexo e partes de pessoas ou animais, sempre elevado nestas pré-adolescentes, em comparação às que não têm diabetes, atesta a fragilidade da sua integridade corporal (Chabert, 2003; Rausch de Traubenberg, 1975).

Outro dado importante concerne ao movimento de procura de suporte e, assim, de contenção por parte das pré-adolescentes com diabetes. Esta necessidade verificou-se com maior intensidade durante o inquérito da situação-Rorschach, que se constitui como momento privilegiado de relação com o clínico, tendo sido vivido com alívio e prazer, denotando assim uma necessidade acrescida do outro, não verificada nas raparigas sem diabetes. No inquérito das pré-adolescentes com diabetes verificou-se outro movimento curioso, o aumento da descrição, que tendencialmente incidiu nos contornos, delimitação dentro/fora, pertence/não-pertence, reenviando para a necessidade de separar, no sentido de impor limites. Isto reflecte a presença de importantes movimentos defensivos que, com a necessidade de nomear invólucros, pretendem proteger a integridade corporal.

Na medida em que a construção de uma representação de si coesa e sem falhas é difícil, naturalmente, a capacidade das pré-adolescentes com diabetes de reconhecer figuras humanas inteiras no cartão III foi drasticamente menor, tendo sido necessário proceder quase sempre ao inquérito dos limites. Perante este facto, a capacidade de colocar figuras humanas em relação é menor. Contudo, quando há relação, esta tende a assumir modalidades distintas das que se observam nos protocolos das jovens que não têm diabetes, que geralmente são lúdicas, logo aconflituais. Nas raparigas com diabetes, além desta modalidade relacional, ressalta com maior evidência a necessidade de suporte – relações de anáclise – e uma

modalidade muito particular, a não-relação marcada pela servidão. Nestas, as modalidades relacionais são funcionais, pelo que a dimensão afectiva não está presente.

Mais uma vez, a falha parece-nos ter um papel preponderante. Estas pré-adolescentes não só têm que integrar o “novo corpo”, resultado do processo pubertário, como têm que aceitar as falhas, resultantes da doença, como suas, logo compreende-se que a dificuldade deste processo seja acrescida, pelo que o retraimento narcísico, tipicamente necessário nesta fase do desenvolvimento, tenderá também a ser mais evidente. Antes de serem capazes de se projectarem em relação, precisam de um sentimento de integridade de si.

Ainda assim, é interessante notar que as identificações preferidas das raparigas com diabetes tende a ser com o próprio sexo, feminino, enquanto nas que não têm diabetes há maior variabilidade, encontrando-se identificações femininas e/ou masculinas. Parece-nos que esta situação se deve a uma maior imaturidade das raparigas com diabetes, o que pode estar relacionado com a manutenção de laços afectivos de maior dependência com as mães, influenciada pela doença e características do seu tratamento, mas podem também ainda não ter chegado a essa fase do desenvolvimento.

Se nas raparigas sem diabetes conseguimos detectar uma linha de desenvolvimento, o mesmo não foi possível nas raparigas com diabetes, devido à grande heterogeneidade, por vezes com manifestações que se encontram dentro da linha psicopatológica. Posto isto, nas pré-adolescentes sem diabetes, aos 12 anos, apesar de terem capacidade de projectar uma representação de si coesa e unitária, há diferenças ao nível de maturidade, o que pode ser justificado pelos diferentes ritmos de desenvolvimento. Os 13 anos são marcados pela necessidade de evitamento da pulsão agressiva e libidinal, curiosidade pelo sexo oposto sem que esta possa ser elaborada, movimentos “contra-regressivos” e efervescência, reflexo de um período de maior excitabilidade (presença de kob) resultante das transformações corporais. Por contraste, os 14 anos constituem-se como um período de acalmia, provavelmente pela estabilização das transformações corporais e necessidade de as integrar, observando-se um maior retraimento narcísico em relação às restantes idade, e mantêm-se os movimentos “contra-regressivos”.

Como referido anteriormente, nas pré-adolescentes com diabetes é mais difícil identificar a existência de uma linha evolutiva, particularmente pela presença de protocolos com manifestações da linha psicopatológica em todas as idades. Aos 12 anos, ressalta o

protocolo 3D com características que na literatura reenviam para uma organização limite da personalidade (Bergeret, 2004; Chabert, 2000; McWilliams, 2005), como a relação funcional, utilização de mecanismos de defesa primitivos como a clivagem (e ainda a projecção de estados emocionais às imagens evocadas), representando o objecto como parcial, bom ou mau. Note-se também a referência a conteúdos sem recheio, ocos, sem vida, o que poderá ser reflexo de um vazio interno, levando-a a uma grande necessidade de suporte, particularmente observada pelo recurso a elementos verbais que reenviam para o agarrar, segurar, suportar.

Por sua vez, aos 13 anos, o protocolo 7D apresenta características congruentes com a linha psicótica (Bergeret, 2004; Chabert, 2000, 2003; McWilliams, 2005), confusão identitária, representação de si bizarra, alusão à simbiose e a presença de temas de destruição e angústia persecutória, enquanto no protocolo 19D há manifestações indicativas de um fundo depressivo evidente (Chabert, 2000, 2003), destacando-se a sensibilidade à falha, representação de si extremamente frágil e ameaçada, insegurança e fragilidade narcísica, bem como a procura de protecção/máscara através do palhaço, “falso-feliz”. Nesta rapariga a melhoria ao longo do inquérito, em termos de precisão das respostas, foi elevada, o que dá conta da sua necessidade de suporte, portanto, do outro. Finalmente, aos 14 anos, as características do protocolo 11D reenviam claramente para uma organização narcísica da personalidade (Bergeret, 2004; Chabert, 2000; McWilliams, 2005): recurso a defesas maníacas, de grandiosidade e onnipotência, atitude de desprezo e arrogância ao longo do protocolo, alusão constante à simetria, reflexo e especularidade, bem como dificuldades ao nível da representação de si.

Ainda assim, nas pré-adolescentes com diabetes sem características psicopatológicas foi possível identificar um conjunto de elementos que, como referido anteriormente, caracterizam uma maior fragilidade e vulnerabilidade, em relação às suas congéneres sem doença. Neste sentido, tendo em conta que a expressão da angústia foi mais intensa nas raparigas pré-adolescentes com diabetes, por comparação às suas congéneres que não têm esta doença, nesta amostra, a hipótese colocada foi confirmada.

CONCLUSÕES

Este trabalho de investigação permitiu-nos chegar a uma série de conclusões, que pela sua importância, parecem-nos confirmar a pertinência de estudos com base teórica dinâmica acerca da relação entre diabetes e pré-adolescência. Assim, gostaríamos de fazer uma breve reflexão acerca dos resultados que obtivemos e que nos parecem ser indicativos de uma maior vulnerabilidade nas pré-adolescentes com diabetes desta amostra. De facto, a presença de uma doença crónica como a diabetes, na nossa amostra, actuou no sentido de potenciar dificuldades e falhas centrais ao momento de desenvolvimento em estudo, pré-adolescência, podendo tornar este processo mais difícil. Contudo, não queremos com isto partir do pressuposto de que a diabetes é necessariamente um ataque à passagem pela pré-adolescência. Pelo contrário, com as conclusões a que chegámos pretendemos aumentar a compreensão destas jovens e chamar à atenção para as suas necessidades, enquanto raparigas pré-adolescentes que por acaso têm diabetes.

Dos resultados que obtivemos neste estudo comparativo, e respectiva discussão, podemos agrupar as diferenças encontradas, entre as pré-adolescentes com diabetes e as que não têm doença crónica, em três grandes grupos, ainda que inter-relacionados: comportamento na prova, desde a tonalidade emocional com que foi vivida, até ao seu envolvimento; a representação de si; e, naturalmente, a representação do outro e da relação. Sublinhe-se ainda o facto de termos encontrado situações que, nas raparigas com diabetes, pelas suas características, vão no sentido de manifestações com características da linha psicopatológica.

Antes de mais, consideramos pertinente começar por referir que os resultados encontrados neste estudo infirmam os obtidos por Sanglade (1983) e Debray (1983), que consideram que neste período do desenvolvimento começam a desenvolver-se personalidades psicossomáticas no jovens com diabetes, nas quais há um sobreposição do pensamento operatório. De facto, desde o início observámos o contrário. Como já temos vindo a referir, a dinâmica projectiva nas pré-adolescentes com diabetes, nesta amostra, foi superior às que não têm esta doença, dando conta de um mundo fantasmático rico, mas que por vezes lhes é difícil conter.

Relativamente ao comportamento na prova, importa destacar que as raparigas com diabetes, de uma forma geral, mostraram-se mais participativas e envolvidas, particularmente

durante o inquérito. Parece-nos que este, enquanto momento de relação privilegiada, em que o contacto é claramente de maior proximidade, permitiu-lhes uma maior abertura e envolvimento. Uma das possíveis razões para este acontecimento, tão marcado e evidente nestas raparigas, pode estar relacionado com a sua necessidade de falar sobre si, de serem (verdadeiramente) ouvidas, visto que, pelo menos, em contexto médico, que faz parte do seu quotidiano, a relação tende a ser pautada pela doença e respectivo tratamento. Contudo, o maior envolvimento no inquérito também nos dá conta de uma necessidade de suporte e protecção acrescidas, o que também pode estar relacionado com a (re)elaboração das dinâmicas relacionais que ocorrem devido à doença, nomeadamente, com os pais, que ao promover uma maior dependência ao longo da infância, tenderá a dificultar o desenvolvimento de capacidades de auto-regulação, bem como a separação que deverá começar a ocorrer nesta fase do desenvolvimento. Note-se ainda que, ao nível das respostas são feitas alusões constantes à necessidade de suporte e protecção, o que é reflectido através das relações de anáclise, espelho e funcionais, da evocação de elementos que reenviam para a contenção, como a necessidade de dar contornos e referência a peças de vestuário e, ainda, formas verbais alusivas ao agarrar, segurar e suportar, entre outros elementos.

Contudo, apesar da necessidade de contenção que as raparigas com diabetes apresentaram, por vezes excessiva, revelou-se ineficaz, tendo sido a manifestação de angústia constante e intensa; facilmente observável através do estudo da qualidade formal das respostas dadas (F%, F+%, F%a e F+%a). Assim, apesar dos elementos mais projectivos serem frequentemente acompanhados por elementos formais, o que aparentemente é indicativo de capacidade de contenção, nas raparigas com diabetes a qualidade perceptiva foi visivelmente mais baixa (F+%a). Estes dados dão-nos conta de uma maior projecção que, não sendo contida, por vezes levou a uma invasão do pensamento. Por esta razão, a situação Rorschach foi vivida com uma tonalidade emocional, no geral, mais disfórica.

Perante estes resultados coloca-se uma questão: porque será que as raparigas com diabetes têm mais dificuldade ao nível da contenção? Porque é que esta é mais intensa? A elevação do IA% nas raparigas com diabetes, que por si só é um importante elemento que reflecte a existência de uma intensa angústia corporal, juntamente com a sensibilidade à falha, evocada pelo branco, dá-nos conta de fragilidades importantes no que concerne à representação de si e da imagem corporal. Provavelmente, estas dificuldades, que são acrescidas nas raparigas com diabetes, resultam de uma importante falha narcísica. Desta

forma, compreende-se que a capacidade de se projectarem numa relação objectal seja diminuída. De facto, quando a relação é evocada, assume modalidades particulares nestas jovens, como a não-relação, anáclise e a especularidade (imagens em espelho e reflexo). Estas relações, em que a dimensão afectiva é quase inexistente, sendo tendencialmente funcionais, parecem-nos ser reflexo, não só da sua dependência e necessidade de suporte, mas também devido às relações de objecto introjectadas, que nestas jovens poderão ter sido resultado da dinâmica que se construiu em torno da doença. A verdade é que a diabetes, enquanto doença crónica grave não afecta apenas o seu “portador”, mas também quem está à sua volta, nomeadamente os pais, (re)modelando a dinâmica familiar.

Esta dificuldade ao nível da representação da relação (e do outro) poderá ainda ser indicativo de um retraimento narcísico, nestes casos, mais evidente. Ainda que seja normal assistir-se a um retraimento narcísico nestas idades, visto que é necessário ao desenvolvimento, nas raparigas com diabetes há uma dificuldade acrescida. Neste âmbito, a falha parece assumir um papel fulcral, já que estas pré-adolescentes têm que integrar o “novo corpo”, resultado das transformações inerentes ao processo pubertário, mas também aceitar as falhas, resultantes da doença, como suas. Portanto, os processos de (re)elaboração e de (re)integração da representação de si que devem ocorrer nesta fase do desenvolvimento serão naturalmente mais complexos e difíceis. É que antes de serem capazes de se projectar (verdadeiramente) em relação, precisam de um sentimento de integridade de si bem definido.

Posto isto, se nas raparigas sem diabetes, apesar das diferenças inter-individuais esperadas, devido aos diferentes ritmos de desenvolvimento, foi possível identificar aspectos comuns, de acordo com as idades, e “desenhar” uma linha de desenvolvimento, que nos pareceu ir ao encontro do processo adolescente. Assim, assinalamos, a capacidade de projetar uma representação de si integra e coesa e a oscilação entre movimentos de afirmação de si, no sentido da individuação e autonomização (que denominámos “contra-regressivos”), mas também ainda regressivos, como procura de conforto e segurança e figuras humanas com identidade sexual definida. Este “trabalho”, este movimento de continuidade não foi identificado nas raparigas com diabetes, devido, sobretudo às manifestações com características psicopatológicas.

Estas manifestações que, foram encontradas em todas as idades, são variáveis no seu nível de organização: aos 12 anos destaca-se uma pré-adolescente com características que se enquadram numa organização limite da personalidade, aos 13 anos, uma das raparigas

aparenta reunir critérios congruentes com a linha psicótica, enquanto outra, pelas suas manifestações, reenvia-nos para um importante fundo depressivo, e aos 14 anos, destacou-se uma jovem que apresenta características consistentes com uma organização narcísica da personalidade. Ressaltam ainda os fenómenos contra-transferenciais ocorridos com as raparigas pré-adolescentes, que levando a sentimentos de confusão, cansaço e até desconforto, parece-nos corroborar a intensidade da angústia e da projecção destas jovens. Da sua dificuldade de contenção e de reorganização.

Queremos também sublinhar que, mesmos nas raparigas com diabetes que não apresentaram critérios de psicopatologia detectámos manifestações que reenviam para importantes fragilidades ao nível da representação si. A dependência aos objectos parentais, em particular ao objecto materno, é superior nestas raparigas – só aos 14 anos se começam a observar movimentos que vão no sentido da afirmação de si, mas com menor intensidade quando comparadas às suas congéneres.

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Gostaríamos de apontar importantes limitações ao nosso estudo. Em primeiro lugar destacamos o reduzido tamanho da amostra pelo que não ambicionamos a extrapolação destes resultados. Em segundo, o facto de não termos controlado um conjunto de variáveis como, factores socioeconómicos e a data de diagnóstico da diabetes (apenas era nosso objectivo que este tivesse sido feito há pelo menos 12 meses). Assinalamos ainda o contexto de aplicação da prova projectiva Rorschach, que apesar de ter sido sempre na APDP, numa sala previamente disponibilizada, ocorreu em diferentes momentos, de acordo com a disponibilidade, antes ou depois das consultas médicas. Outra importante limitação prende-se com os instrumentos, o facto de termos recorrido apenas à prova projectiva Rorschach.

Neste sentido parece-nos que, em estudos posteriores, seria importante o recurso a amostras de dimensão mais elevada e o recurso a instrumentos adicionais, sem que o Rorschach fosse abandonado. Futuramente poder-se-iam ainda incluir os pais no estudo. De facto, apesar de termos estabelecido com eles um contacto muito breve, a ansiedade de alguns pais era visível a “*olho nu*”, e tendo em conta que toda a dinâmica relacional é fundamental ao desenvolvimento, parece-nos que esta inclusão teria todo o sentido. Para além de que, como já referimos, os pais são igualmente afectados com o diagnóstico de uma doença crónica.

Interessa ainda, compreender o processo de reelaboração da dinâmica familiar. No fundo, perceber se há uma alteração total desta ou se, muito provavelmente, há uma intensificação de um conjunto de problemáticas já inerentes a cada agrupamento familiar.

Os nossos resultados, apesar de limitados, parecem-nos importantes, pelo menos, no sentido de alertar para a importância de proporcionar um acompanhamento psicológico a estes jovens, pelo que reconhecemos o trabalho que a psicóloga da APDP tem feito neste sentido, e o esforço da instituição para o manter, e, porventura, aos pais. Apesar dos constrangimentos serem muitos, económicos, limitações de tempo e espaço, etc., os resultados obtidos neste trabalho de investigação são alarmantes. Assim, como forma de atenuar alguns dos constrangimentos acima referidos, poder-se-ia proceder à realização de terapias de grupo, encaminhando para psicoterapia individual os casos que parecessem mais alarmantes.

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.
- 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)
- Burd, M. (2010). Diabetes mellitus - uma visão psicossomática. In J. Mellho-Filho, & M. Burd, *Psicossomática Hoje* (2 ed.). ARTMED.
- 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.
- Cotterell, J. (1996). *Social Networks and Social Influences in Adolescence*. London: Routledge.
- Dahl, E. K. (1995). Daughter and Mothers: Aspects of the Representational World During Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child* , 50, pp. 187-205.
- 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).
- Hill, J. P., Hoimbeck, G. N., Madow, L., Green, T. M., & Lynch, M. E. (1985). Menarcheal Status and Parent-Child Relations in Families of Seven-Grade Girls . *Journal of Youth and Adolescence* , 14 (4).
- Hoey, H. (2009). Psychosocial factors are associated with metabolic control in adolescents: Research from the Hvidoerr study group on childhood dibetes. *Pedriatic Diabetes* , 10, pp. 9 - 14.
- 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 the 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.
- Matos, A. C. (2000). O investimento da imagem corporal na adolescência. In *Escritos 9*. Lisboa: Bial.
- Matos, A. C. (1983). Textos sobre o Narcisismo, Depressão e Masoquismo. *Análise Psicológica* , 4 (3), pp. 409-424.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico* (1 ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores. (Obra original publicada em 1994)
- Medeiros, M. T. (2000). *Adolescência: abordagens, investigação e contextos de desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Regional de Educação.
- 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). *Pratica 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.
- Silva, M. S. (2004). A Adolescência. In *Desenvolvimento das competências sociais nos adolescentes: perspectiva de prevenção em saúde mental na adolescência* (pp. 23 - 43). Lisboa: Climepsi.
- 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.