

Miriam Burd

# O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes *mellitus*

*The adolescent and the psychological response: the diabetes mellitus*

## > RESUMO

O presente artigo procura enfatizar as reações psicológicas à experiência do adoecer chamando atenção para o fato de que esses mecanismos de defesa também atingem o adolescente enfermo. Nessa fase do desenvolvimento humano, a chamada *síndrome da adolescência normal* é aumentada pela doença nas suas já exuberantes características, e é onde o narcisismo ferido do paciente (família/equipe) deixa de ser reinvestido. Aqui é dada ênfase especial à doença crônica diabetes *mellitus* quando atinge o adolescente.

## UNITERMOS

Adolescência; doença crônica; diabetes *mellitus*; reações psíquicas ao adoecer

## > ABSTRACT

In the article, the psychological response and the defense mechanisms are emphasized when the adolescent is sick. The adolescence has many other characteristics. The stage is named adolescence normal syndrome. When the disease occurs, the patient's (family/staff) narcissism doesn't develop. Here the prominence is given to the chronic disease, the diabetes mellitus, when it appears in the adolescence.

## KEY WORDS

Adolescence; chronic disease; diabetes mellitus; psychological response

## > INTRODUÇÃO

A adolescência é um fenômeno muito importante na vida do ser humano. Segundo Arminda Aberastury *et al.*<sup>(1)</sup>, é uma etapa decisiva de um processo de *desprendimento* que se iniciou no nascimento.

As modificações psicológicas que se produzem no período da adolescência, e que são a correlação de mudanças corporais, levam os adolescentes a uma nova relação com os pais e o mundo. Isso só

é possível através do luto pelas perdas do corpo de criança, da identidade infantil e da relação dos pais da infância.

O adolescente, nesse processo, lida com as mudanças da imagem que tem de seu corpo, com sua nova identidade e faz frente à entrada no período de adultidade, que lhe permitirá, mais tarde, ser independente dentro de um limite de necessária dependência.

Não só o adolescente sofre com esse momento, mas seus pais têm dificuldade para aceitar seu crescimento, sua luta pela independência, sua entrada na *genitalidade* e as atitudes que surgem desse processo. Pode flutuar também entre a incompreensão e a rejeição, que podem vir mascaradas pela concessão de uma excessiva liberdade, a qual o adolescente interpreta como um abandono (e que o é na realidade); ou entre limites muitos rígidos ou proteção

Psicóloga clínica; especialista em Psicologia Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ) e em Medicina Psicossomática pelo Instituto de Medicina Psicossomática do Rio de Janeiro (IMPSIS); psicóloga, entre 1995 e 2001, da equipe interdisciplinar do Ambulatório de Diabetes e Metabologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); co-organizadora e autora do livro *Doença e Família*, pela Casa do Psicólogo, e autora de *A Criança Diabética e sua Família*, que será lançado em 2006 pela mesma editora.

exagerada, o que dificulta o processo de desprendimento que marca esse período de forma absoluta.

Quando o adolescente apresenta doenças nesse período, as perdas e os lutos se darão de forma muito mais difícil, e, junto a eles, a vivência da patologia se fará de forma mais contundente. Se essa doença for aguda e rápida, logo passará e os efeitos do adoecimento ocorrerão de forma também rápida. Se a doença for crônica e veio para ficar, é um agravante e um complicador no processo que é comum à fase.

Para a abordagem do adolescente doente são necessários conhecimentos relacionados não só à enfermidade propriamente dita, como também os que dizem respeito às singularidades do período de vida, englobados no que se convencionou chamar *síndrome da adolescência normal*, cujos componentes são a busca pela identidade, a independência dos pais, a contestação dos padrões vigentes, a aquisição do pensamento conceitual, a vinculação aos pares, os comportamentos de risco, a identidade sexual com exercício da sexualidade próximo do padrão adulto e a vivência temporal singular.

As doenças crônicas infanto-juvenis, como o diabetes, revelam questões de extrema importância para os pacientes, sua família, a equipe de saúde que se dispõe a acompanhá-los e a sociedade em geral, que precisa acolher o adolescente, tanto o dito normal quanto aquele que já tem, ou terá, uma doença.

O adolescente diabético, no seu tratamento, exige estrito controle médico, o qual deve envolver uma equipe interdisciplinar cujo campo de ação fica ampliado, garantindo maior possibilidade de sucesso da proposta terapêutica.

O objetivo da abordagem do tratamento proposto só será atingido quando o controle da doença não for mais sentido pelo adolescente como mais uma provação conseqüente da doença, mas como um instrumento que ele pode usar para melhorar sua qualidade de vida no momento presente e, em longo prazo, no futuro.

É de suma importância que as equipes de saúde conheçam a fase do desenvolvimento do paciente, bem como as reações psicológicas advindas do adoecimento e os mecanismos de defesa por ele utilizados (sua família/equipe).

## DISCUSSÃO

### O NARCISISMO E A EXPERIÊNCIA DO ADOECER: UM BREVE RESUMO

Segundo Sigmund Freud, o termo *narcisismo*, já usado em textos seus anteriores, é enfatizado para um estudo especial<sup>(6)</sup>, considerando particularmente os investimentos libidinais, em que a criança (ou toda criatura viva), como forma de autopreservação, investe toda sua libido em si mesma. A esse estado precoce ele chamou de *narcisismo primário*. De *narcisismo secundário* chamou o retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objetivos.

Ao avaliar a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido, Freud aceitou como coisa natural que as pessoas que sofrem, os que adoecem, os que sentem dor, os que estão atormentados por um mal-estar orgânico, deixam de se interessar pelas coisas do mundo externo à medida que estas não dizem respeito ao seu sofrimento. À proporção que sofrem, esses indivíduos retiram o interesse libidinal dos seus objetos amorosos e deixam de amar.

Para Freud<sup>(6)</sup>, "...O homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego e as põe para fora novamente, quando se recupera".

Tudo isso se amplifica na fase da adolescência. O adolescente, mesmo sadio, está tendo de pôr à prova, e o tempo todo, o seu narcisismo, quando está experienciando os lutos da fase, as grandes mudanças corporais e o processo de separação e distanciamento dos pais e do mundo infantil. Quando acontece a doença, aguda e/ou crônica, ele sofre perdas muito grandes, diretamente envolvidas com o seu narcisismo ferido e frágil.

## DOENÇA AGUDA

Lúcia Spitz<sup>(10)</sup> diz que, ao se descobrir doente, e de maneira súbita, algo provoca *ansiedade*, que é a resposta do indivíduo à percepção do perigo. O que tem ainda não possui nome, é desconhecido.

do. Essas sensações de que algo não vai bem, os sentimentos de aflição, medo e apreensão permanecem difusos para evitar que a ansiedade transborde e tenha efeitos desestruturantes. O paciente coloca em uso vários mecanismos de defesa para lidar com o inesperado, proteger o seu narcisismo e para poder ser cuidado.

Podemos dividir em dois momentos:

- a fase do diagnóstico, de incertezas, dúvidas e espera, depende de como a doença se instalou: se foi rápida, de forma aguda, inesperada, insidiosa. É nessa fase que se devem fazer as perguntas:
  - A doença veio aos poucos, sendo possível diagnosticá-la com tempo suficiente para não chegar a um quadro pior ou mais grave?
  - Houve necessidade de internações hospitalares? Como foram?
  - Em que momento do ciclo vital do indivíduo irrompeu a doença?
  - Como a enfermidade foi vivenciada pelo paciente e/ou sua família?
  - Que fantasias sobre a doença tem o paciente e/ou sua família?
  - Como foi passado o diagnóstico para o paciente (e sua família)?
  - Eles deram sinais de tê-lo entendido?
  - Como se deu a relação médico/paciente/família nessa fase?
- Fase do prognóstico:
  - Foi possível a sua cura? Deixou seqüelas?
  - Caracterizou-se como doença crônica, há tratamento, controle, é para o resto da vida?
  - É uma doença incapacitante? Sujeita a recidivas?
  - É potencialmente fatal? Não-fatal? Diminuirá as perspectivas de vida do paciente? Prejudicará a sua qualidade de vida?
  - Impõe, para seu controle, grandes mudanças de hábitos de vida?
  - O tratamento é doloroso, invasivo, demorado, custoso? É inexistente, experimental, parcial, complexo?
  - Como foi passado para o paciente (e sua família), pela equipe de saúde, o prognóstico? O paciente deu sinais de tê-lo entendido? E sua família?

## DOENÇA CRÔNICA

A doença crônica, por definição, não tem cura e é para toda a vida. Para ela há tratamento e controle; pode ou não ter períodos assintomáticos; ser potencialmente fatal, fatal ou não-fatal; progressiva ou não. Pode necessitar de mudanças drásticas de hábitos de vida e ser ou não incapacitante. Representa uma ferida no narcisismo do paciente e da família. Vai haver um acompanhamento também crônico com a equipe médica, o paciente e sua família.

Para Spitz<sup>(10)</sup>, do ponto de vista do médico/equipe de saúde que acompanha o paciente, a doença crônica pode despertar sentimentos de impotência, desesperança e desvalorização, especialmente em períodos de exacerbação dos sintomas.

## REAÇÕES PSICOLÓGICAS À DOENÇA E AO ADOECER

A passagem do indivíduo da situação de sadio para a de enfermo, qualquer que seja essa passagem, modifica a sua relação com o mundo e consigo mesmo, e, segundo Spitz<sup>(10)</sup>, "...Implica sempre em repercussões psicológicas tanto nele quanto no seu círculo familiar e social". A forma como eles reagem à irrupção da doença, qualquer que seja, geralmente é vivenciada como *uma ameaça do destino*, em função de inúmeros fatores da própria patologia, da personalidade do sujeito e de suas características ligadas aos seus recursos e seus déficits.

Podemos dividir tais reações segundo o ponto de vista:

- do paciente:
  - regressão: constitui um mecanismo de defesa e adaptação à doença à medida que permite ao paciente se deixar cuidar pela equipe de saúde, renunciar temporariamente às suas atividades rotineiras e aceitar a necessidade de hospitalização, cirurgias e/ou tratamentos a serem efetuados. No início essa regressão é bem-vinda, mas se ela se perpetua, infantiliza a forma de reagir do paciente. Por vezes a equipe ou a família favorece a regressão e sua maior permanência, cabendo à equipe

possibilitar que aspectos mais sadios e adultos do paciente se instalem e recuperem a iniciativa diminuída da doença, ao invés de cronificar comportamentos regressivos;

– negação: trata-se de uma defesa contra a tomada de consciência da doença, que consiste na recusa parcial e/ou total do reconhecimento da percepção do fato de estar enfermo. Essa recusa pode levar a negligências no tratamento, aceite da natureza, dos efeitos e do diagnóstico/prognóstico da doença;

– depressão: é uma conseqüência psíquica quase inevitável ao se adoecer. É importante não confundir os sentimentos de tristeza, desesperança e preocupação ligados ao adoecer e à internação com quadros leves, moderados e graves de depressão. Se grave ou moderada, envolve a necessidade de encaminhamento para o psiquiatra, que poderá prescrever medicação antidepressiva e/ou atendimento psicoterápico;

– ganhos primários: são aqueles que desempenham papel significativo no desencadeamento da doença ou na sua própria estruturação;

– ganhos secundários: são os que resultam das conseqüências da doença, favorecendo a acomodação na doença e na sua cronificação. Os ganhos conscientes são ligados à compensação social da doença. Os desejos regressivos de dependência e passividade são ganhos inconscientes, posto que o enfermo se torna alvo de cuidados especiais;

– adaptação e aceitação da doença: não significa uma aceitação passiva nem uma submissão à doença. É um processo dinâmico e permanente de tentar buscar uma *convivência razoável* com a enfermidade através de um trabalho emocional de elaboração da *ferida narcísica* que representa ser doente. Há um processo de elaboração dos lutos pelas perdas sofridas da autonomia, da saúde, da capacidade do organismo, etc.;

- da família do paciente: há aqueles que, diante da doença, entregam-se a ela, ficam dominados pela dor, pelo desespero e pela situação vivida como traumática. Outros lutam pela reestruturação e possibilidade de homeostase do organismo e da atmosfera do lar, mobilizando defesas positivas para se adaptar e aceitar a doença.

– segundo Burd e Graça<sup>(4)</sup>, isso revela "...atitudes clássicas encontradas em todos os doentes, principalmente os crônicos e suas famílias: hiperproteção ansiosa, rejeição, denegação onipotente, aceitação realista da doença";

- da equipe médica: Michel Balint<sup>(3)</sup> enfatiza a relação estabelecida entre médico/equipe de saúde e paciente/família, o primeiro *remédio* no tratamento da doença e do doente. Se essa relação é positiva, ajuda os envolvidos no seguimento do tratamento e no controle da doença. Se não se dá tão bem assim, pode ajudar a perpetuar mecanismos de defesa frente à doença que atrapalham o bom andamento da terapêutica. Pode perpetuar cronicamente a regressão, a negação ou qualquer mecanismo mais negativo do paciente/família diante do adoecimento.

Em relação às doenças crônicas, incapacitantes, recidivantes, às potencialmente fatais, a equipe pode encontrar obstáculos na aceitação das grandes dificuldades dos pacientes e no prognóstico grave ou de morte dos mesmos. Tendem a se afastar antecipatória e precocemente dos pacientes e seus familiares, quando eles mais precisam de um atendimento amigável e próximo.

## DIABETES MELLITUS

O diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1), por sua frequência, constitui, na faixa pediátrica, a mais importante doença endócrino-metabólica, podendo trazer à tona uma gama de alterações em praticamente todos os setores do organismo. Seu início pode ser agudo, de forma súbita, grave, e levar à internação por cetoacidose. Se diagnosticado em tempo, seu começo pode ser menos dramático, começando-se a tratar o paciente e evitando-se intercorrências graves. É uma doença crônica que necessita de tratamento contínuo e estrito, com grandes mudanças de hábitos de vida, como alimentação, uso de medicamentos injetáveis, testes para medir a glicose e necessidade de exercícios físicos.

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) já começa a incidir também na faixa da adolescência no Brasil,

e, nos EUA, ainda mais precocemente, na criança. Também é doença crônica e necessita de controle sistemático, mudanças dos hábitos de vida que levaram à obesidade (e suas complicações) e à abertura do quadro.

Como doença que pode iniciar de forma aguda e grave e se perpetuar de forma crônica, posto que ainda não tem cura, determina para o paciente e sua família repercussões sobre o seu psiquismo. Chamado muitas vezes de *emocional* pelos pacientes, seu tratamento, bem como seu controle, podem ficar prejudicados pelas reações psicológicas.

As exuberantes características da fase chamada *síndrome da adolescência normal* se somam às dificuldades psíquicas do adolescente diabético. É necessário que o profissional de saúde saiba identificar quando o emocional está prejudicado (e prejudicando), levando às reações exacerbadas e desestruturantes.

## > COMO FICA O LADO EMOCIONAL DO ADOLESCENTE DIABÉTICO?

A partir do diagnóstico de doença crônica, o projeto referente ao futuro do paciente, seja criança ou adolescente, será completamente modificado em todos os membros da família de uma forma mais ou menos importante, e determinará que o próprio paciente refaça sua economia narcísea, ou seja, redimensione sua projeção de um corpo perfeito, que funcionava muito bem e era fonte de prazer.

Não é sem estresse que a doença crônica incide sobre a família e o paciente. Estresse esse aos quais os protagonistas se adaptam melhor ou pior, com conseqüências às vezes problemáticas no plano psíquico ou somático, como, por exemplo, a sabotagem ou o abandono do controle do diabetes e do próprio tratamento.

Com o início do diabetes acontecem os ataques ao narcisismo dos envolvidos, a questão do diagnóstico e do prognóstico, as intercorrências e complicações que levam famílias e pacientes à culpabilidade e ao ressentimento, com acentuação da ambivalência com relação ao adolescente enfermo.

Por parte do paciente pode haver uma fixação numa situação de dependência passiva, rebeldia com comprometimento do seguimento das orientações e prescrições médicas ou de uma aceitação realista. *Curar-se e ter uma vida normal* precisarão ser *trabalhados* nos envolvidos e passarão a ser metas da equipe interdisciplinar.

Por parte dos pais, a ferida do narcisismo, com todas as suas vicissitudes, vai ser mantida e costurada por uma *falha*: a de não terem filhos saudáveis, o que, por um lado, pode gerar uma superproteção, impedindo a independência do filho, e, por outro lado, pode surgir uma negligência silenciosa ou explícita. Na primeira possibilidade pode levar o adolescente diabético a não se independe e não seguir rumo à sua adultidade; na segunda, a comportamentos de risco ou até a verdadeiras tentativas de filicídio e suicídio que podem levar, em caso extremo, à morte.

À equipe de saúde, o ataque ao narcisismo chega no atuar de sua prática, na sua essência, no perseguir a *cura* da doença.

A possibilidade de suportar essa *falha* e conseguir fazer os deslocamentos em momentos de grandes dificuldades torna possíveis a relação e uma ligação entre todos esses personagens envolvidos: o paciente, a família e a equipe de saúde.

## CONCLUSÃO <

Este artigo descreve de forma breve alguns aspectos importantes relativos à experiência do adoecer e suas principais reações psicológicas que acontecem também no paciente adolescente.

As doenças crônicas infanto-juvenis, como o diabetes, revelam questões de extrema importância para os pacientes, sua família e a equipe de saúde que se dispõe a acompanhá-los. O diabetes é uma doença de perfil psicossomático, em que o emocional pode ajudar como disparador de seu início, exacerbar os sintomas, prejudicar o tratamento e o seu controle.

Na experiência do adoecer, a adolescência, considerada uma síndrome normal, tem acrescentado suas características, amplificado as reações

psicológicas à doença e os mecanismos de defesa correlatos para que o paciente possa fazer face às mudanças na forma de viver essa fase de desprendimento.

Para Burd<sup>(6)</sup>, "...a compreensão empática da equipe de saúde que atende o adolescente dia-

bético (e sua família) facilitará a adesão ao tratamento e sua integração na sociedade em que vive, quando o controle da doença não for mais sentido como uma provação, mas sim como um instrumento que ele pode usar para melhorar sua qualidade de vida".

---

## ➤ REFERÊNCIAS

1. Aberastury A. et al. Adolescência. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1983.
  2. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.
  3. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu. 1975.
  4. Burd M, Graça LA. Grupos com diabéticos. In: Mello Filho, J, et al. Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000. cap.13.
  5. Burd M. Diabetes e família. In: Doença e Família. Mello Filho J, Burd M (orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000. p. 311-9.
  6. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: Edição Standard das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. 1974. vol. XIV, p. 89-119.
  7. Gutierrez PL, Ferrari VPM. Como fica o emocional do diabético? In: Setian D et al. (orgs.). Diabetes mellitus na criança e no adolescente. São Paulo: Sarvier. 1995. p. 140-6.
  8. Saito MI, Colli AS. O adolescente diabético. In: Setian D et al. (orgs.). Diabetes mellitus na criança e no adolescente. São Paulo: Sarvier. 1995. p. 133-9.
  9. Setian D, Damiani D, Dichtchekenian V (orgs.). Diabetes mellitus na criança e no adolescente, encarando o desafio. São Paulo: Sarvier. 1995.
  10. Spitz L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. In: Cadernos do IPUB. Saúde Mental no Hospital Geral. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. 1997. n. 6, p. 85-97.
-