

RISCO PSIQUIÁTRICO NA PUBERDADE ADIANTADA¹

Celeste Malpique*, Raquel Q. Lima**, Dulce Soeiro***, Luisa Confraria**

Resumo

Objectivos: Verificar se a puberdade adiantada é um factor de risco psiquiátrico para a depressão e perturbações do comportamento alimentar analisando as seguintes variáveis: reacção da menina com puberdade adiantada à menarca e às transformações corporais, desvios do índice de massa corporal, tipo de relação mãe-filha, qualidade do apoio paterno e estrutura familiar.

Metodologia: Estudo analítico de uma amostra de 46 adolescentes do sexo feminino com idades ≥ 11 e ≤ 16 anos que apresentaram uma puberdade adiantada (menarca entre os 8 e os 11 anos), através da utilização do Inventário de Depressão para Crianças, da Escala de Auto-conceito para Crianças, do Teste de Machover e de uma entrevista semi-estruturada com a mãe; comparação de 37 destas meninas com 11-14 anos com uma amostra clínica de 31 meninas com 10-14 anos, escolhidas aleatoriamente quanto à idade da menarca.

Resultados e Conclusões: As adolescentes com puberdade adiantada são mais vulneráveis à sintomatologia depressiva ($p=0,001$),

tendem a apresentar um baixo auto-conceito ($p=0,021$) com uma percepção mais negativa acerca do seu comportamento ($p=0,003$), estatuto intelectual ($p=0,052$), aparência física ($p=0,010$) e desenvolvimento físico se comparado com o dos pares ($p=0,009$). A maioria destas adolescentes apresenta uma má aceitação da menarca (56,5%), o que se correlaciona com as mães superprotectoras e dominadoras ($p=0,006$), cuja aceitação da menarca das filhas é igualmente má ($p=0,013$). As adolescentes das famílias em que o pai está presente expressam com maior frequência ($p=0,006$) o sentimento de ter um desenvolvimento físico semelhante aos pares. Não foi encontrada correlação entre os desvios do índice de massa corporal (IMC) e a imagem corporal.

Palavras-chave: Puberdade adiantada; Depressão; Risco Psiquiátrico.

INTRODUÇÃO

A depressão na infância e adolescência é frequentemente diagnosticada na prática clínica psiquiátrica. Estudos epidemiológicos levados a cabo nos EUA demonstram a sua incidência crescente da idade pré-escolar até à adolescência¹, o que é evidenciado também em estudos portugueses².

A partir da adolescência, o risco de aparecimento de depressão aumenta consideravelmente no sexo feminino relativamente ao masculino³⁻⁵.

Num extenso estudo epidemiológico realizado em 1998 nos EUA, com crianças dos 9 aos 16 anos, procurou-se avaliar o impacto do desenvolvimento pubertário na depressão; verificou-se que o estágio pubertário (determinado pela escala de Tanner) era mais importante do que propriamente a idade, no aumento de risco

¹ Trabalho de investigação integrado no Projecto Cognição-Afectividade da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (coordenado pelo Prof. Doutor Félix Neto).

* Pedopsiquiatra e Professora Jubilada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

** Pedopsiquiatra do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Crianças M^o Pia do Porto.

*** Psicóloga do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Crianças M^o Pia do Porto.

para a depressão no sexo feminino, nesta faixa etária⁶.

Noutro estudo, realizado em 1992 com uma população escolar americana de adolescentes do sexo feminino, as meninas que apresentaram sintomas de perturbação do comportamento alimentar, embora de idade sensivelmente igual, tinham desenvolvimento pubertário mais avançado⁷.

Se, em relação ao aumento da depressão após a puberdade, são sugeridas como mais importantes as mudanças hormonais (modificações dos níveis de androgénio e de estrogénio) do que os efeitos psicológicos e sociais das mudanças corporais⁸, relativamente às perturbações do comportamento alimentar, estas últimas têm sido bastante valorizadas. Na verdade, num estudo realizado em 1993 numa população escolar americana⁹, confirmou-se a relação entre estágio pubertário mais avançado e perturbação do comportamento alimentar, e os resultados deste estudo sugerem que esta relação é devida ao impacto da puberdade na imagem corporal, um efeito psicológico que não pode ser reduzido ao IMC; neste estudo, o estágio pubertário aparece como mais determinante da imagem corporal do que o aparecimento da menarca. Após a menarca, as meninas parecem aumentar as suas expectativas pessoais e mostrarem-se insatisfeitas com as suas mudanças no peso e no corpo¹⁰. Num estudo de caso controlo realizado em França no ano 2000, com o objectivo de identificar sinais psicopatológicos precoces que pudessem ter marcado o período pubertário em adolescentes que vieram a desenvolver bulimia nervosa, detectaram-se preocupações com o peso, atitudes de retraimento, modificações negativas na sua imagem corporal, imagem de si e nas relações com pares e irmãos¹¹.

Foram também detectadas maiores taxas de ataques de pânico nas meninas que, em cada idade, se encontravam mais desenvolvidas segundo a escala de Tanner numa população escolar de adolescentes americanas do sexo feminino¹².

O risco psicopatológico da puberdade feminina parece acrescido quando esta é adiantada, ou seja, quando a menarca surge mais cedo.

Numa revisão sobre o impacto psicológico da

menarca em adolescentes¹³, foram analisados estudos em que se compararam meninas que tiveram a menarca cedo com meninas que tiveram a menarca tarde; os resultados sugerem que aquelas que se desenvolvem cedo não recebem qualquer atenção especial, podem ser afastadas do grupo de pares e têm maior probabilidade de não ter recebido informação prévia sobre a menstruação. No mesmo estudo são apontados vários factores que podem influenciar o modo como a menina reage à menarca, nomeadamente a idade e o conhecimento sobre a menstruação, para além de outros como as suas expectativas, o sistema de suporte familiar e as suas características de personalidade.

Estudos realizados com adolescentes italianos de ambos os sexos confirmaram a pouca e incorrecta informação que estes recebem¹⁴ e a frequência com que as meninas fazem uma avaliação negativa das primeiras experiências com a menstruação, geralmente associadas a falta de informação¹⁵. Entre as americanas são frequentes, antes da menarca, as crenças sobre a menstruação como debilitante¹⁶, apesar de demonstrarem mais interesse sobre as questões biológicas associadas à puberdade do que pelos aspectos psicossociais¹⁷.

Num estudo prospectivo realizado nos EUA em 1994, a puberdade adiantada foi associada ao abuso de substâncias, independentemente de existir sofrimento psicológico¹⁸. Noutro estudo, efectuado em 1998 na Eslovénia, meninas que tiveram a menarca antes dos 12 anos, quando comparadas com meninas que aos 15 anos ainda não eram menstruadas, apresentaram, com maior frequência, consumo de álcool, marijuana e outras substâncias. Expressiam achar-se sexualmente mais experimentadas e sentirem-se mais populares entre os pares de ambos os sexos¹⁹.

Noutro estudo em 1999, uma amostra comunitária de crianças holandesas foi avaliada aos 10-12 anos e, posteriormente, aos 12-14 anos; nos problemas auto-referenciados a puberdade adiantada apareceu associada a um aumento de comportamentos de retraimento e de delinquência²⁰. Num estudo longitudinal de quatro anos sobre as influências do desenvolvimento pubertário adiantado na vulnerabilidade das meninas ao sofrimento psicológico realizado

nos EUA em 1996, verificou-se que estas, quando comparadas com meninas desenvolvidas em tempo ou tardiamente, apresentavam mais sofrimento e maior vulnerabilidade a manter problemas psicológicos anteriores, à pressão do grupo de pares (com tendência a acompanharem grupos de comportamento desviante) e a sentimentos hostis do pai. Os resultados sugeriam, também, que estes efeitos se mantinham ao longo do tempo²¹.

Concordantes com estes achados foram os encontrados num estudo epidemiológico realizado em 1997 com uma extensa amostra de adolescentes de ambos os sexos, de uma escola secundária americana²²; nesta investigação, as meninas com desenvolvimento pubertário adiantado apresentaram maior evidência de psicopatologia. Salienta-se que o risco dizia respeito tanto a queixas subjectivas de ansiedade ou depressão (comportamentos internalizadores) como a desvios comportamentais (comportamentos externalizadores). O achado considerado mais alarmante deste estudo foi a diferença significativa entre o elevado número de tentativas de suicídio realizadas pelas meninas precocemente desenvolvidas relativamente às meninas desenvolvidas em tempo ou tardiamente. Este risco aumentado é verificado também num estudo longitudinal norueguês de 2000, com o objectivo de definir factores de risco e de protecção para as tentativas de suicídio na adolescência²³. O risco aumentado para o aparecimento de queixas subjectivas de ansiedade ou depressão e, possivelmente, de perturbações ansiosas ou depressivas nas meninas com puberdade adiantada é apoiado por outro estudo, prospectivo, com uma população escolar de adolescentes americanas²⁴.

Relativamente às perturbações do comportamento alimentar, o risco para o desenvolvimento de bulimia nervosa apareceu acrescido em meninas com puberdade adiantada num estudo de caso-controlo realizado em Inglaterra em 1999 em que se procurou identificar factores de risco para a anorexia nervosa e compará-los com factores de risco para a bulimia nervosa, assim como para outras perturbações psiquiátricas que não do comportamento alimentar²⁵. O comportamento alimentar de tipo bulímico, nas meninas, apareceu associado à menarca adian-

tada e a experiências sexuais precoces num outro estudo realizado em 2001 numa população escolar finlandesa²⁶. Por outro lado, um estudo emparelhado de 1999 no Canadá, em que se compararam meninas de uma população escolar não abusadas sexualmente com meninas vítimas de abuso sexual, evidenciou maior frequência de menarca adiantada nestas últimas²⁷.

Todos estes estudos, relativamente recentes, em adolescentes com puberdade adiantada são pois favoráveis a um acréscimo do risco psicopatológico para a depressão, bulimia, tentativas de suicídio, dependência de drogas, assim como maior vulnerabilidade ao abuso sexual.

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A PUBERDADE FEMININA

A nossa experiência no Departamento de Pedopsiquiatria do Porto, tanto ao nível da prática clínica como da investigação, confirma a acentuação da morbidade psiquiátrica feminina a partir da adolescência.

Com o objectivo de apurar factores de risco psiquiátrico no sexo feminino, nomeadamente para a depressão e para perturbações do comportamento alimentar a partir da puberdade, realizaram-se no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Crianças Maria Pia três estudos epidemiológicos que obedeceram a uma sequência programática. O instrumento de avaliação comum a todos estes estudos foi o Inventário de Depressão para Crianças de M. Kovacs e Beck (CDI). A partir do segundo estudo, começámos a associar a Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris (P-H).

1º Estudo (1998)² – Foi aplicado o CDI a uma população escolar mista do concelho de Matosinhos – 210 crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 15 anos (sendo a média de idades de 11,73 com distribuição entre os sexos sensivelmente igual); 25% das meninas tinham entre 11 e 13 anos. Os resultados deste estudo evidenciaram uma prevalência da depressão de 9,52% (65% de meninas e 35% de rapazes); a depressão aumentava nas meninas a partir dos 12 anos.

2º Estudo (1999)²⁸ – Foi aplicada a Escala de Auto-Conceito de Pier-Harris (P-H) a 270 meninas de três escolas (Porto, Matosinhos e Gaia), com idades entre os 11 e os 13 anos (50% eram menstruadas, a média de idades da menarca era de 11,3 anos, 5 meninas tinham tido a menarca aos 9 anos). Foram apreciados a escolaridade, o IMC e a impressão subjectiva sobre o seu desenvolvimento relativamente aos pares. Perguntámos ainda se queriam ser mais gordas ou mais magras, mais altas ou mais baixas do que o que sentiam ser. Os resultados indicaram um baixo auto-conceito (P-H total inferior a 49) em 17% das meninas, atraso escolar em 14%, correlação significativa entre o P-H total e as suas dimensões: as meninas viviam com insatisfação (FEL -) e ansiedade (ANS +) o seu baixo aproveitamento escolar; a popularidade (POP +) aumentava com a idade da menarca; a resposta ao item 81/ AF foi correlacionável com o P-H (ou seja, as meninas com baixo auto-conceito achavam-se diferentes dos pares). Embora o IMC tendesse para uma média baixa, a maioria das meninas queria ser «mais alta e mais magra». Foram seleccionadas 25 meninas (9%) com baixo auto-conceito (inferior a 45) a quem aplicámos o CDI e concluímos que 65% destas tinha níveis elevados de depressão, 52% tinha atraso escolar e 16% tinha a menarca adiantada.

3º Estudo (1999)²⁹ – Fez-se a comparação entre a amostra anterior e uma amostra clínica da consulta externa, de escolha aleatória, que reuniu 28 meninas entre os 11 e os 14 anos com aproveitamento escolar fraco em 39%. A todas foram aplicados o CDI e o P-H. Os resultados mostraram depressão e baixo auto-conceito em simultâneo em 14%. Os resultados do CDI e do P-H apresentaram uma correlação altamente significativa, assim como o item 81 com o CDI e o P-H (quanto mais baixo o auto-conceito mais deprimidas e mais diferentes se sentem do grupo de pares).

Vínhamos, pois, demonstrando através destes estudos em populações escolares que a vulnerabilidade à depressão é maior no sexo feminino a partir da puberdade que, na população escolar feminina (11-13 anos), 17% apresentava um baixo auto-conceito e que este se correla-

cionava com um baixo rendimento escolar e sentimentos depressivos. Destas meninas, 9% apresentaram níveis de depressão considerados patológicos. Aliás, algumas destas alunas já tinham sido sinalizadas pelos professores ou já eram consultadas em serviços de Saúde Mental. Não nos surpreendeu, portanto, que a amostra clínica, constituída por meninas da mesma idade, apresentasse níveis de depressão mais elevados do que a amostra escolar. O achado que mais nos alertou foi o facto de nesse grupo com mais depressão se encontrarem as meninas que tiveram a menarca mais cedo (aos 9 anos), ou seja, com puberdade adiantada³⁰.

4º Estudo (1999-2002) – Na mesma sequência programática dos estudos anteriores, iniciámos um quarto estudo epidemiológico sobre a puberdade adiantada colocando as seguintes hipóteses:

- A puberdade adiantada na menina é um factor de risco psiquiátrico, nomeadamente para a depressão e perturbações do comportamento alimentar;
- A menina com puberdade adiantada reage mal à menarca e às transformações corporais;
- Os desvios do IMC são indicadores de uma má aceitação da imagem corporal, particularmente quando há tendência para a obesidade;
- O tipo de relação mãe/filha é um aspecto importante na avaliação psicológica neste período crítico;
- A qualidade do apoio paterno tem influência na forma como a púbere gere essas mudanças.

METODOLOGIA

A amostra foi constituída por 46 adolescentes com idades compreendidas entre 11-16 anos que tinham tido menarca adiantada*, seleccionadas a partir de consultas do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia do Porto, do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Distrital de Aveiro e da clínica privada.

Foi utilizada outra amostra clínica, usada

como grupo de controlo numa das análises, constituída por 31 meninas dos 10-14 anos em que a escolha foi aleatória quanto à idade da menarca.

Os instrumentos utilizados foram o CDI, a Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris, o Teste do Desenho de Uma Pessoa de Machover e uma entrevista semi-estruturada com a mãe.

Foi utilizada a versão portuguesa, aferida pela Dra. Helena Marujo, do CDI, Inventário de Depressão para Crianças, de M. Kovacs e Beck (1997), adaptado do "Children's Depression Inventory"³¹.

A Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris ("*Children's Self-Concept Scale*"), P-H, foi aferida para a população escolar portuguesa pelo Prof. Feliciano Veiga^{32,33}. Compreende as dimensões comportamental (CO), de ansiedade (AN), intelectual/escolar (INT), de popularidade (POP), aparência física (AF) e satisfação/felicidade (FEL).

Para avaliar a impressão subjectiva que a adolescente tinha sobre o seu desenvolvimento e a menarca foram adicionados três itens à dimensão AF: item 81 – "Acho que tenho um desenvolvimento físico semelhante ao das colegas da minha idade"; item 82 – "Gosto das mudanças que estão a dar-se no meu corpo"; item 83 – "Quando fui menstruada pela primeira vez fiquei satisfeita". Considerou-se AF1 equivalendo a AF, AF2 compreendendo os itens 81, 82 e 83 e AF3 englobando AF1 e AF2.

No Teste do Desenho de Uma Pessoa de Machover^{34,35}, em que se propõe o desenho de uma pessoa de sexo diferente daquela que foi espontaneamente desenhada em primeiro lugar, foram analisados o Neuroticismo (considerando a agressividade, a ansiedade, a insegurança e a inibição), a Dependência (DEP), a Diferenciação

Sexual (DS) entre as duas figuras e a Identificação Sexual Feminina (ISF), ou seja, a valorização dos atributos femininos.

Os outros dados, tais como idade, IMC, idade da menarca, escolaridade, posição na fratria, tipo de família, tipo de relação mãe-filha, qualidade do apoio paterno, reacção à menarca, foram considerados. A informação prévia da jovem acerca da menstruação foi avaliada tanto junto da mãe como da filha.

Fez-se tratamento estatístico dos dados e aplicou-se o teste "Pearson Correlation" e, por vezes, o teste do Chi-Square, sob a orientação do Prof. Félix Neto da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.

Fizeram-se diversas análises:

- 1) Comparação entre 37 adolescentes com idades compreendidas entre os 11-14 anos da amostra com menarca adiantada e a outra amostra clínica de 31 adolescentes (10-14 anos) em que a escolha foi aleatória quanto à idade da menarca.
- 2) Correlação das variáveis dentro da amostra das 46 adolescentes com menarca adiantada.
- 3) Comparação, dentro da amostra de 46, entre o grupo etário dos 11 aos 13 anos (n=31) e o grupo etário dos 14 aos 16 anos (n=15).
- 4) Comparação, dentro da amostra de 46, entre o subgrupo com maior depressão e mais baixo auto-conceito (n=14) com o resto do grupo (n=32).
- 5) Análise das correlações do IMC com as diferentes variáveis no total dos casos clínicos (n=46+31=77).

RESULTADOS

Análise 1 – Comparação entre as duas amostras clínicas

Amostra A – 37 meninas entre os 11-14 anos (média de idades de 12,9 anos) com menarca adiantada.

Amostra B – 31 adolescentes entre os 10-14 anos (média de idades de 11,8 anos) de escolha aleatória (Quadro 1).

* Por menarca adiantada entende-se aquela que surge numa idade mais precoce, entre os 8-11 anos, e em que não há patologia orgânica relacionada. Sendo a menarca o culminar das transformações pubertárias, parte-se do princípio de que a menarca ocorrida nestas idades é indicadora de puberdade adiantada.

QUADRO 1 – MENARCA

Amostra	Idade da Menarca (anos)					
	S/M	8A	9A	10A	11A	12A
A	0	1	2	9	25	0
B	19	0	0	0	10	2

S/M – Sem menarca

Relativamente à amostra B, a amostra A revela valores mais elevados de depressão no CDI ($p=0,001$), mais baixo auto-conceito no P-H ($p=0,021$) e valores mais baixos nas dimensões CO ($p=0,003$), INT ($p=0,052$) e AF1 ($p=0,010$). As adolescentes deste grupo consideram com mais frequência ($p=0,009$) que têm um desenvolvimento diferente dos pares (item 81).

Análise 2 – Amostra clínica de 46 adolescentes com menarca adiantada

A média de idades da amostra é de 13,47 anos, tendo 37% das adolescentes 14 anos de idade (Quadro 2).

QUADRO 2 – IDADE

Anos	Frequência	Percentagem
11	6	13,0
12	6	13,0
13	8	17,4
14	17	37,0
15	4	8,7
16	5	10,9

Relativamente ao aproveitamento escolar é normal em 78% dos casos (Quadro 3).

QUADRO 3 – ESCOLARIDADE

Aproveitamento	Frequência	Percentagem
Normal	36	78,3
Fraco	10	21,7

Sessenta e três por cento tiveram a menarca aos 11 anos (Quadro 4).

QUADRO 4 – IDADE DA MENARCA

Anos	Frequência	Percentagem
8	1	2,2
9	3	6,5
10	13	28,3
11	29	63,0

Setenta e um por cento vivem com ambos os pais, 26% em famílias monoparentais (Quadro 5) e 26% são filhas únicas.

QUADRO 5 – FAMÍLIA

Tipo	Frequência	Percentagem
Biparental	33	71,7
Monoparental	12	26,1

Encontramos uma correlação altamente significativa ($p=0,000$) entre o valor total do CDI (média=31,8) e o valor total do auto-conceito (média do P-H=49,8).

A correlação do CDI com o P-H e as suas dimensões CO, AN, INT, POP, FEL é de $p=0,000$; com AF1 e AF3 é de $p=0,001$.

POP tem correlação significativa com INT ($p=0,001$), FEL ($p=0,000$) e AF2 ($p=0,005$), ou seja, o sentimento de ser popular relaciona-se positivamente com a percepção de ter aproveitamento escolar/sucesso e com a satisfação com as mudanças corporais.

AF2 tem correlação significativa com CO ($p=0,035$), POP ($p=0,005$), FEL ($p=0,001$), INT ($p=0,007$), total do P-H ($p=0,001$), mas não com o CDI.

Atitude da mãe – A atitude dominadora/super-protectora da mãe tem correlação significativa com os itens 82 ($p=0,046$) e 83 ($p=0,006$) que indicam má reacção às mudanças corporais e à menarca por parte da filha. O mesmo tipo de atitude materna tem também correlação significativa com a má reacção da mãe à menarca da filha ($p=0,013$).

O tipo de família biparental (Quadro 5) tem correlação significativa com a resposta afirmativa ao item 81 ($p=0,006$).

A idade da menarca tem correlação significativa com CO ($p=0,008$) e AN ($p=0,005$).

No teste de Machover existe correlação significativa entre DS e ISF ($p=0,017$) e entre DS e Maturidade (não dependência) ($p=0,008$).

Quanto mais deprimidas estão as adolescentes mais baixo é o seu auto-conceito.

A boa aceitação das mudanças corporais e da menarca corresponde a mais elevado auto-conceito, particularmente nas dimensões de POP, FEL, AF, INT e CO.

Quanto mais dominadoras/superprotectoras forem as mães, pior reagem as filhas à menarca. Estas mães também aceitaram mal a menarca das filhas.

No Desenho de Uma Pessoa (Machover) as adolescentes com maior diferenciação sexual realçam mais atributos femininos e são menos dependentes/imaturas.

Análise 3 – Comparação, dentro da amostra de 46, entre dois grupos etários

Grupo 1 – Compreende 31 adolescentes com idades dos 11 aos 13 anos.

Grupo 2 – Inclui 15 adolescentes com idades dos 14 aos 16 anos.

Verifica-se que a média do CDI é um pouco mais elevada no grupo das mais velhas (33,2) do que no grupo das mais novas (31,1), isto é, há tendência para as mais velhas serem mais deprimidas.

A média do P-H é mais elevada nas mais novas (50,8 contra 47,7), o que quer dizer que existe tendência, nas mais velhas, para pior autoconceito.

Não há, no entanto, diferenças estatisticamente significativas nestes resultados.

Análise 4 – Comparação entre o subgrupo das adolescentes mais deprimidas e com mais baixo auto-conceito (SB1-n=14) e o resto do grupo (SB2-n=32) de adolescentes com menarca adiantada

No CDI considerámos valores iguais ou superiores a 34 como indicativos de depressão e no P-H baixo auto-conceito para os valores inferiores a 49.

Em SB1 confirmam-se as correlações altamente significativas entre o CDI e o P-H e suas dimensões ($p=0,000$), e com AF1 e AF3 ($p=0,001$) e com AF2 ($p=0,045$). Evidencia-se uma correlação significativa com a má reacção à menarca no subgrupo das mais deprimidas (Chi-Square $p=0,045$). Há correlação significativa entre a atitude dominadora da mãe e a má reacção à menarca da filha ($p=0,013$).

No Machover é significativa a correlação entre DEP e DS ($p=0,004$) e entre a atitude passiva da filha e DEP ($p=0,043$).

Baseados nas frequências apenas se pode admitir que o SB1 apresenta em relação ao SB2 maior frequência de:

- desvio do IMC (35,7% contra 28,1%);
- famílias monoparentais (42,9% contra 18,8%);
- atraso escolar (28,6% contra 18,8%);
- desenhos com imaturidade DEP (42,9% contra 28,1).

Análise 5 – Análise das correlações entre o valor do IMC e as outras variáveis no total das adolescentes estudadas (n=77)

No IMC consideram-se os valores entre 20 e 25 correspondentes ao peso desejável, os inferiores a 20 a magreza e os superiores a 25 a excesso de peso.

Valores muito baixos, inferiores a 17,5, são sugestivos de anorexia nervosa.

Neste grupo de 77 adolescentes, 50 estão dentro da média, 13 estão abaixo e 14 têm obesidade.

Não se encontram correlações significativas entre os desvios do IMC e as outras variáveis.

Baseados nas frequências, verifica-se que as adolescentes obesas têm, em relação às restantes, uma média do CDI mais elevada (32,6) e uma média do auto-conceito um pouco inferior (51,6) mas ainda dentro do normal (Quadro 6).

QUADRO 6 – IMC E RESULTADOS NO CDI E NO P-H

IMC	CDI	P-H
Normal	27,3	53
Baixo	27,8	53
Elevado	32,6	51,6
Média	28,3	52,7

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O DESENHO DE MACHOVER

O desenho da figura humana, usualmente definido como expressão do *Self* ou da imagem do corpo, recolhe um amplo consenso quanto ao seu valor diagnóstico, enquanto instrumento de avaliação da personalidade. Com efeito, através do desenho da pessoa, podemos aceder a informações relevantes sobre a forma como o indivíduo (que desenha) se vê a si próprio. Silverstein e Robinson, citados por Klepsch e Logie (1982)³⁶, num estudo sobre a representação de deficiências ortopédicas, encontraram que cerca de 75% das crianças representavam a sua deficiência.

Machover prestou uma atenção particular a certos aspectos do desenho, entre os quais destacamos: colocação na página, rapidez do movimento gráfico, pressão do lápis, continuidade ou descontinuidade das linhas do desenho, espontaneidade ou rigidez e sucessão das partes desenhadas.

Quando pedimos a uma criança para desenhar uma pessoa é, normalmente, o seu próprio sexo que é representado, no entanto, as crianças pequenas desenhavam muitas vezes as suas próprias mães e outras pessoas a que se encontram afectivamente ligadas e que representam o poder, os valores, os modelos a internalizar.

Machover acreditava que se a criança, ou o adolescente, desenhava uma pessoa de sexo di-

ferente do seu, poderia estar a experimentar dificuldades no plano da identificação sexual.

Porém, a identificação sexual é um fenómeno complexo que envolve o *Self* na relação com os outros e com os valores do grupo de pertença. A valorização dos papéis sociais-sexuais femininos e masculinos tem sofrido alterações significativas ao longo das últimas décadas, sendo necessário avaliar o seu impacto a nível da identidade de género e, mais precisamente, do ideal do Eu. Com efeito, o espírito de iniciativa, de independência, de competição, de predomínio do intelecto sobre a emotividade, não é mais um apanágio do género masculino. Um achado interessante na nossa amostra é, precisamente, a constatação de que apenas 13% das jovens desenharam em primeiro lugar um personagem do sexo masculino, dados que se afastam, significativamente, das percentagens referidas por Abraham (1976)³⁴ para as raparigas, mas que se aproximam ou se sobrepõem às percentagens referidas para os rapazes.

Para além da escolha do sexo da primeira personagem desenhada é, sobretudo, o tratamento diferencial da figura feminina e da masculina, a postura, as proporções relativas dos membros do corpo, os sombreados, a possibilidade de distinguir a pertença sexual (diferenciação sexual) que nos vai permitir aceder à compreensão dos processos identificatórios.

A puberdade e as mudanças corporais com que a jovem é confrontada reflectem-se no desenho: a figura humana revela o interesse quanto às mudanças morfológicas (diminuição relativa da cabeça, desenvolvimento do peito e das ancas) e o gosto pelo vestuário e ornamentos. A representação dos órgãos genitais não é invulgar. Algumas meninas, pelo contrário, obstinam-se a desenhar personagens infantis, negando a mínima diferenciação sexual³⁷.

Apresentamos, em seguida, alguns exemplares dos desenhos que foram obtidos no âmbito deste trabalho:

Caso nº 1: 15 anos. Vem à consulta por iniciação, medos e bloqueios. Apresenta, também, comportamentos regressivos e dificuldades de rendimento escolar. Tem medo de dormir sozi-

na desde a infância. Apresenta dificuldade na relação com os pares.

Menarca aos 10 anos. Aceitou mal a menarca.

CDI: 46 pontos.

PHCSCS: 26 pontos.

Desenho (Figura 1): Desenha figuras humanas de tamanho muito reduzido, imaturas que coloca no alto da página. O sexo masculino surge em primeiro lugar. O desenho exprime inibição, dependência, desconfiança, introversão e dificuldade em estabelecer objectivos realistas. Demonstra sentimentos de mal-estar, de limitação do Eu, baixa auto-estima, tendências depressivas e retraimento esquizóide. Encontramos um excesso de controlo e uma diferenciação sexual quase inexistente.

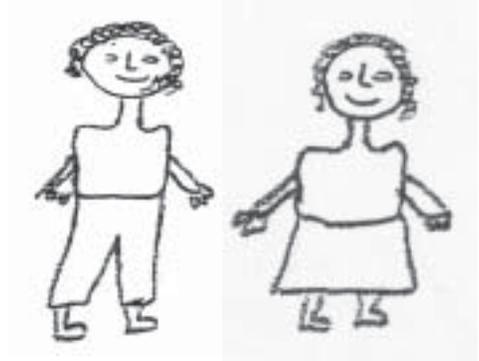


Figura 1

Caso nº 2: 11 anos. Vem à consulta por recusa em ir à escola e crises de choro. Desde há um ano, desde que o pai saiu de casa, só adorce com a mãe.

Menarca aos 10 anos. Má reacção à menarca.

CDI: 29 pontos.

PHCSCS: 60 pontos.

Desenho (Figura 2): As figuras desenhadas dão uma impressão global de infantilidade, sugerindo uma interpretação de dependência e passividade que os braços estendidos e o reforço da linha mediana vêm confirmar. Além disso, o desenho exprime tendências regressivas e dificuldade em estabelecer objectivos realistas (refúgio na fantasia). Não há representação de traços pubertários.

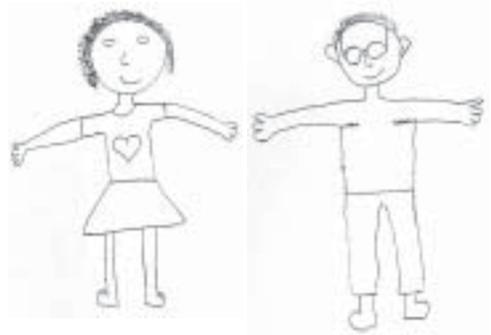


Figura 2

Caso n.º 3: 15 anos. Vem à consulta por conflitos permanentes com a mãe, rebeldia, provocação. Tendência à confabulação. Distraída. É arrapazada e gosta de desporto.

Menarca aos 10 anos. Má reacção à menarca.

CDI: 27 pontos.

PHCSCS: 59 pontos.

Desenho (Figura 3): A impressão global é de agressividade; os braços estão levantados em atitude de desafio ou de confronto. Ambas as figu-



Figura 3

ras são representadas de perfil, de forma quase caricatural e com grande exagero nos detalhes. Ao desejo de evasão e pouca receptividade ao contacto social parece associar-se uma tendência à actividade motora como forma de descarga dos impulsos agressivos. Porém, o exagero nos detalhes e os sombreados excessivos sugerem ansiedade e ausência de integração das referidas tendências.

Caso n.º 4: 14 anos. Vem à consulta por dificuldades de aprendizagem, sensibilidade à crítica, choro fácil. Tem medo do escuro. Hemiparésia do membro superior esquerdo.

Menarca aos 11 anos. Má reacção à menarca.

CDI: 30 pontos.

PHSCS: 56 pontos.

Desenho (Figura 4): A impressão geral é globalmente negativa com recurso a uma representação caricatural. O desenho reflecte, fundamentalmente, uma imagem corporal distorcida que incorporou e ampliou o défice motor. Há indicadores de agressividade latente, ansiedade ligada ao corpo e ao seu funcionamento, tensão e conflito interior, comprometendo a adaptação social, sinais que a rigidez da postura e a representação explícita dos órgãos sexuais parecem confirmar.

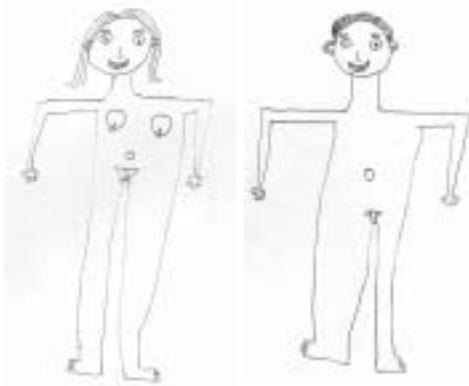


Figura 4

APRECIÇÃO CLÍNICA

Fez-se uma análise da amostra baseada na observação clínica. Para salientarmos a expressividade do corpo nas manifestações psicopatológicas da adolescência, resolvemos separar os motivos de consulta que incidem mais no comportamento e na externalização do sofrimento (Grupo 1=20 casos) daqueles em que eram verbalizadas queixas subjectivas e que apresentavam maior consciência mórbida (Grupo 2 = 26 casos; Quadro 7).

Não houve, pois, preocupação com uma classificação nosológica mais precisa. Podemos, todavia, verificar que a maioria das manifestações clínicas tinha um fundo depressivo.

Apresentaremos algumas vinhetas clínicas, retiradas desta amostra.

DEPRESSÃO

Destacou-se um subgrupo de 16 (SB16) em que o CDI atingia níveis patológicos de depressão (média=43,65) e o auto-conceito era muito baixo (média=37,17). Neste subgrupo dominavam, com efeito, as queixas depressivas com sintomas variados e com uma distribuição sensivelmente idêntica à do grupo geral. Quase todas as adolescentes tinham mais de 14 anos.

As tentativas de suicídio tinham, na maior parte dos casos, carácter apelativo e não raro estava assinalada a rebeldia da adolescente.

Possivelmente o sofrimento mais capaz de ser expresso nos questionários apareceu nos quadros obsessivos, nas crises de ansiedade, na auto-agressão e na inibição. Verificou-se que neste subgrupo as meninas não gostavam da sua aparência física, achavam-se feias ("Sou feia e tenho mau aspecto!" dizia uma adolescente bulímica de 16 anos), sentiam-se diferentes das colegas, não aceitavam as mudanças no seu corpo e reagiram mal à menarca. Neste subgrupo a ideação suicida era frequente (14 em 16).

As adolescentes que tiveram a menarca mais cedo (8-10 anos) surgem neste subgrupo numa percentagem superior à do resto da amostra (43,75% contra 30%). Também se verifica um número elevado de desvios do IMC (31% - 3

QUADRO 7 – MANIFESTAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS

<i>Subgrupo com CDI elevado e com baixo auto-conceito</i>		
Grupo 1		
Tentativa de suicídio	7	3
Perturbação do comportamento alimentar	7	2
Comportamento opositivo	4	1
Auto-agressão	1	1
Enurese nocturna	1	0
Grupo 2		
Depressão	17	5
Dificuldades escolares	3	0
Inibição	2	1
Sintomas obsessivos	2	2
Crises de ansiedade	2	1
	<i>T = 46</i>	<i>T = 16</i>

obesas e 2 magras, embora só 3 sofressem de Perturbação do comportamento alimentar).

No desenho de Machover a diferenciação sexual é boa mas os atributos femininos são pouco valorizados. O grau de Neuroticismo (56,2%) e a Dependência (43,7%) são elevados.

TÂNIA, de 13 anos, procura-nos por ideação suicida persistente. O mal-estar parece sedeado no corpo em crescimento, manifestando-se por sintomas neste (dispneia, parestesias) ou contra este (autoagride-se com tesouras ou bate com a cabeça). No desenho os corpos aparecem mutilados (Figura 5).

Os sintomas tiveram início aos 10 anos, idade em que teve a menarca, mal aceite. A mãe antecipava com preocupação a reacção da filha, pois ela própria tinha sido menstruada aos 9 anos e "julgava que ia morrer".

Tânia, bonita e boa aluna, acha que tem um desenvolvimento diferente das colegas. Inicia um comportamento alimentar bulímico. O mal-estar é mais intenso ao fim de semana, quando fica só com a mãe. O pai é motorista da TIR e é sentido pela Tânia como distante e pouco compreensivo, não ajudando à separação da mãe. Esta vê a filha "como parte de si", "trata-lhe de tudo, até lhe lembra a data do período menstrual".



Figura 5

É a partir de uma viagem com o pai, que o relacionamento entre ambos melhora e a Tânia reencontra o bem-estar.

MÁ REACÇÃO À MENARCA

Tomando esta variável como significativa em todas as análises, verifica-se que a menarca foi mal aceite pela maioria destas adolescentes (56,5%), com tendência a ser pior aceite por aquelas em que apareceu em idade inferior ou igual a 10 anos (70,6%), apesar de praticamente todas terem recebido informação prévia.

Como vimos, a sintomatologia depressiva é predominante, podendo o mal-estar exteriorizar-se através do comportamento.

Muitas delas apresentavam desvios do IMC, sobretudo no sentido da obesidade. O desenvolvimento físico mais precoce parece tornar estas jovens mais vulneráveis a experiências sexuais precoces, como aconteceu em três situações. Para isso parecem concorrer outros aspectos deste subgrupo. São meninas com características prévias de passividade, actualmente ainda dependentes e inseguras, com mães dominadoras ou superprotectoras, e pais em geral demitidos ou ausentes.

Apesar da ameaça que a menarca parece constituir para estas adolescentes, praticamente todas manifestam desejo de ser mais velhas. A qualidade do apoio paterno será um importante factor a ter em consideração na mobilização deste desejo de crescimento.

Quanto ao Machover, a desvalorização dos atributos femininos e os sinais de neuroticismo estão de acordo com os aspectos clínicos e os resultados dos outros testes.

SARA, de 13 anos, teve a menarca aos 11anos. Aos 8 anos era já fisicamente muito desenvolvida. Sentia-se mal integrada no grupo de pares e começou a acompanhar adolescentes, tendo então uma experiência sexual. Desencadeia, nessa altura, rituais alimentares restritivos e ideias obsessivas de contaminação, parecendo querer evitar o crescimento de um corpo sentido como sujo. Exprime várias vezes o receio da

menarca que é recebida com choro intenso. Sucedem-se crises de ansiedade generalizada, acompanhadas de náuseas e vômitos, traduzindo todo o mal-estar interno que necessita expulsar.

DESVIOS DO IMC

Na amostra de 46 adolescentes com menarca adiantada e predominantemente deprimidas, encontramos 13 com desvios evidentes do IMC (11 casos com excesso de peso e 3 com magreza excessiva) e 7 com Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) cujo IMC, embora baixo, estava ainda nos limites normais em 5 casos.

As adolescentes obesas apresentavam-se mais deprimidas do que as que sofriam de PCA (média de CDI acima de 34 nas primeiras e de 31,1 nas segundas). A ideação suicida era frequente em ambos os grupos.

Todavia o auto-conceito das obesas era ligeiramente superior ao das com PCA.

A aparência física parece ser mais problemática para as adolescentes com PCA.

Ambas estavam descontentes com a sua aparência física mas não reagiram pior à menarca do que a média da amostra.

Qualquer destes subgrupos provinha, com frequência, de famílias monoparentais (45,4% nas obesas e 42,8% nas PCA).

A obesidade estava associada a variados quadros psicopatológicos e os motivos da consulta iam desde as Tentativas de Suicídio e Dificuldades de Aprendizagem à Enurese Nocturna.

No número total de casos clínicos estudados (n=77) verifica-se que a incidência de obesidade é bastante superior na amostra de adolescentes com a menarca adiantada relativamente às adolescentes do grupo controlo (24% contra 18%). As meninas obesas são as mais deprimidas mas têm um auto-conceito dentro da média do grupo de 77.

HELENA, 13 anos, consulta por ser assediada sexualmente por um grupo de rapazes; teria já sido vítima de tentativa de abuso sexual por parte do avô.

Focaliza os seus interesses nos estudos; a na-

tural curiosidade sexual desta idade parece reprimida. Mostra-se passiva e dependente da mãe. No desenho (Figura 6) a figura masculina é a primeira a ser desenhada, com franca marca de interdição nos genitais; o corpo feminino aparece amarrado em bandas. As cabeças são sobrevalorizadas em tamanho e pormenor, relativamente ao corpo, vivido como ameaçador (ameaçado) e, por isso, atrofiado e preso.

Helena teve a menarca aos 9 anos; apresenta um IMC acima da média e aparenta ter idade superior à real.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na mesma linha de achados de outros trabalhos^{22,24}, os resultados deste estudo apoiam a hipótese de que a puberdade adiantada torna as meninas mais vulneráveis ao aparecimento de sintomatologia depressiva. Esta aparece associada a um baixo auto-conceito com percepção negativa do seu comportamento, do seu estatuto intelectual e escolar e da sua aparência física, nomeadamente o sentimento de ter um desenvolvimento físico diferente dos pares.

Quanto mais deprimidas estão as adolescentes com menarca adiantada mais baixo é o seu auto-conceito.

Surpreendeu-nos o elevado número de tentativas de suicídio (17,4%), o que está de acordo com outros trabalhos^{22,23}. Inserem-se num contexto apelativo relacional dirigido à mãe. O facto de se verificarem tanto em adolescentes deprimidas como não deprimidas parece traduzir mais a agressão a um corpo mal aceite do que a um desejo de morte.

Na verdade, verificou-se que as adolescentes com menarca adiantada desvalorizavam mais a sua aparência física e sentiam, com mais frequência, ter um desenvolvimento físico diferente dos pares.

As adolescentes mais deprimidas apresentavam com mais frequência uma má reacção à menarca. A boa aceitação das mudanças corporais e da menarca correspondeu a um auto-conceito mais elevado.

A má aceitação da menarca, que se verificou em 56,5% da amostra total e em 70,6% das ado-



Figura 6

lescentes em que a menarca surgiu em idade igual ou inferior a 10 anos, apareceu significativamente associada às atitudes dominadora/superprotectora da mãe. Estas mães também aceitavam mal a menarca das filhas. Este achado apoia a hipótese da importância da avaliação da relação mãe/filha neste período crítico^{13,15}.

Contrariamente a outros estudos^{12,14}, não encontramos relação entre a má aceitação da menarca e a informação prévia acerca da menstruação, uma vez que apenas uma destas adolescentes não tinha recebido informação. Para a aceitação da menarca, mais importante do que a informação será o tipo de preparação e suporte familiar, como a qualidade da relação mãe-filha na promoção do crescimento e da autonomia.

Aliás, foram as adolescentes menos dependentes que evidenciaram maior diferenciação sexual e deram mais realce aos atributos femininos, demonstrando uma melhor identificação sexual feminina. Todavia, a sua imaturidade levou algumas a experiências sexuais precoces e, de certo modo, traumáticas^{19,26,27}.

A presença e a qualidade do apoio paterno serão importantes na promoção da autonomia e da maturidade das filhas. É de realçar que as adolescentes integradas em famílias biparentais acham, com maior frequência e relativamente às das famílias monoparentais, que têm um desenvolvimento físico semelhante aos pares.

Em relação ao IMC, verificámos que a inci-

dência de excesso de peso é bastante superior na amostra de adolescentes com a menarca adiantada relativamente às adolescentes do grupo controlo. Não encontramos, no entanto, correlações significativas entre os desvios do IMC e as outras variáveis no total de adolescentes estudadas, nomeadamente a aceitação da imagem corporal.

Dentro da amostra de adolescentes com menarca adiantada, comparando as que tinham peso excessivo com as que tinham perturbações do comportamento alimentar, verificámos que as obesas se apresentavam mais deprimidas mas tinham melhor auto-conceito que as segundas. Para as jovens com perturbações do comportamento alimentar a aparência física parece ser mais problemática. O nosso estudo revela uma elevada incidência de adolescentes com perturbações do comportamento alimentar (15%), tal como é referido em algumas investigações citadas^{7,9,11}.

Estes resultados parecem comprovar que a menina é apanhada de surpresa pelo desenvolvimento pubertário, para o qual não tem suficiente maturidade psicológica.

A informação prévia, mesmo quanto à menarca, não parece ser suficiente. Falta-lhe tempo para antecipar as transformações, sente-se diferente dos pares, e depara-se muitas vezes com a surpresa e, ansiedade da própria mãe.

Tem dificuldade em aceitar as mudanças, reage mal, faz alguma regressão e, por vezes, opõe-se de forma ostensiva à nova imagem corporal, rejeita a integração do corpo sexuado (insegurança, depressão, baixo auto-conceito, tentativas de suicídio, rituais obsessivos, recusa alimentar).

A relação com a mãe torna-se mais ambivalente e conflitual. Tanto pode acentuar a regressão e dependência, como pode tornar-se mais rebelde e agressiva. A fuga desajustada para o grupo de adolescentes mais velhas pode conduzir a experiências sexuais precoces ou abuso de drogas.

A mãe fica particularmente implicada nesta situação pois, também ela, teme a separação e o despertar sexual da filha. A presença e apoio do pai, assim como um enquadramento familiar harmónico, são factores protectores.

Poderíamos então concluir, a partir dos dados desta investigação:

- 1º – As adolescentes com puberdade adiantada tendem a reagir mal às transformações corporais e à menarca, o que se traduz por baixa do auto-conceito e impressão subjectiva de desenvolvimento físico diferente do dos pares.
- 2º – A sua dependência e passividade em relação às mães dominadoras/superprotectoras, e a fraca triangulação pela figura paterna, origina depressividade e aumenta o risco psicopatológico (depressão, tentativas de suicídio, perturbações do comportamento alimentar, neste estudo).
- 3º – A puberdade adiantada no sexo feminino exige da nossa parte (pedopsiquiatras, psicólogos, educadores) a maior atenção a fim de prevenir o colapso do desenvolvimento, ou seja, a fixação em quadros psicopatológicos que impedem a entrada no processo da Adolescência (sexualidade integrada, identidade/autonomia).

A vigilância e o acompanhamento psicoterapêutico devem incidir especialmente na relação mãe-filha, pela conflitualidade bloqueadora que poderá constituir.

Abstract

Objective: To examine if early puberty is a psychiatric risk factor for depression and eating disorders analysing the given variables: early matured girl's reaction to menarche and body changes, deviations in body mass index, mother/daughter relationship, father's support quality and family structure.

Method: Analysis of a sample of 46 adolescent girls with age ≥ 11 and ≤ 16 years with early puberty (menarche between 8 and 11 years), using the Children's Depression Inventory, the Children's Self-concept Scale, the Machover's Test and a semi-structured interview with the mother; comparison of 37 of these girls aged 11-14 years with a clinical sample of 31 girls aged 10-14 years randomly chosen for age at menarche.

Results and conclusions: Girls with early puberty

are more vulnerable to depressive symptomatology ($p=0.001$), tend to present a low self-concept ($p=0.021$) with a more negative perception about own behaviour ($p=0.003$), intellectual status ($p=0.052$), physical appearance ($p=0.010$) and physical development when compared with peers ($p=0.009$). The majority of these girls have a poor acceptance of menarche (56.5%), which is correlated with overprotective and dominating mothers ($p=0.006$) whose acceptance of daughter's menarche was equally poor ($p=0.013$). Adolescents belonging to father present families expressed feeling similar physical development to peers more frequently ($p=0.006$). No correlation between body mass index deviations and body image was found.

Key-words: Early puberty; Depression; Psychiatric risk.

BIBLIOGRAFIA

- Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: Epidemiology, etiological models, and treatment implications. *Integr Psychiatry* 1988; 6: 1-8.
- Ferronha J, Fernandes G, Machado M. Estudo epidemiológico da depressão infantil. *Rev Port Pedopsiq* 1998; (número especial): 39-51.
- Hankin BL, Abramsom LY, Moffit TE, et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnormal Psychol* 1998; 107: 128-140.
- Nolen-Hoeksema S, Girus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 1994; 115: 424-443.
- Coelho R, Martins A, Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 222-226.
- Angold A, Costello E J, Worthman C M. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 1998; 28(1): 51-61.
- Killen JD, Hayward C, Litt I. Is puberty a risk factor for eating disorders? *Am J Dis Child* 1992; 146(3): 323-5.
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A, et al. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med* 1999; 29 (5): 1043-1053.
- Koff E, Rierdan J. Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. *J Adolesc Health* 1993; 14: 433-439.
- O'Dea J A, Abraham S. Onset of disordered eating attitudes and behaviours in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight and age. *Adolescence* 1999 Winter; 34(136): 671-9.
- Corcos M, Flament MF, Giraud MJ. Early psychopathological signs in bulimia nervosa. A retrospective comparison of the period of puberty in bulimic and control girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9(2): 115-21.
- Hayward C, Killen J D, Hammer L D. Pubertal stage and panic attack history in sixth and seventh-grade girls. *Am J Psychiatry* 1992; 149(9): 1239-43.
- Greif E B, Ulman K J. The psychological impact of menarche on early adolescent female: A review of the literature. *Child Development* 1982; 1413-30.
- Amann-Gainotti M. Knowledge and beliefs about the body interior during early adolescence: The case of menstruations. *Acta Paedopsychiatr* 1989; 52(2): 143-9.
- Amann-Gainotti M. Sexual socialization during early adolescence: The menarche. *Adolescence* 1986; 21(83): 703-10.
- McGregory A. Menarche: Responses of early adolescent females. *Adolescence* 1990; 25(98): 265-70.
- Ryan SA, Millstein SG, Irwin CE. Puberty questions asked by early adolescents: What do they want to know? *J Adolesc Health* 1996; 19(2): 145-52.
- Tschann JM, Adler NE, Irwin CE. Initiation of substance use in early adolescence: The role of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychol* 1994; 13(4): 326-33.
- Prokopcakova A. Drug experimenting and pubertal maturation in girls. *Studia-Psychologica* 1998; 40(4): 287-290.
- Laitinen-Krispijn S, Van der Ende J, Hazebroek-Kampschreur AA. Pubertal maturation and the development of behavioural and emotional problems in early adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99(1): 16-25.
- Ge X, Conger RD, Elder GH. Coming of age too early: Pubertal influences on girls vulnerability to psychological distress. *Child Development* 1996; 67: 3386-400.
- Graber JA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(12): 1768-76.
- Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(5): 603-10.
- Hayward C, Killen JD, Hammer LD. Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(2): 255-62.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(5): 468-76.
- Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rissanen A. Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence. *J Adolesc Health* 2001; 28(4): 346-52.
- Turner PK, Runtz MG, Galambos NL. Sexual abuse, pubertal timing, and subjective age in adolescent girls: A research note. *J Reprod Infant Psychol* 1999; 17(2): 11-118.
- Malpique C, Gomes C, Fernandes G, e outros. Vulnerabilidade à depressão na puberdade feminina. *Rev Port Pedopsiq* 1999; 15: 23-29.
- Malpique C, Gomes C, Fernandes G, e outros. Depressão e auto-conceito na clínica durante a puberdade feminina 1999 (não publicado).
- Malpique C. Menarca como Trauma. *Rev Psicologia* 1986; V, 1: 45-51.
- Kovacs M, Beck AT. Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models. New York, Raven Press, 1-25, 1985.
- Veiga FH, Escala de autoconceito: Adaptação portuguesa do Piers-Harris children's self-concept scale. *Rev Psicologia* 1989; VII, 3: 275-284.
- Veiga FH. Transgressão e autoconceito dos jovens na escola. Porto, Fim de Século, 1996.
- Abraham A. *Les identifications de l'enfant à travers son dessin*. Issyles-Moulineux , Privat, éditeur, 1976.
- Abraham A. *Le dessin d'une personne, le test de Machover*. Issyles-Moulineux, Editions Scientifiques et Psychologiques, 1977.
- Klepsch M, Logie L. Children draw and tell. An introduction to the projective uses of children's human figure drawings. Brunner/Mazel, INC., New York, 1982.
- Ferraris AO. Les dessins d'enfants et leur signification. Les Nouvelles Editions Marabout, Verviers, 1980.