

**DISSERTAÇÃO DE FIM DE CURSO APRESENTADA NA ÁREA DE
PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA**

Pagliosa - Jaqueline de Souza

ESTUDO DA ALEXITIMIA EM DIABÉTICOS

ORIENTADOR: Professor-Doutor Eurico Figueiredo

Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR:

Lisboa - Portugal, 1999.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido pelo incentivo, paciência
e disponibilidade de tempo ao qual foi
à mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

Ao Doutor Eurico Figueiredo pela orientação recebida.

Tenho a gratificação em reconhecer que foram várias as pessoas que me auxiliaram nesta investigação e na qual desenvolveu-se grandes amizades, como a Psicóloga Miriam Burd.

A todos os mestres desde da Graduação, da Especialização a Mestre Tânia Barros, e principalmente aos mestres do curso de mestrado, como o Doutor Eduardo Sá. Todos de alguma forma especial contribuíram para o meu aprendizado e desenvolvimento de minha dissertação.

As minha amigas companheira de todas as horas, a Dr. Márcia Koller e a colega Marjana Ruszczyk, ao Dr. Hugo Lisboa, ao Dr. Carlos Barros, ao Dr. Júlio de Mello Filho.

A Associação de Diabéticos de Erechim pelo seu empenho na realização de meu trabalho, aos Serviços do Sistema Único de Saúde - SUS - de Erechim bem como ao senhor Secretário de Saúde Cláudio Giacomini, aos CHC - Centros de Habilitação de Condutores ERECHIM e SINAL VERDE.

A meus pais, pelo código de valores que deles aprendi.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
PARTE I.....	9
1- ALEXITIMIA.....	9
1.1- ASPECTOS HISTÓRICOS.....	9
1.2- DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO.....	11
1.3- HIPÓTESES ETIOLÓGICAS DA ALEXITIMIA.....	21
1.3.1- VISÃO PSICANALÍTICA.....	21
1.3.2- VISÃO BIOLÓGICA.....	33
1.3.3- VISÃO SOCIOCULTURAL.....	36
1.4 - FAMÍLIA E ALEXITIMIA.....	38
PARTE II.....	43
2- DIABETES MELLITUS.....	43
2.1- ASPECTOS HISTÓRICOS.....	43
2.2- INTRODUÇÃO.....	45
2.3- CLASSIFICAÇÃO E PATOGÊNESE DO DIABETES MELLITUS.....	49
2.3.1- DIABETES TIPO 1.....	49
2.3.2- DIABETES TIPO 2.....	50
2.4- QUADRO CLÍNICO.....	52
2.5- IMPLICAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS DO DM.....	54
2.6- ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À DOENÇA DM.....	58
2.7- O TRATAMENTO DO DM.....	61
2.8- A PREVENÇÃO DO DM NOS EUA.....	66
PARTE III.....	69
3. IMPLICAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO DM.....	69
3.1 - STRESSE E DIABETES.....	69
3.2 - ALEXITIMIA E DIABETES.....	72
PARTE IV.....	75
4. ETUDO CLÍNICO.....	75
4.1 - IMPORTÂNCIA DO ESTUDO.....	75
4.2 - TIPO DE ESTUDO.....	76
4.3- DEFINIÇÃO DA AMOSTRA.....	76
4.4- VARIÁVEIS.....	78
4.5 - INSTRUMENTOS.....	79
4.5.1 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ALEXITIMIA.....	80
4.5.2- QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS.....	83
4.6 - PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	84
4.7- TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	86
4.8 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	87
4.9 - DISCUSSÃO.....	108
BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXOS.....	121

INTRODUÇÃO

O presente estudo, tem a finalidade de proporcionar reflexões a cerca de uma doença física crônica - Diabetes Mellitus bem como as implicações da variável psicológica Alexitimia em pacientes com esta enfermidade, qual a relação que poderá existir entre estas duas variáveis.

No campo da teoria Psicossomática muitos autores vem contribuindo para o seu desenvolvimento, na tentativa de compreender os mecanismos que regem o estado de saúde de uma pessoa, considerado por P. Marty como um ambicioso projeto. E graças a isto tem-se despertado cada vez mais o interesse de profissionais a fazerem estudos nesta área.

Optou-se, neste estudo, através da teoria Psicossomática dar um enfoque especial ao fenômeno psicológico Alexitimia. Trata-se de um termo que foi denominado por Sifneos em 1972, refere-se a características encontradas em pacientes psicossomáticos que por não verbalizarem os sentimentos, apresentariam uma tendência a adoecer somaticamente. O conceito é considerado um marco na psicossomática, relevante para a compreensão mente-corpo.

O termo alexitimia, refere-se à incapacidade do sujeito em expressar verbalmente suas emoções, há ausência de fantasias e tem sido associada ao pensamento descrito como concreto, pragmático ou instrumental, marcado por uma preocupação com os mínimos detalhes em relação aos acontecimentos externos e também por uma diminuição da função onírica. Sua caracterização e etiologia ainda não está definida, ela pode aparecer como um

traço de personalidade, um estado, um mecanismo de defesa, uma alteração neuribiológica ou uma forma cultural de expressão. Quanto sua etiologia pode se referir a alterações nas relações objetais e incapacidade de simbolizar até patologias do corpo caloso.

Nos dias de hoje, sabe-se, que a alexitimia se manifesta não só em pessoas com afecções somáticas mas também em pessoas que apresentam perturbações físicas e psicopatológicas, quer como fator permanente de seu funcionamento mental, quer como reação do sujeito perante situações vividas como traumáticas e ameaçadoras, pela difícil contenção psíquica, diante de emoções dolorosas.

Sobre o Diabetes Mellitus, esta há muito tempo tem sido identificada como uma doença com possíveis componentes psicológicos, de que crises emocionais podem preceder a instalação de quadros de Diabetes ou de provocar súbitos agravamentos nestes doentes. Isto acabou estimulando o interesse pelo estudo de aspectos psicossomático nesta enfermidade.

Ambromson et al. (1991), é um dos autores que teve interesse em aprofundar o assunto, fazendo uma investigação sobre a relação entre Alexitimia e o Diabetes.

Este estudo sugere que características alexitímicas podem interferir na habilidade do diabético em administrar sua enfermidade, bem como uma dificuldade no controle glicêmico. Este pobre controle glicêmico, prevê evidências de que características alexitímicas podem ter um papel importante na etiologia do Diabetes ou na exacerbação de seus sintomas.

Durante a análise dos resultados, observou-se que pessoas diabéticas que tinham experienciado perdas recentes, apresentaram ser mais alexitímicas que as pessoas diabéticas que não tinham apresentado perdas recentes. Segundo Ambromson et al. (1991), isto sugere que a alexitimia seja uma resposta a uma situação fortemente afetiva para a qual os diabéticos são, particularmente, vulneráveis. Sendo provável que os diabéticos respondam a dor emocional, de pesar, defendendo-se de todos os sentimentos em geral, tornando-se alexitímicos.

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, que está cada vez mais se proliferando em todo o mundo, e há comprovações de que aproximadamente um terço destes pacientes são acometidos por problemas psicológicos durante suas vidas, Lustman (1998). A tensão é comum no diabético, pois esta enfermidade requer um extraordinário esforço do paciente para cumprir com as recomendações terapêuticas. Através destes dados teóricos, haveria a tendência do diabético ser alexitímico, enfocando sua atenção à acontecimentos externos como o ambiente, no lugar de experiências internas como os sentimentos, defendendo-se e adaptando-se a situações vividas como dolorosas e ameaçadoras.

Pouco tem se estudo sobre este fenômeno na doença crônica Diabetes Mellitus. Assim sendo este estudo procura verificar se existe relação entre o Tipo de Diabetes e Alexitimia, se o Diabetes interfere nos valores da Alexitimia, e que implicações este fenômeno pode causar neste enfermidade, diante da capacidades destas pessoas se adaptarem a doença, ao seu tratamento e as complicações que poderão advir.

Assim sendo, o problema fundamental deste trabalho consistirá em saber :

L0 = A classificação do Diabetes Mellitus influencia nos valores da Alexitimia ?

L1 = Como a Alexitimia se distribui numa população com Diabetes Mellitus ?

L2 = Será que os sujeitos com Diabetes Mellitus apresentam diferenças na distribuição da alexitimia em relação a população que não apresentam doença psicossomática?

Breve definição dos conceitos fundamentais deste trabalho:

- **Alexitimia** - Dificuldade do sujeito em nomear seus estados afetivos, não há palavra para as emoções.
- **Diabetes Mellitus tipo 1 - Insulino-Dependente** - Inclui pacientes conhecidos como portadores de Diabetes Juvenil ou tipo 1. O termo tipo1 refere-se a um processo patológico , caracterizado pela destruição imunológica das células beta de indivíduos geneticamente suscetíveis. Geralmente são jovens e magros - .mais comum em crianças e adolescentes. Há absoluta dependência de insulina exógena. Corresponde 5% do total de casos de DM.
- **Diabetes Mellitus Tipo 2 - Não-Insulino-Dependente** - Refere-se a uma condição em que os indivíduos não dependem da administração de insulina exógena para a sua sobrevivência. A maioria dos pacientes podem ser tratadas somente com dietas e antidiabéticos orais. Corresponde a cerca de 90% dos casos.

PARTE I

1. ALEXITIMIA

1.1 - ASPECTOS HISTÓRICOS

Em 1963, psicanalistas franceses P. Marty e M. M'Uzan, através de experiências clínicas com pacientes fisicamente doentes, mostraram que um bom número de pacientes eram incapazes de produzirem pensamentos fantasmáticos e que durante as entrevistas o conteúdo das associações era pouco imaginativo, ligado a realidade, onde estes autores deram o nome de Pensamento Operatório.

Após, mais ou menos, quinze anos, dois analistas americanos John Nemiah e Peter Sifneos, puseram-se a fazer pesquisas sistemáticas sobre a comunicação dos pacientes psicossomáticos. Desconhecendo o trabalho dos psicanalistas franceses, Nemiah e Sifneos, nos anos 70, estudaram a transição de palavra por palavra das entrevistas psiquiátricas de vinte pacientes, que apresentaram uma ou outra de duas doenças psicossomáticas clássicas. As entrevistas foram conduzidas de maneira a estimular a livre associação e a produção de pensamento fantasmático. Nemiah e Sifneos constataram que dezesseis pacientes mostraram dificuldades de exprimir ou descrever seus sentimentos bem como uma ausência ou diminuição do pensamento fantasmático.

Através de repetidas observações confirmaram que, ao contrário dos pacientes psiconeuróticos, os pacientes que sofrem de doenças psicossomáticas clássicas apresentam

com freqüência uma perturbação específica nas suas funções afetivas e simbólicas que conduz a sua maneira de comunicar improdutiva e confusa (Taylor, 1990).

Trabalhos de Ruesch (in Lolas and Von Rad, 1989, apud. Forts, 1995), também contribuíram para o respectivo estudo, em 1948 já levantavam a existência de certos traços comuns a pacientes sofrendo das ditas "doenças psicossomática", sendo definida por Alexander em 1950, estes traços ele considerava ser o ponto central destas patologias. Estes pacientes para Ruesch, apresentavam uma alteração em seu desenvolvimento que os tornavam incapazes de lidar com tensões através de uma linguagem simbolicamente rica que servisse para dar vazão a conflitos emocionais. Com isso passariam a expressá-los por meio de ações ou samatizando.

1.2. -DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONCEITO

Alexitimia, refere-se à incapacidade do sujeito nomear seus estados afetivos ou de escrever sua vida emocional, não há palavras para as emoções.

O termo alexitimia foi proposto por Sifneos em 1972, para descrever as manifestações clínicas de sujeitos que apresentavam dificuldades em exprimir seus estados emocionais, incapacidade para descrever os afetos por intermédio de palavras.

A palavra alexitimia deriva do grego: (A) – **falta de**; (LEXIS) – **palavra**; (THIMOS) – **emoção**.

Alexitimia manifesta-se, hoje em dia, num grande número de pessoas que sofrem de afecções somáticas, perturbações físicas e psicopatológicas; quer como fator permanente do funcionamento mental, quer como reação do sujeito perante situações vividas como ameaçadoras pela difícil contenção psíquica das emoções dolorosas (Teixeira e col. 1991).

Segundo Bastos (1995), esta característica têm sido associada ao pensamento descrito como concreto, pragmático ou instrumental, marcado por uma precaução com os mínimos detalhes em relação aos acontecimentos exteriores e por uma marcada ausência de expressão de fantasias e afetos.

Descobriu-se nestes casos uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um agir de caráter compulsivo, procurando desta forma reduzir a intensidade da dor psíquica pelo caminho mais curto.

Segundo Taylor (1990), pode-se considerar a alexitimia como uma ansiedade não específica a respeito do surgimento brusco e da percepção das emoções, que tem por resultado uma vida subjetiva sensivelmente diferente daquela pessoa normal ou neurótica. Estes indivíduos podem não apresentarem uma psicopatologia apreciável e podem mesmo passar por normais, mas a regulação de seus estados emocionais internos e seu funcionamento psicológico é muito precário. Diante de uma situação de estresse, ao invés de desenvolverem sintomas neuróticos, são suscetíveis a abusar da comida, do álcool,... sofrem um sofrimento físico vago e quase impossível de descrever devido a uma "instabilidade autônoma", Flannery (1978), ou sofrem uma doença física com alterações teciduais.

Associa-se o conceito de Alexitimia a certas características de personalidade como inibição, repressão afetiva. Talvez o conceito ao qual estejamos lidando esteja relacionado a distintos padrões de personalidade, gerando uma certa confusão por lidarmos com diferentes traços de personalidade, Todarello et al. (1994).

Segundo Forts (1995), na busca de clarear o conceito, acaba surgindo questionamentos, relacionados aos possíveis erros nas observações feitas. "Seria Alexitimia um "bias" da relação médico paciente, principalmente, dentro da situação específica da terapia psicanalítica, um artefato das técnicas de entrevistas, como tem sido acusados os trabalhos pioneiros da Escola Francesa? Seria um traço estrutural de algumas personalidades (e inicia-

se a discussão sobre ser este um traço patológico ou não)? Seria um mecanismo de defesa, capaz de ser ou não utilizado, dependendo das circunstâncias? Poderia incorporar determinados padrões sociais de comportamento?"

A alexitimia acaba sendo um fenômeno que interfere no curso de diversas patologias, sofrendo determinações por parte de diversos fatores: individuais, situacionais e culturais.

A alexitimia é uma defesa singularmente forte contra a dor psíquica e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos internos arcaicos, McDougall (1982).

Pesquisas mais recentes tem se dedicado a clarear este fenômeno e seus determinantes, na década de oitenta houve dedicação em pesquisar instrumentos que pudessem quantificá-la. Esses métodos quantitativos demonstraram dados interessantes sobre a Alexitimia: esta não aparece mais como um dado específico de "doença psicossomática", isto se deu através da não confirmação regular de sua presença em patologias clássicas, como artrite reumatóide, colite ulcerativa, hipertensão arterial e outras, Fava (1976); Paulson (1985); Acklin (1988). Os resultados demonstraram também que pacientes psiquiátricos podem ser mais alexitímicos que pacientes psicossomáticos, Rubino (1991). Segundo autores como Shipko (1982); Blummer and Heilbronn (1982); Postone (1986), a Alexitimia apresentou-se em vários outros quadros nosológicos, em somatizações e dor crônica, outras como síndrome do pânico, Zeitlin (1993), desordens de estress pós traumático, Krystal et al. (1986), anorexia nervosa e bulimia, Jimerson et al. (1994) e alcoolismo, Taylor (1990). A percentagem de pessoas ditas alexitímicas, a partir de testes padrões, cresce nestes casos chegando a 39% em quadros de

somatizações, 50% em usuários de álcool, 70% em síndrome do pânico e 40% em anorexia nervosa, Forts (1995).

Quadro I: Conceitos Fundamentais dos diversos autores

SIFNEOS - 1972	<ul style="list-style-type: none"> * Criou o termo Alexitimia * Dificuldade de descrever os afetos por intermédio da palavra.
P.MARTY e M. M'UZAN, 1963	<ul style="list-style-type: none"> * Conceito de Pensamento Operatório * Incapacidade de produzirem pensamento fantasmático, pouco imaginativo, ligados a realidade. * Perturbações específicas nas funções afetivas e simbólicas.
RUESCH - 1948	<ul style="list-style-type: none"> * Alteração no desenvolvimento que torna incapaz de lidar com tensões através da linguagem verbal. Expressando por meio de ações ou somatizando.
FLANNERY - 1978	<ul style="list-style-type: none"> * "Instabilidade Autônoma" - sofrimento físico vago e quase impossível de descrever.
NEMIAH e SIFNEOS 1970	<ul style="list-style-type: none"> * Os pacientes psicossomáticos apresentavam dificuldades em exprimir ou descrever seus sentimentos bem como uma ausência ou diminuição do pensamento fantasmático. * Apresentavam também com frequência uma perturbação específica nas funções afetivas e simbólicas conduzindo a uma maneira de comunicar improdutiva e confusa.
TAYLOR - 1990	<ul style="list-style-type: none"> * Há um funcionamento psicológico precário assim como o ajustamento dos estados afetivos internos, onde diante de uma situação de stress são suscetíveis a abusar da comida, álcool ...
McDOUGALL - 1982	<ul style="list-style-type: none"> * Alexitimia é uma defesa singularmente forte contra a dor psíquica e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos internos arcaicos.

ASPECTOS CLÍNICOS

Partindo de experiências clínicas com pacientes com afecções somáticas, autores como, P. Marty, M. de M' Uzan, M. Fain e C. David, constataram a existência de determinadas características que lhes seriam comum, o que, no geral, teria a ver com uma vida fantasiosa pobre, paralelamente a um predomínio de investimento na realidade e no concreto. Passaram a ter uma visão pragmática da vida e das relações interpessoais, tendo uma boa adaptação social e a ausência de vivências conflituais, quer “interna” quer “externa”.

Classificaram, Nemiah e Sifneos (1970), que os pacientes neuróticos se queixavam de dificuldades psicológicas e de sintomas emocionais e os pacientes alexitímicos se queixavam essencialmente de sintomas somáticos, às vezes sem algum elo com qualquer doença física que eles pudessem ter.

Tratava-se de um pensamento prosaico, utilitário e ocupado por detalhes de acontecimentos exteriores, no qual Marty e M'Uzan (1963) chamaram de pensamento operatório.

Segundo Taylor (1990), citando autores como Nemihan, Freyberger e Sifneos (1976), aos indivíduos alexitímicos apresentam uma enorme dificuldade em reconhecer e descrever seus próprios sentimentos e tem dificuldades também de diferenciar estados emocionais e sensações corporais.

McDougall (1989), diz que a Alexitimia, não se trata somente de não ter palavras para as emoções, mas também de uma incapacidade para distinguir um afeto do outro, seja doloroso

ou prazeroso. Esta incapacidade não é só para si mas também para o outro, sendo sentida na relação analítica através dos sentimentos contratransferenciais.

Sujeitos alexitímicos, apresentam-se de forma como se nada os abalasse, apresentam-se impávidos diante de situações na qual se esperaria uma reação emotiva intensa, “vivendo numa espécie de superadaptação ao mundo real”, McDougall (1991). Esta autora considera, que pessoas que apresentam esta força diante de situações comoventes revelam uma fragilidade na estrutura da personalidade. Tem-se a sensação de estar diante de um distanciamento esquizóide ou de um sarcasmo exagerado, muito diferente de qualquer forma de adaptação equilibrada.

Estas pessoas tem a tendência de passar a um ato para exprimir sua emoção ou evitar conflitos, sonham pouco e são pobres em pensamentos fantasmáticos.

Sifneos (1977), descreveu o alexitímico, comparando-os com neuróticos da seguinte maneira:

- Queixas físicas infundáveis, sem doença orgânica;
- Queixas outras inespecíficas com tensão, irritabilidade, frustração, dor, tédio, vazio, inquietação, agitação nervosismo;
- Ausência de fantasia e presença de descrições elaboradas de eventos externos triviais;
- Dificuldade de encontrar as palavras certas para os sentimentos;
- Raramente choram ou o choro é inapropriado aos sentimentos;
- Raros sonhos;
- Afeto inapropriado;

- Ações impulsivas e predominantes no "modus vivendi";
- Pobreza de relacionamento interpessoal com predomínio de dependência e tendência ao isolamento;
- Personalidade com alterações (narcísicas, passivo-agressivas, psicopática etc.);
- Postura rígida;
- Contratransferência negativa, com tédio no relacionamento terapêutico;
- Sem relação com estrutura social, educacional, econômica ou cultural.

Forts (1995), diz que atualmente, segundo Taylor (1985), chegou-se a um consenso onde descreve-se Alexitimia, apresentando os seguintes aspectos cognitivos comportamentais:

- Conformismo social;
- Dificuldade em identificar e descrever sentimentos;
- Dificuldade em distinguir entre sentimentos e as sensações corporais provocadas pelas emoções;
- Uma capacidade imaginativa restrita, demonstrada por pobreza de fantasias e poucos sonhos;
- Estilo cognitivo externamente dirigido, com descrições detalhadas de eventos, concreto.

Para McDougall (1974) e Jackson (1977, 1982), trata-se de uma "pseudo-normalidade", pois evoluem na vida de uma maneira mecânica, quase como se seguissem as instruções de um manual. Em suas relações interpessoais, eles tem uma tendência a estabelecer uma dependência notável ou bem igualmente preferir ficar sozinhos e evitar as pessoas. Lolas and Von Rad (1989), Krystal (1992), a " pseudo-normalidade", refere-se a pacientes que não

costumam apresentar alterações psicopatológicas ao exame. Seriam indivíduos propensos à um comportamento correto, até mesmo conformado socialmente. Onde a alteração seria suspeitada no curso de tratamentos de diversos quadros patológicos, em especial quando são encaminhados para tratamentos psicoterápico, de base Psicanalítica, McDougall (1974).

Krystal (1979), descreveu que entre os indivíduos alexitímicos há uma diminuição da aptidão à empatia, devido a dificuldade que eles tem de reconhecer e utilizar seus próprios sentimentos como sinais para eles mesmos. Podendo ser observada na relação psicoterapêutica ou psicanalítica, na qual o paciente percebe freqüentemente o analista como duplo de si mesmo.

Quadro II: Conceitos Fundamentais dos diversos autores

NEMIAH e SIFNEOS 1970	<ul style="list-style-type: none"> * Queixa somáticas, às vezes sem algum elo com qualquer doença física que pudesse Ter.
MARTY e M. M'UZAN 1963	<ul style="list-style-type: none"> * Pensamento prosaico, utilitário e ocupado por detalhes de acontecimentos exteriores - "Pensamento Operatório".
NEMIAH, SIFNEOS e FREYBERGER - 1976	<ul style="list-style-type: none"> * Dificuldade em reconhecer e descrever seus próprios sentimentos * Dificuldade em diferenciar estados emocionais e sensações corporais.
McDOUGALL - 1989	<ul style="list-style-type: none"> * Incapacidade de distinguir um afeto do outro seja prazeroso ou doloroso.
McDOUGALL - 1991	<ul style="list-style-type: none"> * Apresentam-se impávidos diante de situações na qual se esperaria uma reação emotiva intensa - "Superadaptação ao mundo real".
SIFNEOS - 1977	<ul style="list-style-type: none"> * Queixa físicas infundáveis, sem doença orgânica; * Queixa inespecíficas, tensão, dor, tédio, vazio.. * Ausência de fantasia e presença de descrições elaboradas de eventos exteriores triviais. * Dificuldade de encontrar as palavras certas para os sentimentos. * Raramente choram ou o chora é inapropriado ao sentimento. * Raros sonhos; afeto inapropriado; ações impulsivas. * Pobreza no relacionamento interpessoal com predomínio de dependência e isolamento. * Personalidade com alterações (narcísica, psicopática...) * Postura rígida, Contratransferência negativa, com tédio no relacionamento terapêutico. * Sem relação com estrutura social, educacional, econômica ou cultural.
TAYLOR - 1985	<ul style="list-style-type: none"> * Aspectos cognitivos comportamentais: * Conformismo social * Dificuldade em identificar e descrever sentimentos; * Dificuldade em distinguir entre os sentimentos e as sensações corporais; * Capacidade imaginativa restrita, demonstrada por pobreza de fantasias e poucos sonhos. * Estilo cognitivo externamente dirigido, com descrição detalhada de eventos, concretos.
McDOUGALL - 1974 e JACKSON- 1977-1982	<ul style="list-style-type: none"> * "Pseudo-Normalidade"- envolvem-se na vida de uma forma como se tivessem seguindo um manual.
KRYSTAL - 1979	<ul style="list-style-type: none"> * Há uma diminuição na aptidão à empatia, devido a dificuldade que o sujeito tem de reconhecer e utilizar seus próprios sentimentos como sinais para ele mesmo. * O paciente percebe o analista como duplo de si mesmo.

1.3 - HIPOTHESES ETIOLOGIAS DA ALEXITIMIA

Não há um consenso sobre qual a verdadeira natureza deste fenômeno. Nemihan (1977, apud. Taylor 1990), considera que múltiplos fatores exercem influência no desenvolvimento deste fenômeno, alexitimia. Fatores genéticos e intra-psíquicos, os modos de comunicação são influenciados pelos fatores socioculturais, a inteligência e os modelos dos discursos familiares.

Tratando-se da etiologia da alexitimia, tem sido feito estudos em cima de três fenômenos importantes, visão Psicanalítica, Biológica e Socio-Cultural.

Leff (1973 cit. Taylor 1990), através de investigações descobriu que pessoas nos países desenvolvidos mostram uma maior capacidade de diferenciar os estados emocionais do que as pessoas dos países em desenvolvimento, e que certas línguas impunham limitações quanto a expressão das emoções.

1.3.1 - VISÃO PSICANALÍTICA

Taylor (1990), do ponto de vista psicanalítico, Nemiah (1975, 1977) e Sifneos (1974), demonstraram que os mecanismos de defesa neuróticos tais como negação, regressão e isolamento não explicavam de maneira adequada o fenômeno da alexitimia.

Neste sentido, para P. Sifneos, a alexitimia estaria ligada a uma carência ao distúrbio de simbolização lingüística. Num artigo mais recente, Sifneos e Nemiah citados por

McDougall 1991, sugerem a noção de um defeito fisiológico estrutural podendo mostrar-se irreversível. Em situações de conflito psicológico, uma falha a nível simbólico, poderá desencadear, uma incapacidade de pensar a respeito de si próprio e da relação eu-mundo. Deixando em aberto a razão deste funcionamento. Podendo eventualmente levarmos a examinar as vicissitudes da representação e as transformações do afeto cindindo da representação.

Já, segundo Mcdougall (1980, 1982), a causa da alexitimia, sendo esta uma alteração da capacidade de simbolizar, atribui à este fenômeno as perturbações da relação mãe-filho. Supõe ser uma patologia muito precoce na qual os mecanismos de defesa de clivagem e a identificação projetiva dominam. Isto corresponde as perturbações da fase do desenvolvimento simbiótico, onde as representações de si e as representações do objeto não são completamente diferenciadas.

Mahler (1979), denomina esta fase de 'simbiose mãe-bebê', fase em que o bebê humano não tem preparo biológico para manter sua vida por conta própria, condicionando esta prolongada fase. Crê que, experiências precursoras da personalidade são derivadas da fase simbiótica dual mãe-bebê, as quais, em conjunto com fatores constitucionais, vem determinar a composição somática e psicológica sem par de todo o ser humano.

Esta impossibilidade de inserir experiências afetivas e corporais no código lingüístico depende a princípio unicamente do contato íntimo entre a mãe e a criança. Inicialmente é a mãe que interpreta os gritos e os gestos do bebê, e posteriormente nomeia-os para ele. Isto ocorre por intermédio da fala, onde a mãe oferece nomes para as diferentes partes do corpo de

criança e ao mesmo tempo lhe transmite o espaço fantasmático que será ocupado em particular pelas zonas erógenas, transmitindo igualmente a natureza da relação “zona objeto complementar” que dá origem ao esquema de base do psicossoma. Para McDougall (1991), o papel da mãe na nominação dos estados afetivos é fundamental para a organização psicossomática da criança. Esta só poderá adquirir um corpo, tornar-se consciente dos sinais que ele emite, estar apta a elaborar simbolicamente, através do pensamento verbal e da vida do imaginário, os acontecimentos físicos e emocionais que vive, no interior da relação mãe-infans.

Esta interação mãe-bebê, é hoje concebida como um processo ao longo do qual a mãe entra em comunicação com o bebê enviando-lhe certas “mensagens”, enquanto que o bebê, por sua vez, “responde” à sua mãe com a ajuda de seus próprios meios, onde o bebê aparece como um ser capaz de influenciar sua circunstância humana, ao mesmo tempo em que ele é ele-mesmo sob a influência desta circunstância. A interação mãe-bebê aparece assim como o protótipo primitivo de todas as formas posteriores de troca. Nesta “conversação” entre a mãe e o bebê, as palavras e as frases são substituídas, muitas vezes, por parte da mãe, sempre por parte do bebê, por mensagens extraverbais: gestos, vocalizações, sorrisos, etc. Portanto neste modelo de interação, mãe-bebê, surge uma seqüência de trocas recíprocas utilizando mensagens e sinais próprias ao estágio de desenvolvimento do bebê.

McDougall (1992), diz que pesquisas atuais, põem em evidência a importância destas primeiras trocas mãe-bebê, bem como o fato de que cada bebê, constantemente envia a sua mãe sinais que indicam suas preferências e suas aversões. Se a mãe estiver livre de entraves

internos, saberá 'ouvir' as primeiras comunicações de seu filho. Mas pode ocorrer que uma mãe, presa ao sofrimento e angústia internas, não seja capaz de observar e interpretar os sorrisos, os gestos e as queixas de seu filho e que ao contrário, impor seus próprios desejos e necessidades, criando no bebê um sentimento de frustração e fúria. Este tipo de experiência pode levá-lo a construir recursos de que dispõe, maneiras radicais de se proteger de crises afetivas e do esgotamento que isto pode resultar. Com isso pode-se dizer que o bebê, necessita de uma figura materna que pense por ele. É o que Bion descreve como a capacidade da mãe de "conter" os afetos do bebê, dando a ele uma resposta adequada, este aspecto é o que McDougall (1991), chama de comunicação primitiva.

A capacidade da mãe de entender o processo primário de linguagem. Aos poucos o bebê começa a expressar-se, comunicando ampla variedade de afetos: como o medo, prazer, aborrecimento, afeição, alegria, angústia, espanto. Estes expressivos sentimentos constituem a matéria essencial para o desenvolvimento da linguagem simbólica representativa. A disponibilidade emocional da mãe é essencial para que o ego autônomo do bebê alcance uma capacidade ótima, Mahler (1979).

Portanto, McDougall (1991), se uma ruptura prolongada na relação dos dois, ou uma carência por parte da mãe, no seu papel protetor, próprio desta fase, podem desencadear angústia específicas, angústia que pode-se qualificar de ameaça de aniquilamento, onde a criança não perde simplesmente o seu objeto, mas sim a identidade global; podendo em alguns casos conduzir à morte física.

A perda do objeto e a diferenciação do sujeito só pode ser colmatada, por intermédio de um ato psíquico: a introjeção, no interior de si, do objeto perdido, ou seja a criação do objeto interno. “Se o indivíduo não puder enfrentar esta “castração primária”, se ele for incapaz de operar o ato criador constituído pela manutenção do objeto ausente no interior de si, essa perda inevitável na pré-história de todos nós poderá ser compensada através do delírio ou até mesmo da morte”. Esta perda à qual se refere é a condição primordial para a identidade psíquica e toda tendência de retornar a não-diferenciação primitiva implica um grave risco para o sujeito (estados psicóticos) ou para própria existência (toxicomanias, suicídios, doenças psicossomáticas), McDougall (1991).

Krystal (1979, 1982 –1983), atribui à alexitimia, a uma parada do desenvolvimento consecutivo a um traumatismo infantil, ou bem a uma regressão da função afetiva-cognitiva depois de um traumatismo infantil catastrófico na idade adulta. Este conceito baseia-se em seu ponto de vista genético dos afetos e nas idéias de Schur (1955) sobre o desenvolvimento e a regressão da função afetiva, as linhas do desenvolvimento que constituem a desomatização seguida pela verbalização e finalmente a diferenciação (apud. Taylor 1990).

Krystal (1979), debruçou-se sobre o desenvolvimento afetivo na alexitimia e referiu-se ao papel da relação mãe-bebe onde as vicissitudes patológicas desta relação teria repercussão precoce no desenvolvimento normal dos afetos, num sentido de uma diferenciação, duma verbalização, de uma des.somatização. Bastos (1995), considerou que os percussores do afeto acessíveis à criança são os que acompanham o estado de angústia e de gratificações ligados às sensações físicas (e não verbais) de conforto. Ou seja a medida que a criança evolui, num desenvolvimento normal, os afetos primários ligados a este estado diferenciam-se, até

exprimirem todas as nuances de desenvolvimento tais como a tristeza, prazer, cólera, alegria,...

Autores como Nemiah (1978), Kleiger in Lolas and Von (1989) também compartilham com a idéia, de que estes pacientes apresentariam um déficit na organização psíquica, e que este déficit estaria ligado à distúrbios nas relações precoces entre mãe-bebê. Pelo fato da mãe investir constantemente impedindo que na criança, haja a instauração do auto-erotismo primário e a introjeção fantasmática da mãe-seio - prelúdio essencial ao nascimento da vida fantasmática e a criação de um mundo objetal interno. Em casos extremos, diz MCDougall (1991), “ a carência dessa interiorização tem por conseqüência nefasta, ou mesmo mortífera, a exclusão da atividade libidinal da cadeia simbólica”. Ou o oposto um investimento constante, por parte da mãe, gratificando totalmente as necessidades da criança.

Krystal, considera que a percepção da existência do objeto e a falta ocorre de uma tal maneira que a criança tem a sensação de que suas necessidades não serão supridas e ele não encontra um espaço para exercer uma função de auto-satisfação fantasiosa.

A criança, não tem uma vida fantasmática e a criação de um mundo objetal interno, as representações são afastadas da mente e as tensões físicas não encontram caminho no psiquismo, permanecendo no campo físico. Esta não internalização de um objeto "vivo" interno, faz com que procure no externo.

Neste sentido os sujeitos alexitímicos como teriam sofrido um bloqueio no desenvolvimento afetivo, não teriam a possibilidade de expressarem os seus estados afetivos através da verbalização, Bastos (1995).

Segundo Marty (1993), para explicar as ausências e as superficialidade das representações ou simbolizações, encontradas nas neuroses de comportamento e nas neuroses mal mentalizadas, considerando como eixo central o pré-consciente, onde, o Pcs, aparece estratificado sob dois aspectos relativamente apreensíveis, de um lado, visto que suas camadas estão em estreita relação com o Ics, o soma, os instintos e as pulsões, e que suas camadas superiores atingem o Cs. Uma é de ordem tópica e a outra de ordem cronológica. Estes dois sistemas de estratificação interferem sem cessar e o Pcs revela-se como um reservatório de representações de diferentes épocas, mais ou menos ligadas entre si e mais ou menos prestes a atingir o Cs.

Há duas dificuldades que podem surgir, deixando lacunas na organização do pré-consciente, que são influências quantitativas e qualitativas das representações psíquicas bem como as insuficiências de conotação afetivas dessas representações. Essas insuficiências estão ligadas às deficiências congênitas ou acidentais das funções sensório-motoras da criança ou da mãe, ou mais freqüente, refere-se, aos excessos ou as carências do acompanhamento afetivo da mãe. Quanto mais o Pcs de um sujeito se mostra rico de representações permanentemente ligadas entre si, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente mental. Quanto menos o pré-consciente de um sujeito se mostrar rico de representações, entre as ligações que existem e de permanência das representações, mais a patologia sofrerá o risco de se situar na vertente somática, Marty (1993).

Outro aspecto, importante, a ser considerado está relacionado ao trauma, onde McDougall levanta a hipótese de que em casos de alexitimia, poderíamos nos deparar com traumatismo vivenciado na primeira infância, antes da aquisição da linguagem ou em

situações que já havia a aquisição da linguagem mas o indivíduo submeteu-se a uma trauma, deixando impossibilitado a colocação ou manifestação da palavra. A possível causa desta alteração estaria ligado à relação familiar, através de seu discurso, do direito à identidade de sujeito separado, e ao prazer. Porém esta situação de trauma, poderá afetar, também os pais impedindo que estes possam desempenhar funções parentais normais.

Concordando com esta possibilidade Sifneos (1988), propõe que traumas intensos no período da infância alteraria não só a expressão do afeto, como a maneira com que o indivíduo lida com ele.

Em torno da qual se estrutura toda a vida do homem, Dejours (1988) opõe sexualidade psíquica e corpo fisiológico. Essa oposição, não equivale exatamente àquela evocada classicamente entre psiquê e o soma. A sexualidade psíquica se desenvolve nas relações entre pais, entre pais-filhos, a partir das comunicações fantasiosas. Estas estão implicadas no desenvolvimento de todas as outras relações, de cuidados, de educação, etc. Em resumo a sexualidade psíquica da criança se constrói num diálogo com a sexualidade dos pais. Esta sexualidade não evolui segundo uma ontologia que passaria sucessivamente pelas fases oral, anal e em fim, genital, ela se constituiria a partir do reconhecimento de uma perda, perda fundamental que se exprime sobre a forma de uma nostalgia, a da relação primeira, perfeitamente satisfatória, da criança com a mãe. Refere-se a uma relação perdida ou mais exatamente mítica, pois esta, nunca existiu efetivamente. É esse reconhecimento da perda que é o próprio fundamento da sexualidade psíquica. “O desenvolvimento da sexualidade psíquica é somente a elaboração do sofrimento

relativo a essa perda pelo sujeito, em função das reações na fantasia de seus pais a este sofrimento e à decepção que seu filho se manifesta”. Dejours (1988, p. 101).

Mahler (1979), fala que esta perda deve ocorrer a nível de fantasia. Esta perda - a necessidade de abandonar, de forma mais ou menos gradual, as reivindicações sobre o objeto simbólico gratificador das necessidades - implica a renúncia gradual às fantasias mais ou menos ilusórias de onipotência simbiótica, embora isto seja de algum modo compensado pela crescente autonomia.

Esta autora, considera a entrada do pai, imediatamente, na relação mãe-filho, como determinante vista do futuro mental da criança. Essa situação triangular não se cristaliza ao nascimento da criança, poderia muito bem se estabelecer com o nascimento e mesmo antes da concepção, na própria natureza entre os parceiros sexuais. Pode-se considerar que a escolha da mãe em relação ao parceiro sexual, dê-lhe conceder ou não o lugar de pai ao lado de seu lugar como amante e genitor, tem valor de predestinação em vista do futuro psíquico da eventual criança que vai nascer. O desenvolvimento sexual da criança é somente a soma das representações sucessivas que a criança forma dessa relação triangular.

Lebovici (1987), também considera que o pai exerce uma influência indireta sobre o bebê, através da relação conjugal, através do apoio que ele oferece à mãe e os diferentes aspectos da relação pai-bebê ao permitir, em escalas e segundos modalidades diversas, ao pai de ser pai e ao bebê de entrar em relação, real e fantasiosamente, com seu pai, através do que ouve dizer de seu pai pela palavra materna.

Há necessidade de um "espaço psíquico" McDougall (1992), entre a mãe e o bebê para que a criança possa organizar sua própria realidade psíquica, se proteger de situações que a ameacem, se aliviando diante da dor psíquica, em suma, para poder realizar sozinha as funções maternas.

A questão de espaço mental, segundo Leviski (1995), introduz novas questões relacionadas à geografia das relações. Surgindo a necessidade de redefinições dos limites destes espaços nos pais e filhos, e no espaço inter-relacional. O que é privativo e o que é familiar? Até onde o interesse dos pais pelos filhos se chocam com o sentimento do filho sentir-se invadido? Ou, quando o interesse camufla o desejo de controle de um sobre o outro?

Taraciuk (1990), citado por Levisky (1995), salienta que aspectos da personalidade dos pais (ansiosos, obsessivos, histéricos, narcísicos, superprotetores) são fatores determinantes na qualidade da relação entre pais e filhos. Sendo que muitos pais não suportam a desvinculação interna, isto é, não podem lidar com a perda da função paterna da infância, ou por conflitos de outra natureza, podendo desenvolver um sistema de dupla mensagem. Estimula-se a emancipação, e concomitantemente mantém excessivo controle sobre o filho, como forma de resolver suas ansiedades.

Winnicott percebia que os pais têm suas próprias dificuldades e que, ao mesmo que tem uma família, estão ainda em seu próprio crescimento. Alguns pais são incapazes de continuar fazendo sacrifícios pessoais até que seus filhos tenham atingido o grau necessário de independência verdadeira.

Freqüentemente, um pai ou uma mãe não conseguem reconhecer as características da criança porque elas colidem com a necessidade que ele (a) tem de que aquela criança preencha as necessidades self-objetais arcaicas dele (a) próprio (a). Sua auto-estima, às vezes pelas realizações do filho, na medida em que essas realizações o tornam mais conscientes de suas próprias oportunidades perdidas. Quando ocorre uma dessas falhas, a criança sente-se compelida a se tornar self-objeto, onde seu pai ou sua mãe necessitam e dessa forma sufoca todo e qualquer impulso para se desenvolver, de acordo com sua própria maneira de ser.

Quadro III: Principais aspectos

NEMIAH - 1977	<p>* Considera a influência de múltiplos fatores: - Genéticos e intra-psíquicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modus de comunicação, influenciado pelos fatores socioculturais. - Inteligência e Modelos do discursos familiares.
LEFF - 1973	<p>* Certas linguagens impõem limitações quanto a expressão das emoções.</p>

Quadro IV: Principais aspectos na Visão Psicanalítica

SIFNEOS	<p>* Carência ao distúrbio de simbolização lingüística</p>
SIFNEOS - 1974 e NEMIAH- 1975, 1977	<p>* Defeitos fisiológicos estrutural</p> <p>* Os mecanismos de defesa neuróticos (negação, regressão e isolamento) não explicam o fenômeno alexitimia.</p>
McDOUGALL - 1980, 1982	<p>* Alteração na capacidade de simbolizar, devido perturbações na relação mãe-filho</p> <p>* Perturbação da fase do desenvolvimento simbiótico.</p>
KRYSTAL - 1979, 1982, 1983	<p>* Parada do desenvolvimento consecutivo a um traumatismo infantil, uma regressão da função afetiva-cognitiva.</p>
NEMIAH - 1978 e KLEIGER	<p>* Déficit na organização psíquica, e este déficit estaria ligado a distúrbios nas relações precoces entre mãe-bebê.</p>
BASTOS - 1985	<p>* Os sujeitos alexitímicos teriam sofrido um bloqueio no desenvolvimento afetivo.</p>
MARTY - 1993	<p>* Considera como peça central o Pc. Quanto mais rico de representações for o Pc, menos a patologia se localizará na vertente somática.</p> <p>* Essas influências estão ligadas às deficiências congênicas ou acidentais das funções sensório-motoras da criança ou da mãe ou aos excessos ou as carências do acompanhamento da mãe.</p>
SIFNEOS - 1988	<p>* Traumas intensos na infância alteraria a expressão do afeto como a maneira com que o indivíduo lida com ele.</p>
McDOUGALL -	<p>* Traumatismos vivenciados na 1ª infância deixando impossibilitado a colocação ou manifestação da palavra.</p>

1.3.2 - VISÃO BIOLÓGICA

Estabelecendo que o primeiro homem como simples primo do chimpanzé, Darwin, em 1859, abala seriamente o status privilegiado que à espécie humana estava até então concedida.

Menos de um século mais tarde, desde 1947, MacLean, estudando o cérebro humano sob o ângulo evolucionista, descrevia a justaposição de três cérebros: o reptiliano, sede dos instintos; o límbico, receptáculo das emoções; e o neocórtex, fonte do pensamento conceitual, da lógica e da razão, Fusswerk (1993).

Considerado um dos precursores nesta área, Sifneos (1975), foi um dos primeiros a considerar que o que estaria associado a este sintoma seria uma disfunção orgânica. Poderia ele presumir que estas pessoas teriam uma predisposição biológica que os prejudicariam na elaboração de aspectos subjetivos das emoções. Esta dificuldade de lidar subjetivamente com os conflitos, causaria um hiperatividade biológica, autônoma, que contribuiria para queixas e doenças psicossomáticas. Para ele havia a hipótese de haver uma deficiente conexão entre o sistema límbico e o neocórtex, onde ele caracterizou, chamando de "Alexitimia Primária". E a questão de fatores psicodinâmicos, como os relativos aos mecanismos de repressão e negação, faria parte da "Alexitimia Secundária", onde este não estaria relacionada a causas anatômicas.

Estudos realizados por Hoppe (1988), com sujeitos comissurotomizados, verificou que estes apresentavam pouca capacidade de simbolizar, não interpretam ou fantasiam a partir de símbolos, revelando ser estes alexitimicos. Com isto propôs que a alexitimia estaria associada a uma dificuldade de comunicação inter-hemisférica, onde o hemisfério direito estaria ligado

a atividades visuais, como a fantasia, responsável por uma compreensão dita emocional e o hemisfério esquerdo relacionado ao lingüístico, analítico sintético, lógico e verbal, Kaplan e Wogan, (1976).

Estes mesmos autores, Kaplan e Wogan (1976), fizeram um estudo sobre lateralidade e registro da dor, verificaram que utilizando o processo analítico-verbal para lidar com a dor, estando este associado ao hemisfério esquerdo, aumenta a sensibilidade, enquanto a utilização de defesas de visualização, função esta do hemisfério direito, causaria uma diminuição da dor. Concluíram que o bloqueio da sensibilidade da dor, era efetuada a partir da mobilização da fantasia. Este bloqueio se instala progressivamente, através de um meio imaginário, a partir de uma instrução lingüística introjetada, e reordenada imaginariamente. Esta ordem evitaria a passagem ao modo de processamento típico do hemisfério esquerdo, reduzindo a dor. Sendo esta substituída por uma outra cena imaginária. Isto confirmaria a visão originária da Escola Francesa de que a fantasia contribui para a elaboração das angústias, permitindo um melhor funcionamento psicológico. E a ausência destas fantasias protetoras, presentes na alexitimia, geraria o stress psicossomático.

Quadro V : Principais Aspectos da Visão Biológica

SIFNEOS - 1975	<ul style="list-style-type: none">* O sintoma seria uma disfunção orgânica.* Haveria uma deficiente conexão entre o sistema límbico e o neocortex - "Alexitimia Primária".* Sem causas anatômicas e sim fatores psicodinâmicos - "Alexitimia Secundária".
HOPPE - 1988	<ul style="list-style-type: none">* Dificuldade de comunicação Inter-hemisférica, onde o hemisfério direito estaria ligado a atividades visuais e o hemisfério esquerdo ao lingüístico.
KAPLAN e WOGAN 1976	<ul style="list-style-type: none">* O processo analítico verbal para lidar com a dor está associado ao hemisfério esquerdo - aumentando a sensibilidade.* Quando há utilização de defesas visuais, a função é do hemisfério direito, diminuindo a dor.* Concluíram que o bloqueio da sensibilidade da dor, era efetuado a partir da mobilização da fantasia.

1.3.3 - VISÃO SOCIOCULTURAL

Fatores socioculturais até recentemente tinha sido pouco estudada, como fenômeno importante para a gênese da alexitimia. Talvez por Sifneos (1977), não considerar que este fator contribuiria para a presença da alexitimia.

Borens et. all. (1977), sugerem que a doença psicossomática estaria relacionada a diferenças intelectuais e de classe social. Ou seja, a alexitimia estaria ligada ao grau de sofisticação intelectual e principalmente psicológica do indivíduo.

Estudos de Bertein (1988, apud. Fortes 1995), sobre lingüística, verificou a existência de dois padrões de comunicação, segundo distintas classes sociais. Onde a classe operária, utiliza um código definido como restrito, enquanto a classe média, de identidade mais intelectual, utiliza um padrão dito elaborado.

Em seus estudos, Taylor (1992) e Quakinin (1993), consideram que as classes populares, de baixa renda e baixa escolaridade seriam suscetíveis de apresentarem uma maior prevalência de alexitimia, pois tem sido verificada uma relação inversamente proporcional entre alexitimia e escolaridade.

Fortes (1995), constatou em seu estudo que existe determinação sócio-educacional no fenômeno alexitimia, podendo afirmar que populações de diferentes estratos sociais utilizam padrões diferentes de comunicação.

Quadro VI: Principais Aspectos da Visão Sociocultural

SIFNEOS - 1977	* Não considerava que este fator contribuiria para a presença da Alexitimia
BORENS - 1977	* A doença psicossomática estaria relacionada a diferenças intelectuais e de classe social.
BERTEIN - 1988	* Verificou a existência de dois padrões de comunicação: <ul style="list-style-type: none">- Classe operária: Restrita- Classe média : Intelectual

1.4 - FAMÍLIA E ALEXITIMIA

1.3 - CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA FAMILIAR DOS ALEXITÍMICOS

Estes dados, foram extraídos de um estudo feito por F. Granier, V. Gentil e A. Lameire (1993), sobre a coexistência de distúrbios psiquiátricos, psicossomáticos e as aptidões artísticas nos pacientes alexitímicos. O trabalho de reconstrução da genealogia traz informações sobre seu sistema familiar. E também a abertura sobre um tratamento psicoterápico.

Foram feitas, por muito tempo, entrevistas exploratórias das famílias dos pacientes alexitímicos.

Estes pacientes eram freqüentemente hospitalizados em decorrência de distúrbios psicóticos, de distúrbio de humor, de condutas viciadas, ou de distúrbios psicossomáticos.

* A trajetória da Sobrevida:

Segundo Granier et. al. (1993), estas famílias são provenientes de condições materiais difíceis, trata-se por exemplo de migrações, de adaptação cultural, de todas as formas de precariedades. O resultado é ao longo das gerações uma integração social sobre o modo de hiperadaptação.

* Má gestão dos afetos e dos estados emocionais:

Estes autores, consideram uma característica transgrecional, que ela tenha por expressão dos distúrbios psicossomáticos ou ao contrário de condutas de hiperadaptação.

* Ausência de distúrbio da comunicação do tipo laço-duplo, tal que se escreve nas interações das famílias psicóticas.

*Dificuldades de separação e fenômenos miméticos:

Grupos que tiveram muito ligados para sobreviver, suportam mal as separações, procuram permanecer em um modo de relação simbiótica fusionada. As escolhas miméticas são numerosas, tais como: escolha de nomes idênticos, escolha de profissões idênticas, ou em mesmas instituições, escolha de meios familiares de funcionamento vizinho. Tudo isso dificulta o processo de individualização dos membros do grupo.

* Ausência de forte imago sexualizado:

Esta relacionado ao papel de nutridor e protetor dos pais, esta função de sustentação, muito pouca sexualizada, atenuam as possibilidades da constituição do imago feminino ou masculino forte. A fraca sexualização das relações limita as possibilidades de acesso ao Édipo e a identificação sexual.

* Clivagem submissão-liberação:

Existe geralmente nos grupos familiares uma oposição muito clivada entre alguns de seus membro que obedecem de modo muito estrito o modelo de ordem e de racionalidade, então nos outros aparecem ao contrário uma pulsão liberadora. No melhor dos casos, ela pode tornar-se uma pulsão criadora chegando a um alto nível de sucesso social ou a uma tenacidade

para desenvolver aptidões artísticas. Um tal sucesso não é entretanto freqüentemente suficiente, e deve deixar um lugar na aparição das disfunções somáticas agudas ou crônicas, ou de condutas adictas ou de suicídios.

* O antifuncionamento neurótico:

Neste caso, a angústia e as emoções podem começar a aparecer e se manifestar no quadro de um sistema de auto-controle muito mais leve. Esta leveza permite evitar as grandes crises, e dar muita vida num jogo de relações, pois o sujeito não é mais fechado em sua rotina, um inexpressividade habitual mas ao contrário pode aceder a uma rica fantasia na expressão das emoções.

Isto é certamente para aproximar a oposição da vida fantasmática entre a pobreza no alexitímico e a capacidade associativa no sujeito neurótico.

* Sua transmissão transgeracional:

Existe ao longo das gerações a persistência de muitas fortes instâncias da função superegóica: Seja a desestruturação pela realidade e o medo da precariedade, seja pelos autoritarismo morais ou religiosos; cujo grupo tenha além a necessidade no início da histórias para se constituir um sistema de valores muito sólidos. Podendo resultar, por exemplo, em engajamentos políticos ou sociais que se seguem de geração em geração e que são muito emaranhados, rígidos, ou que se voltam de uma geração a outra em posições doutrinárias inversas.

Não existe a alternativa submissão exclusão. Não pode aparecer escolhas existenciais que se poderia considerar como compromissos neuróticos segundo o mecanismo de sublimação.

* Limitação da capacidade de adaptação ao grupo

As capacidades de adaptação serão limitadas também ao interior das famílias, do que ao exterior.

O recurso freqüente das escolhas miméticas entre os membros, ou na escolha dos parceiros é uma forma de adaptação defensiva que permite evitar a conflitualização, e que preserva o sentimento de segurança imutável que deve envolver o grupo, substitui um objeto maternal inadequado.

Diante do mundo exterior, o grupo não tolera facilmente a chegada de pessoas diferentes demais de seus modelos.

A pobreza das mudanças verbais, a insensibilidade aparente, endurece por confrontação com as dificuldades materiais reais no momento da educação, veja-se também a ausência de referência dos modelos identificatórios e a história do grupo, a pobreza de um imaginário coletivo, não significa absolutamente a ausência de ligação muito forte ao objeto maternal.

Os autores descrevem o objeto como muito afetuoso, as comunicações dos afetos se fazem essencialmente através da densidade e da riqueza das trocas infra-verbais.

Esta ligação é precisamente tão forte que é uma das condições da sobrevivência da criança que chega a um ambiente pobre, e um investimento pela mãe que se apega a esta função maternal para demonstrar um papel exemplar, voluntariamente idealizado e que a célula familiar é um pouco aberta ao exterior, se ligando as formas práticas operatórias das funções de criação como um meio de assegurar o material e escapar de todo objeto de sedução.

Estas relações são densas do plano afetivo, a criança aprende muito cedo a gerir suas emoções de acordo com a imagem de seus pais para se adaptar a uma vida de trabalho.

Esta relação de proximidade, perto da relação de extensão progressiva, Granier, et. al. (1993), cit. McDougall, onde esta autora coloca o sujeito em "duplo laço", da seguinte forma:

- Ou ele aceita o modelo familiar, a que lhe permite preservar uma ligação intensa,
- Ou ele se liberta deste modelo, e em situação de ruptura ele expõe suas perdas.

Este tipo de ligação não permite então em seguida uma separação do grupo tal que o permita um desprendimento progressivo quando existe no funcionamento familiar a possibilidade de uma etapa de triangulação edipiana.

O pai neste sistema é preponderante em seus próprios comportamento de adaptação operatória e, esse se apresenta em um papel mais maternal que fálico, não assegura um reequilíbrio e uma diversificação dos ímago parentais suficiente para que se instaure uma maturação edipiana.

PARTE II

2- DIABETES MELLITIS

2.1- ASPECTOS HISTÓRICOS

A doença Diabetes, é conhecida desde a antigüidade. Em 1500 a.C., o egípcio Ebers descreveu uma doença debilitante, onde a característica principal era a grande quantidade de urina. O nome Diabetes deriva do Latim, e quer dizer *sifão*, as pessoas urinavam tanto, que a urina parecia passar por um sifão.

Segundo Bastos 1995, mais precisamente em 1674, Thomas Willis, verificou que a urina destes sujeitos era doce, levando a designação de *Glicosúria*. Devido a descoberta, da presença de açúcar na urina, passaram a denominá-la, Diabetes Mellitus.

Claude Bernard, considerado um grande pesquisador experimental estudou a regulação da glicemia. Em 1877 escreveu "*Leçons sur le diabète et la glycogénèse animal*", Falsetti (1983, pag. 177), nesta obra definiu Diabetes a partir de nível quantitativo de glicemia e glicosúria. Dedicou-se em seus estudos a análise fisiológica de funções separadas, daí a ênfase sobre glicemia, glicosúria, glicogênese.

Somente neste século foi possível vincular com precisão o Diabetes, à falta de insulina. Este distúrbio foi possível estabelecer, a partir da descoberta do Diabetes pancreático experimental por Von Mering e Minkowski em 1889, da descoberta do pâncreas endócrino

por Laguesse, e do isolamento da secreção das ilhotas de Langerhans por Banting e Best em 1920, Canguilhem (1978).

A partir de 1922, com a descoberta da insulina, insulina animal do boi e do porco, e sua industrialização que possibilitou uma terapêutica de controle para os pacientes portadores de Diabetes, hoje considerado Tipo 1.

2.2 - INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus é classificado entre as doenças crônicas, cuja incidência tende a aumentar em virtude do aumento da expectativa de vida da população.

A comissão de doença crônica do EUA, definiu doença crônica como a que compreende todos os prejuízos ou desvio do normal, que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, requerem treinamento especial para o paciente na reabilitação e pode-se esperar que requeiram um longo período de suspensão, observação e cuidado, (Dalla Rosa, Costa e Machado, 1992).

O *Diabetes Mellitus tipo 1*, incide em pessoas jovens, antes dos 30 anos de idade, (crianças e adolescentes), apenas 10% da população pertence a este tipo de DM. Há uma deficiência parcial ou total de insulina, sendo que todos necessitam do uso regular e diário da aplicação de insulina exógena, para controlar a doença. A carga genética é maior, porém fatores ambientais podem ser determinantes. A estimativa para o desenvolvimento da doença em parentes de 1º grau dos DM tipo 1, varia de 2%, quando um dos pais é diabético, 10%, quando ocorre em um dos irmãos e 30% no caso de gêmeos idênticos, Burd (1998).

São via de regra os casos mais complicados, pois a dependência da aplicação de insulina, através de injeções, em si, já traduz uma forma mais avançada da doença causando uma série de problemas emocionais pela necessidade de usar permanentemente uma medicação.

O *Diabetes Mellitus tipo 2*, ocorre com mais freqüência em pessoas maiores de 40 anos, habitualmente obesas ou com excesso de peso.

Diabetes é um dos mais graves problemas de saúde, sendo a 3^a maior causa de morte do mundo, superada apenas pelas doenças cárdio-circulatórias e câncer (Organização Mundial de Saúde – 1991), e no Brasil acomete 7,6% da população, a constatação é da Associação Brasileira de Diabetes, 1997.

No Rio Grande do Sul, os índices de diabéticos, são superiores aos índices nacionais: cerca de 9,2% do gaúchos (830 mil), sofrem de diabetes. Jorge Gross, endocrinologista, (Jornal da Indústria, 1996), acredita que isto é porque é uma população “mais urbanizada”, onde este número se aproxima de São Paulo.

Porto Alegre ocupa o 2^o lugar no “ranking” nacional de Diabetes, sendo que 8,89% da população á portadora da doença, São Paulo ocupa a 1^a posição, com aproximadamente 9,66%.

É uma doença que tem como denominador comum o aumento de glicose no sangue, decorrente na maioria das vezes da produção alterada de insulina pelo pâncreas, ocasionando alterações no metabolismo de proteínas, de gordura, de sais minerais e principalmente de glicose.

A partir da elevada taxa de glicose no sangue, desencadeia-se uma série de fenômenos. Nas crianças e jovens, esse fenômenos ocorrem de forma mais aguda e, as vezes o diabetes só

é descoberto quando há alteração do nível de glicose ou os sintomas são mais graves. Nas pessoas de meia idade ou mais velhas, o aparecimento destes sintomas é comumente despercebidos, já que em geral são mais brandos.

Muitas vezes a pessoa não identifica os sintomas precocemente e só vai descobrir que é diabética quando surge complicações como infecções na pele, na vias urinárias, ou mesmo complicações mais graves, como problemas visuais e arteriais.

Em geral, para que uma pessoa fique diabética é preciso que tenha condições genéticas que a levem a ficar predisposta ao diabetes.

Há inúmeros fatores que podem precipitar o aparecimento da doença, tais como obesidade, sedentarismo, infecção, trauma emocional, gravidez, determinados medicamentos, cirurgia, algumas viroses etc.

A doença pode ser controlada, para esses paciente é necessário apenas diminuir o peso corporal, através de realização de dietas e exercícios. Se a dieta e a redução de peso não forem suficientes torna-se necessário o uso complementar de medicamentos denominados hipoglicemiantes orais.

A dieta para o diabético tem dois objetivos principais: ajudar a manter a glicose, no sangue, em nível normal e diminuir os riscos de doença cardíaca e dos vasos sanguíneos.

Esta dieta deverá atender as necessidades nutricionais do diabético. Por ser o diabetes uma doença hereditária e é possível que algum familiar do paciente também corra o risco de ficar diabético, é extremamente vantajoso que a família tenha uma alimentação semelhante à do paciente, beneficiando a todos, afastando um fator que propicia o aparecimento da doença nas pessoas com tendência ao diabetes: o erro alimentar.

Se não houver o controle adequado do nível de açúcar no sangue, o diabético poderá desenvolver algumas complicações, podendo haver dano a qualquer órgão do corpo. Nos olhos seria a retinopatia diabética, a segunda causa de cegueira do mundo; nos rins a nefropatia diabética, causa freqüente de hipertensão arterial e de insuficiência renal, e o comprometimento dos nervos periféricos, levando a uma neuropatia diabética, causando dores, paralisias e complicações, como dificuldade de urinar, alterações no ato de evacuar, da digestão, do relacionamento sexual, etc.

Pode haver também, um comprometimento dos grandes vasos, pois a glicemia elevada aumenta o colesterol e os triglicéridios do sangue, favorecendo a arteriosclerose com o comprometimento da circulação do cérebro, do coração e dos membros.

A princípio, estas lesões poderão ser reversíveis, mas, com o tempo, elas poderão evoluir para uma fase que dificilmente poderá ser revertida. É necessário controlar o diabetes todos os dias.

2.3 -CLASSIFICAÇÃO E PATOGÊNESE DO DIEBETES MELLITUS

Diabetes Mellitus é uma síndrome com desordens metabólicas e hiperglicemia inadequada, devido a uma deficiência absoluta da secreção de insulina ou uma redução na sua efetividade biológica ou ambas. DM é classificada em dois grupos principais:

2.3.1 - DIABETES TIPO 1 DIABETES MELLITUS-INSULINO-DEPENDENTE

O diabetes tipo 1, está associado com a cetose no estado não tratado. Ocorre comumente nos jovens, mas também pode aparecer em adultos não obesos, e em pessoas mais velhas quando a hiperglicemia aparece pela primeira vez. É uma desordem catabólica na qual a insulina circulante é virtualmente ausente, o nível de glicose no sangue é elevada, e as células β (beta) pancreáticas falham diante dos estímulos insulinogênicos. É com a aplicação de insulina que se reverte o quadro, previne a cetose, reduz a hiperglicemia, e baixa o nível de glicose no sangue, Karam (1997).

A maior prevalência do diabetes tipo 1, está na Escandinávia, onde se encontram 20% do número total de pacientes diabéticos, 13% no sul da Europa e 8% no EUA, enquanto no Japão e China menos de 1% de pacientes diabético são do tipo I.

Certos antígenos de leucócitos humanos (HLA) está fortemente associado com o desenvolvimento do diabetes tipo 1. Aproximadamente 95% do pacientes com DMID possuem HLA DK3 ou HLA DR. Os gens LHA-DQ são marcadores mais específicos e

suscetíveis ao Tipo 1, enquanto o gene “protetor” (LHA-DQw3.1) está frequentemente presente em pessoas não diabéticas DR4.

Através destas investigações percebeu-se que o Diabetes Tipo 1 seria o resultado de ataques tóxicos ou infecciosos no organismo da pessoa cujo o sistema imunológico está predisposto a desenvolver uma resposta autoimune contra as células B ou contra moléculas da célula B semelhante a proteína viral. Fatores extrínsecos que prejudicam o funcionamento da célula B, isto inclui danos causados por vírus Tarotitite (caxumba) ou vírus B4, por agentes tóxicos, ou por citotoxinas destrutivas e anticorpos liberados de imonocitos sensibilizados. Genes LHA podem aumentar a suscetibilidade a um vírus diabetogênico ou serem ligados a certos genes de respostas imunes que predisõem a pessoa a uma resposta autoimune destrutiva, Karam (1997).

2.3.2 - DIABETES MELLITUS TIPO 2 OU DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE

Este tipo de diabetes, está associado a um grupo heterogêneo, de pessoas, sendo considerada mais branda e que ocorre predominantemente em adultos, ocasionalmente em jovens. É uma forma de Diabetes não cetótica que não está ligado aos marcadores LHA no sexto cromossomo, não possui anticorpos da célula ilhota ou qualquer outro componente imune, não sendo necessário a ingestão de insulina onde muitas vezes a causa é desconhecida.

Na maioria dos pacientes foi percebido uma sensibilidade do tecido à insulina, independente do peso e foi atribuído a vários fatores interrelacionados. Estes incluem um fator genético primário (até o momento não está definido), que é agravado com o tempo por aumentos adicionais de resistência a insulina, tais como envelhecimento e obesidade visceral abdominal. Além disso há uma deficiência na resposta das células β à glicose. Sendo que ambas vão se agravando, mais tarde pela hiperglicemia, podendo ser melhoradas através de tratamento que normaliza o nível da glicose no sangue, Karam (1997).

A resistência a insulina e a secreção de insulina debilitada são necessárias para a manifestação do DMNID - Diabetes Mellitus Não-Insulino-Dependente. A resistência a insulina por si só não pode causar Diabetes, com exceção de algumas condições raras com mutações do receptor de insulina. Contudo que as células β possam compensar o grau de insulinoresistência, a tolerância a glicose permanece normal. Por isso, a função debilitada das células β está sempre envolvida na patogenia do DMNID, Groop e Tuomi (1997).

Pode-se desta forma, afirmar que pelo menos dois defeitos genéticos devem estar envolvidos, um causando insulinoresistência e outro causando a debilidade nas funções das células β . A insulinoresistência pode ser ocasionada por muitas condições, tais como, obesidade, gravidez, envelhecimento, infecções, etc.

Houveram tentativas para identificar o marcador genético para o tipo 2, até o momento não houveram sucessos. Contudo muitos dados epidemiológicos indicam fortes influências genéticas.

O Diabetes Mellitus tipo 2, segundo Groop e Tuomi (1997), é considerada uma das doenças não comunicáveis mais comum no mundo e a doença é associada a complicações devastadoras, que influenciam severamente a qualidade de vida. Devido a isto, o DM acaba impondo uma carga enorme ao sistema de saúde em todo o mundo.

2.4 - QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO DO DM

Segundo Arduino (1980), a sintomatologia do Diabetes talvez seja uma das mais polimorfas, pois junto aos seus sintomas acrescentam-se outros, que embora já possam apresentar complicações da doença, surgem não raro, precocemente no decorrer das manifestações clínicas.

Este autor continua, dizendo que os sintomas tem habitualmente um início insidioso e só chega a chamar a atenção quando adquirem maior intensidade. Ficando difícil para o paciente saber precisamente a data de seu início. O lapso que decorre entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o momento em que os enfermos se apercebem varia de semanas a anos, tal é a lentidão do seu processo em boa parte dos casos.

A poliúria é o primeiro sintoma do diabetes, segundo Oliveira (1995), - micção freqüente e abundante, - sintoma que deu origem ao nome diabetes; mellito, já que a urina contem muito açúcar. A pessoa perde muita água, trata-se de uma diurese osmótica, consequência da hiperglicemia. No início pode ser momentânea, manifestando-se nos períodos de maior ingestão de carboidrato ou de tensão emocional.

Polidipsia; é consequência da poliúria, devido a desidratação que esta causa.

Polifagia; é o apetite exagerado, é menos freqüente que os sintomas anteriores, traduz-se por uma compensação pela perda de glicose através da urina.

Perda de peso; é uma das manifestações mais comum, devido a perda da glicose e a desidratação.

2.5 - IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DO DM

Segundo Mello Filho (1986), desde a constatação, nos primórdios da medicina, de que crises emocionais podiam preceder a instalação de quadros de diabetes ou de provocar súbitos agravamentos nestes doentes, isto acabou estimulando interesse pelo estudo de aspectos psicossomáticos desta enfermidade e através das importantes modificações que a presença do Diabetes pode provocar na existência humana, bem como no meio familiar do paciente, também contribuíram para que esta doença seja, hoje em dia, uma das condições mais extensamente estudadas em seu contexto psicológico.

Em 1936, Flaunders Dunbar tentou descrever uma personalidade típica para o paciente diabético, e que segundo Mello Filho esta linha de investigação em psicossomática hoje está abandonada, pois há um consenso entre vários autores de que não existe uma personalidade diabética típica. Esta autora acabou deixando uma grande contribuição para a compreensão dos conflitos destes pacientes consigo mesmos, com seu ambiente e com a comunidade médica, ao relatar por exemplo, como certos diabéticos complicam sua vida, relacionamentos, ao pretenderem ser excessivamente mimados por seus familiares, ou como tentam inconscientemente conduzir seu médico a desempenhar um papel de mãe diante de suas condutas infantis.

Com isso não podemos deixar de ressaltar a importância deste tema que diz respeito ao modo como a vida emocional de um paciente pode interagir com os fatores que constituem a etiopatogenia do diabetes, como: ação de vírus, distúrbio metabólico, problemas auto-imunes etc.

A tensão é comum em diabetes e ocorre através de acontecimentos diários (por exemplo, o trânsito, conflitos sócio-familiar, trabalho), eventos de vida negativo (como a morte de um ente querido, problemas financeiros, divórcio), e a própria convivência com o Diabetes. Esta tensão pode ter efeitos diretos na saúde, aumentando o nível de glicose no sangue e por, poder, provocar rompimento nos padrões de habituais do comportamento, (comer, dormir).

O diabetes pode constituir um importante impacto psicológico no indivíduo, assim como qualquer doença crônica. Podendo ser particularmente verdadeiro para uma doença como o DM, que requer um extraordinário esforço do paciente para cumprir as recomendações terapêuticas e conviver com a preocupação e a angústia do constante risco de complicações bem como a idéia de uma expectativa de vida potencialmente diminuída.

Camaroli et al (1988), considera que o trauma psicológico causado pelo diagnóstico de Diabetes Mellitus Insulino-Dependente é provavelmente um dos maiores entre as doenças crônicas. Pois, via de regra, o paciente deve aceitar que tem uma doença incurável, onde o tratamento exige medidas diárias, incluindo o monitoramento dos efeitos do tratamento como o teste de urina e de sangue, para averiguar o nível de glicose, isso faz com que ele não possa escapar de confrontar-se com seu próprio sucesso ou derrota. Isso fará com que ele aprenda que o tratamento poderá controlar o sintoma, mas não garantirá a ausência de alterações crônicas nem uma expectativa normal de vida.

Crianças e adolescentes com DMID, desenvolvem ansiedade e depressão, muitas vezes com não adesão ao tratamento. Sendo freqüentemente complicado por excesso de zelo dos

pais que muitas vezes experimentam sentimentos de culpa. É comum nestes pacientes, imaturidade emocional, revolta, hostilidade e precária identificação sexual.

Caramori (1988), diz que no diabético adulto, a depressão é um achado consistente, independente do tempo de duração da doença. SurrIDGE (apud. Caramori 1988), encontrou em 50 pacientes Insulino-Dependente com média etária de 38,1 anos, 24% com humor depressivo, sendo que 60% dos pacientes já haviam apresentado um episódio depressivo mais grave. O autor, Muraswki, usando o Minnesota Multiphasic Personality Inventory, estudou diabéticos adultos, com doença presente no mínimo há 25 anos, encontrou níveis de depressão significativamente maior do que aquela encontrada em diabéticos recém diagnosticados. Apesar de a depressão no paciente diabético adulto ser um achado constante, Caramori salienta que não há base para diferenciá-la da presente em qualquer outra doença crônica sendo sua ocorrência amplamente justificada pelo trauma psicológico gerado pela situação de crise.

Um estudo feito por Kovascs et all (1997), com o interesse de saber se o DMID influencia no curso de desordens deprimentes em jovens, com esta enfermidade crônica, constatou que os dados deste estudo surpreenderam, porque a enfermidade depressiva e o controle glicêmico podem compartilhar com os mecanismos neuroendócrinos, fazendo com que a depressão seja mais severa em indivíduos diabéticos. Este pior prognóstico e a possibilidade destes pacientes jovens com DMID, experienciarem episódios mais demorados podem, ser reflexos de tensões contínuas de cuidados com o Diabetes, exacerbando desordens de humor.

A síndrome do Diabetes pode complicar a enfermidade deprimente, está baseado, também, em alterações metabólicas e hormonais, associadas entre si, e a deficiência de insulina e a resistência à insulina.

Outro estudo por Kovacs et al (1997), para determinar a prevalência, características associadas e fatores de risco para desordem psiquiátricas, em jovens após o diagnóstico de DMID, constatou que os resultados convergem com outros estudos que sugerem desordem psiquiátrica elevada, principalmente a depressão. E que o monitoramento psicológico de pacientes jovens (+ ou - 20 anos) e de suas mães, poderá ajudar a identificar nas crianças diabéticas o risco para uma futura desordem psiquiátrica, facilitando na prevenção ou em maiores esforços no tratamento. Este monitoramento poderá ser benéfico durante o 1º ano do diagnóstico de DMID.

Segundo Spitz (1997), a reação depressiva provocada pela doença, pode ser elaborada e controlada pelo paciente e surgir a adaptação, processo dinâmico, permanente, de tentar buscar uma convivência satisfatória.

2.6 - ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À DOENÇA DM

Segundo Rocha (1988), freqüentemente o diagnóstico de Diabetes Mellitus é temido e traumatizante, apesar de ser uma doença universal que ocorre em todas as raças e classes sociais. Feito o diagnóstico o indivíduo precisa aceitar a doença e aprender a conviver com o Diabetes, sendo esta a maior dificuldade.

O paciente adulto tolera melhor o surgimento desta enfermidade, em relação aos casos de diabete infanto-juvenil. Porém isto varia de indivíduo para indivíduo, havendo casos em que dificuldades (aceitação da doença, baixo auto-estima, insegurança, sentimentos de vergonha, de castigo), também podem ocorrer com pessoas adultas, principalmente se são personalidades imaturas e facilmente regressivas, como grande dificuldade de tolerar frustrações impostas pela doença. Se estas dificuldades psicológicas se unirem com problemas sócio econômicos e más condições de subsistência, serão quase que incontornáveis (Mello Filho, 1983).

Abram (1972), (apud. Falcetti, 1983), formulando uma psicologia da doença crônica em geral, mostra aspectos do doente diabético entre outras doenças mencionadas. O paciente percebe sua doença como ameaça à integridade corporal e isso interfere nas suas relações com as pessoas e seu ambiente. Os mais comuns mecanismos de defesa que adota para lidar com a ansiedade ligada à doença são: regressão, negação, racionalização, assim como projeção, deslocamento e introjeção. As respostas mais comuns, são a depressão e a superdependência e não aderência ao regime ou dieta alimentar.

Falcetti (p. 157, 1983), diante de vários trabalhos publicados e citados em sua tese *Do Discurso Médico ao Discurso da Criança Diabética: A Incidência da Doença Orgânica no Sujeito Psíquico*, concluiu que “para alguns há uma espécie de psiquiatrização da criança diabética, enquanto para outros, a criança diabética chama atenção por sua normalidade. Se alguns falam em mecanismos psicológicos gerais que poderiam se constituir num perfil da personalidade diabética, outros falam da maneira singular que o diabetes é vivido por cada um em sua personalidade também singularmente estruturada.”

Miriam Burd (p. 78, 1996), afirma que “deve-se entender a doença diabética no seu modo psico-socio-somático, os processos ou não de adaptação do paciente com todos os estresses, limitações e possibilidades mórbidas que pode lhe trazer, e que conviver com uma doença crônica pode provocar nos pacientes reações e comportamentos como: insegurança e perda da auto-estima, passividade e dependência, desajuste, rebeldia, ansiedade, depressão e auto-agressão.”

A carga representada pela doença diabética será suportada diferentemente, de acordo com o lugar por ela ocupada na economia geral da pessoa, Debray (1995). Quanto melhor for seu funcionamento mental, mais a doença se evidenciará circunscrita e assumida e inversamente, se o funcionamento mental estiver alterado menos a doença poderá ser tratada, mais se tornará invasora e impossível de ser assumida, originando desequilíbrio da diabete e complicações precoces por exemplo.

Segundo Seabra (p.241, 1992), “a diabetes desencadeia-se quando há conjunção das características internas, ligadas ao patrimônio genético, ao grau de desenvolvimento da

organização mental, e também as características externas, que vão por em causa o mundo relacional, neste momento precioso da história do sujeito”.

Não havendo um perfil psicológico do diabético, verifica-se alguma tendência para depressão, para manifestações de inadaptação. O diabético não consegue uma boa compensação metabólica se não estiver minimamente equilibrado ao nível emocional: geralmente, a tensão nervosa implica um aumento da glicemia.

2.7 - O TRATAMENTO DO DIABETES

Segundo um retrospecto feito sobre diabetes Mellitus, no princípio do século e sobre a descoberta de insulina, Candau, (1920, apud. Dalla Rosa, Costa e Machado, 1992), já falava-se sobre o aumento da incidência entre pessoas acima de 40 anos, da necessidade do exame de sangue e urina para descoberta dos casos, do tratamento apropriado, das preocupações e complicações que poderão advir. Ressaltou a importância da informação e educação no auxílio à promoção da descoberta e do tratamento nas fases iniciais.

Num estudo dos problemas relativos ao tratamento de clientes diabéticos adultos, que reflete a experiência pessoal do autor, Assis (1975), diz que tal experiência demonstrou que num diabético adulto, ao resultados do tratamento, assim como a manutenção da compensação dos transtornos metabólicos dos carboidratos, é uma tarefa muito difícil, mesmo quando a terapia de insulina é gratuita, pois é comum a desobediência da dieta e o abandono ao tratamento.

Outro problema de grande significancia para o indivíduo diabético, consiste, segundo Moura (1975), no relacionamento genético desta doença, proporcionando cada vez mais um número de diabéticos em potencial.

Lozano Castaneda (1975), descreve a importância de que o tratamento do Diabetes seja complexo, uma vez que a doença que necessita um regime dietético, higiênico, medicamentoso e educativo, de difícil aplicação. Além disso, pela multiplicidade e cronicidade e suas manifestações clínicas, e também pelo desconhecimento de sua etiologia,

tem requerimentos terapêuticos complexos e custosos em boa parte, porque são medidas sintomáticas que permitem o controle, porém não a cura.

O esquema terapêutico que tem se utilizado, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, para o tratamento de ambos os tipos (1 e 2), que tem como base dieta, o exercício, a insulinização exógena, o uso de drogas antidiabéticas e a educação do paciente, podem diferir em função das características clínicas e etiopatogênicas distintas de cada tipo.

Para o Diabetes tipo 1, recomenda-se o uso de insulina exógena, devido a insuficiência insulínica pancreática acentuada, acompanhada de orientações nutricionais e de exercícios físicos.

Para o Diabetes tipo 2, por esta apresentar, freqüentemente, a obesidade elevada, há uma resistência periférica à ação de insulina. A orientação terapêutica para este paciente, é de que se empenhe na normalização do peso através de medidas higiênico - dietéticas, exercícios e uso eventual de anorexígenos. O uso de "atidiabéticos orais" devem ser usados quando a dieta e o aumento da atividade física não forem eficazes.

A SBD (1997), considera como fundamental no tratamento do Diabetes a alimentação. Não sendo possível ter um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. Esse plano deverá ser personalizado, individual devendo considerar: condições de vida do indivíduo, idade, sexo, estado metabólico, gravidez, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica etc. Devendo orientar o paciente para que faça 3 a 6 refeições por dia.

Para Rocha (1988), controlar o Diabetes significa especificamente vigiar e regular a glicemia; continuamente, constantemente, indefinidamente, considera um trabalho com limitações. Uma das dificuldades está relacionado com a motivação do paciente para se empenhar no controle adequado e a não aceitação da doença é um dos principais problemas. Tratar melhor o diabético é através da educação, paternalismo e compaixão não ajudam.

Vários autores têm relatado que fatores psicológicos afetam o controle do Diabetes (Mazze e Felig, apud. Caramori 1988), e a aderência ao tratamento, sendo os fatores psicológicos, juntamente com a dieta, o estresse e as diferenças biológicas individuais e de expressão clínica da doença, um importante determinante da resposta terapêutica.

Alterações emocionais relacionadas ao medo, raiva podem causar flutuação nos níveis glicêmicos, através de estímulos no sistema hipofisário, afetando os níveis séricos de esteróides e catecolaminas. Esse mecanismo ocorre com maior intensidade em pacientes deprimidos ou ansiosos, e pode causar uma série de efeitos relevantes para estabilidade diabética, Caramori (1988).

Preocupados com enfermidades psicológicas que podem vir afetar o tratamento, Kovacs et all (1997), fez um estudo para ver se o DMID, afeta o curso de desordens deprimentes. Este conhecimento auxiliaria junto ao tratamento, seria útil para o clínico que atende este paciente, já que a depressão normalmente, segundo esta autora, não é detectada e nem tratada em pacientes com doença crônica. Concluiu que não houve diferenças entre o quadro depressivo em jovens diabéticos e não diabéticos, mas há possibilidade dos pacientes diabéticos experienciarem episódios mais demorados, apresentando uma depressão mais severa.

Hanson (1995), fez um estudo a fim de examinar se relações familiares afetam o comportamento de aderência ao controle metabólico, e jovens. Concluiu que relações familiares positivas, onde há um alto nível de coesão e baixo nível de conflitos, especialmente durante os primeiros anos de enfermidade, está relacionado ao bom controle metabólico e níveis alto de tensão familiar, relacionaram diretamente a um mau controle metabólico bem como uma má aderência ao tratamento. Os achados sugerem que uma aproximação familiar para o cuidado do "Diabetes", facilita positivamente, conduzindo para baixar níveis de tensão, na vida familiar, podendo ser útil para promover ótimos resultados de saúde.

Outro estudo feito em 1997, por Blaum et al, com o objetivo de identificar características clínicas relacionadas ao pobre controle glicêmico em pacientes diabéticos, Não-Insulino-Dependente, obtiveram duas conclusões: 1) o pobre controle glicêmico pode contribuir progressivamente, no fracasso da função ilhota; 2) apesar das relações importantes de características biológicas do DMNID para o controle glicêmico, as atitudes e hábitos de auto-cuidado do paciente, podem ser com certeza alvo útil para administrar estratégias para os pacientes com dificuldades em seu tratamento.

Quase todos os pacientes diabéticos apresentam falhas quanto a aderência ao tratamento, em algum ponto durante o curso desta enfermidade. Isto refere-se a complexidade da dieta e a cronicidade do Diabetes. A não aderência ao tratamento, é segundo Lustman et al.(1998), um enfoque central de tratamento psicológico devido o baixo controle metabólico e o risco para complicações do diabetes.

O autor segue dizendo, que a não aderência ao tratamento pode ser uma manifestação de problemas psicológicos mais sérios como a depressão, ansiedade e o comer desordenadamente. Onde o psicólogo pode ser um valioso recurso, identificando reações inadequadas diante de tensões emocionais e pode ajudar o paciente a desenvolver métodos mais úteis e efetivos, Auslander (1993).

2.8 - A PREVENÇÃO DO DM NOS EUA

O Instituto Nacional de Saúde e a Associação de Diabetes se engajaram num importante programa de pesquisa enfocando uma elucidação dos componentes genéticos da Diabetes, juntamente com intervenções experimentais, com o intuito de prevenir o aparecimento da Diabetes em indivíduo de alto risco, Fujimoto (1997).

Infelizmente, segundo eles, a Diabetes é apenas uma das inúmeras causas relacionadas com a arteriosclerose na América. A arteriosclerose é a principal causa de morte e impotência, e é o resultado de doenças tais como Diabetes, Hipertensão, Dislipidemia, Hiperlipidemia e Obesidade.

A respeito das várias campanhas de saúde pública enfocando sobre o colesterol, pressão sangüínea, açúcar no sangue e similares, o problema da obesidade na América piora diariamente.

Parece claro que todos os aspectos da sociedade atual, conspira para piorar o problema da obesidade. De fato parece que ao multiplicar o número de canais de televisão disponíveis (VHF, UHF, Cabos, canais por satélites), também aumenta o número de adiposidades. Se estes resultados de um aumento compensatório na alimentação enquanto se assiste televisão, é também, uma condição colateral argumentável. Certamente os indivíduos parecem fazer tudo o que for imaginável enquanto estão assistindo TV, conversar ao telefone, ler jornal e "bater" a geladeira a todo o momento, Garber (1996).

Correspondente a este potencial, óbvio, para o aumento da ingestão de comida, contudo, está o elemento perturbador que tudo na sociedade americana se tornou sedentário. Crescentemente, sua economia de serviços orientados, presta serviço por meio de monitores de computador e outras formas de equipamentos eletrônicos, que são usados em posições fundamentalmente sedentárias. O exercício recreacional regular parece estar diminuindo em termos de sua popularidade e aceitação por indivíduos saudáveis. Pacientes com diagnósticos conhecidos tais como Diabetes, se dão melhor com programas de exercícios.

Diabetes Mellitus Tipo 2, é a forma predominante de Diabetes, abrangendo mais de 90% dos pacientes com Diabetes nos EUA. Afeta 7% da população adulta, ou em torno de 16 milhões de pessoas. Aproximadamente metade delas não estão diagnosticadas. Em muitos pacientes, o diagnóstico do DM tipo 2, é bastante tardio, talvez em torno de 10 anos, porque os sintomas são ausentes ou muito brandos durante seus estágios iniciais. Há 600 mil novos casos de DM tipo 2, diagnosticados nos EUA a cada ano.

Em 1993, o Instituto Nacional de Diabetes, Doença Digestiva e dos Rins, nos Institutos Nacionais de Saúde, publicou uma solicitação de propostas para um estudo multicentral com o objetivo de prevenir novos casos de Diabetes Tipo 2, Fujimoto (1997).

Vinte e cinco centros, foram selecionados para recrutar 4 mil participantes. O estudo resultante foi denominado, Programa de Prevenção à Diabetes, e é o resultado de 2 anos de planejamento e preparação.

O principal objetivo deste programa é prevenir ou retardar o desenvolvimento do Diabetes Tipo 2, naquelas pessoas de alto risco por terem baixa tolerância a glicose.

A população que será recrutada, será aquela considerada de alto risco: pessoas com história de Diabetes na família, os mais velhos, indivíduos com peso acima do normal, mulheres com história de Diabetes Gestacional e membros da população minoritária.

Uma das intervenções para PPD, está relacionada com o estilo de vida, de forma intensiva, que diz respeito ao treinamento dos participantes para o uso de uma dieta saudável e prática de exercícios para obter e manter a perda de peso e desta forma reduzir a resistência a insulina. Intervenções farmacológicas também vão ser utilizadas (metamorfina e troglitazone), como drogas investigacionais para o tratamento de DTG.

O recrutamento, seleção e tratamento serão feitos nos 25 centros participantes do PPD. O recrutamento começou em 1996 e continuará até 1999. A experiência será concluída em 2002.

PARTE III

3. IMPLICAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO DM

3.1 - STRESSE E DIABETES MELLITUS

Segundo Mello Filho (1986), as respostas básicas ao stress são inicialmente adaptativas e sempre funcionam conjugadas a mecanismos defensivos-adaptativos de natureza psicológica. Deste modo o que torna o stress morbígeno é , por um lado a sua intensidade e duração e, por outro lado, a possibilidade de haver um bloqueio das defesas psicológicas, levando ao uso excessivo dos seus concomitantes fisiológicos.

Sabe-se que muitos diabéticos tendem a reagir às situações de stress com uma resposta hipoglicêmica ou com alternância de episódios de hiper e hipoglicêmicas.

Deste modo pode-se entender o stress como fator desencadeante do Diabetes, pode o stress agravar a enfermidade e a própria Diabetes ser um gerador de stress.

Mello Filho (1986), cita um trabalho feito por Groen, que em um estudo com uma população árabe que migraram para os EUA, demonstrou que homens de meia idade hereditariamente predispostos, iniciaram seu diabetes como uma resposta a situação de má adaptação sociocultural que estavam atravessando. Outras situações externas como a morte de um ente querido, separações, dificuldades sócio-econômicas, conflitos familiares... são fatores que geram stress, e por estes sujeitos apresentarem um vulnerabilidade acabam por desenvolver uma enfermidade orgânica, pelo efeito causado no sistema auto-imune.

Estes dados foram confirmados em um trabalho realizado por Thernlund (1995), onde eventos de vida negativos na vida familiar presentes nos primeiros dois anos de vida de uma criança, é considerado como fator de risco para o surgimento desta enfermidade - DMID- pois isto afeta o processo auto-imune. O impacto do stress associado aos acontecimentos, críticos, de vida são possíveis de promover alterações no funcionamento parental na qual por sua vez, desencadeiam respostas desajustadas na criança.

Vários autores tem relatado que fatores psicológicos afetam o controle do Diabetes e a aderência ao tratamento entre estas está o stress. Hanson (1996), em um estudo constatou que tensões na vida familiar interferem negativamente no decurso da doença, principalmente no que se refere ao tratamento, provocando um pobre controle metabólico e uma baixa aderência na manutenção da saúde.

A respeito das reações básicas ao stress, Coube e Selye (apud. Mello Filho, 1986), desvendaram que na fase aguda, reação denominada como luta e fuga, prepondera a secreção adrenérgica de emergência, às custas da medula supra-renal, reconhecidamente hiperglicemiante. Já nos stress crônico a mediação é feita através dos glicorticóides e da nor-adrenalina. Outra importantíssima resposta ao stress, estudada por Minuchin (1980), dá-se através da liberação da ácido graxos, que em certos diabéticos, transformam-se rapidamente em corpos cetônicos, explicando a brusca indução de quadros de ceto-acitose em casos de diabetes infanto-juvenil.

O Diabetes como gerador de stress, acomete as pessoas já no momento do diagnóstico, onde as pessoas manifestam sentimentos de revolta "tenho ódio de ser diabético", "não aceito

ser diabético", pela dificuldade em conviver com o Diabetes, que está ligado a execução de testes freqüentes, no sangue e na urina, a submissão a dieta, aos exercícios, ao uso constante da insulina -DM Tipo 1- e de hipoglicemiantes orais. Estes são fatores que geram stress podendo ser agravado com possíveis internações hospitalares e as possíveis complicações que poderão surgir mesmo se a pessoa fizer um tratamento adequado.

Outro dado a ser considerado, refere-se a pessoas mais idosas pois apresentam maiores dificuldades em relação a doença, que normalmente se faz acompanhar de stress.

Pode-se concluir que a pessoa diabética acaba por vivenciar em algum momento de vida uma situação de stress, onde se exigirá do paciente mudanças em seu estilo de vida, e muitas vezes haverá a necessidade que ocorra mudanças internas, para que aos poucos desenvolva recursos próprios para que possa lidar melhor com as situações de vida e da doença.

Segundo Burd (1998) é desta forma singular de viver que facilitará ou não a participação ativa do doente e de sua família no controle adequado da doença.

3.2 - ALEXITIMIA E DIABETES

Há muito tempo o Diabetes tem sido identificada como uma doença com grandes possibilidades de sofrer influências de componentes psicológicos, isso fez com que Ambrason e colaboradores desenvolvessem um estudo entre a variável psicológica Alexitimia e a doença Diabetes Mellitus. Visto que tem-se encontrado esta variável, Alexitimia, em alta proporção em pacientes com desordens psicossomáticas clássicas, como úlcera péptica, artrite reumatóide e retocolite ulcerativa Sifneos (1973, apud. Abramson 1991).

Estes autores testaram a hipótese de que pacientes diabéticos seriam mais alexitímicos que o grupo de controle, sendo este composto por pessoas que não apresentassem nenhuma condição médica significativa. Uma outra hipótese estabelecida, se referia de que característica alexitímicas pudessem interferir negativamente na administração do Diabetes, na habilidade de um paciente diabético na administração de sua enfermidade, onde a supressão de emoções pode conduzir a uma dificuldade em regular o nível de glicose.

Para esta investigação os autores utilizaram um estudo, no qual verificava o número de palavras que nominavam os afetos, produzidas nas seis histórias do T.A.T., com o intuito de que as pessoas evocassem pensamentos sobre poder e dimensões conflitivas nas relações humanas.

A utilização do T.A.T. neste estudo foi devido os autores consideram, que a técnica projetiva favorece e estimula a imaginação pois pessoas alexitímicas tem a tendência de se defenderem, indo contra os afetos, não tem acesso consciente ou verbal às próprias emoções e

eles acabariam descrevendo as coisas em detalhes mas não seus respectivos sentimentos, com isso se avaliaria também a vida fantasmática de cada sujeito, se é pobre ou rica em fantasias.

A hipótese principal, de que os diabéticos apresentariam características alexitímicas em um valor maior e um menor número de palavras ligadas ao afeto foi confirmado. Quanto a Segunda hipótese sobre o controle metabólico, concluiu-se que o pobre controle metabólico também está associado ao baixo número de palavras de ordem emocional.

Os achados deste estudo no que se refere, que pessoas diabéticas alexitímicas apresentavam um pobre controle metabólico prevê evidências de que características alexitímicas podem representar um papel importante na etiologia do Diabetes como também na exacerbação de seus sintomas. Outro dado importante foi na observação feita, sobre as pessoas que tinham experienciado uma recente perda, sofrendo uma tendência de serem mais alexitímicos que os diabéticos que não tinham experienciado perdas recentes, isto sugere que a Alexitimia seja uma resposta a uma situação fortemente afetiva para a qual os diabéticos são particularmente vulneráveis. Em outras palavras é provável que os diabéticos respondam à dor emocional de pesar defendendo-se completamente contra os sentimentos. Consideram os autores que isto é consistente com a hipótese levantada por McClelland et al. (1991) de uma personalidade diabética, caracterizada por uma sensibilidade incumun diante de situações de stress, como perda ou medo de ser rejeitado.

Uma explicação alternativa é sugerida por estudos que uniram depressão para Alexitimia e Diabetes, onde o papel da depressão neste fenômeno não pode ser negligenciada.

Embora que a interpretação sugira achados de que características alexitímicas possam interferir na habilidade do diabético quanto ao controle glicêmico, isto também poderia acontecer com a dieta e com a regulação de insulina. Estes dados também apoiaram evidências prévias de que a supressão de expressões emocionais em diabéticos causaria dificuldades para o diabético regular o nível de glicose, Cox et al. (1994).

Os sujeitos diabéticos alexitímicos apresentaram menos conhecimento de sua doença onde a Alexitimia pode ser vista como rigidez defensiva, Lane e Schwartz (1987), no domínio do afeto, a falta de conscientização dos sentimentos no diabéticos poderia ser acompanhada por uma negação defensiva de sua enfermidade, devido a falta de conhecimento refletida por eles.

Os diabéticos alexitímicos estão predispostos para serem completamente alheios aos sinais do corpo à falta de insulina, isto conduz a uma habilidade pobre para regular os níveis de glicose adequadamente. Embora não houvesse conhecimento se estes indivíduos alexitímicos, eram alexitímicos antes de serem diabéticos sabe-se no entanto que a ocorrência da alexitimia e diabetes podem fazer a administração da doença se tornar mais difícil.

PARTE IV

4. ESTUDO CLÍNICO

4.1- IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

Sabe-se que toda doença, em especial a doença crônica DM, para preveni-la ou mesmo para influenciá-la à uma evolução mais favorável, a informação e a educação para a saúde são necessárias, porem só por si, não promoverão as necessárias mudanças de comportamento dos indivíduos, ou seja condicionar uma evolução mais favorável e de melhor qualidade exige mais que informação e educação.

Isso se deve ao conhecimento de que todo comportamento de risco para saúde são comportamentos que envolvem dinâmicas psicológicas complexas, que devem ser investigadas e analisadas para que possa haver promoção e manutenção de saúde e prevenção e tratamento da doença.

Visto a importância deste estudo, quanto aos aspectos psicológicos envolvidos no funcionamento de indivíduos diabéticos, pretendeu-se realizar uma investigação clínica, de que modo as características alexitímicas influenciam no âmbito da adaptação psicológica diante de uma doença física crônica.

Observando a importância desta variável psicológica, no que se refere tanto na adaptação a doença bem como a adesão ao comportamento saúde e o número reduzido de estudos realizados no exterior, sendo este pioneiro no Brasil, no que se refere a doença DM, o relativo estudo que estabelecerá o ponto de corte da alexitimia para esta doença, poderá servir

não só de base para futuros estudos sobre a relação entre a alexitimia e o Diabetes Mellitus bem como informar profissionais da saúde da influência deste fenômeno - Alexitimia - na promoção da saúde.

4.2 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se, num primeiro momento de um estudo descritivo da caráter exploratório relacionado a uma variável única e contínua, a Alexitimia. Para isso foi definido um grupo de indivíduos acometidos de Diabetes Mellitus Tipo 1 e indivíduos acometidos de Diabetes Mellitus tipo 2.

Pretende-se verificar neste estudo, como a variável psicológica - Alexitimia, se distribui nestas duas populações Tipo 1 e Tipo 2.

E num segundo momento, tentaríamos ver se existe diferença, na distribuição da alexitimia entre a amostra da população Diabética e da população Sem Doença Psicossomática .

4.3 - DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A recolha das amostras foi possível com a colaboração da Associação de Diabéticos de Erechim que tem cadastrado cerca de 800 pessoas portadoras de DM, e a Unidade de Saúde Centro, também nesta cidade, onde as pessoas vão à consultas médicas.

Esta seleção foi feita obedecendo determinados critérios, tais como:

Doença diagnosticada há pelo menos mais de um mês, * A amostra deveria ser constituída por pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade. * Deveriam ser eliminados os sujeitos que não residissem em Erechim - RS, Brasil - * O critério de seleção seria o consumo de insulina no presente momento para o Tipo 1 e o não consumo de insulina no presente momento para o Tipo 2.

Trata-se de uma amostra de natureza voluntária, onde antes de serem aplicados os questionários, as pessoas eram informadas do referido trabalho, e aí era dada a oportunidade de a pessoas quererem ou não, participarem do estudo.

A terceira amostra, foi constituída por 30 sujeitos que até o momento da pesquisa, não apresentavam qualquer indício de doença psicossomática, considerando as mesmas variáveis das amostras com Diabetes. As pessoas que participaram freqüentavam os CHC - Centro de Habilitação de Condutores, Erechim e Sinal Verde. Estes centros localizam-se na cidade de Erechim.

A recolha da amostra decorreu por um período do mês de abril -1998 a Abril de 1999.

4.4 - VARIÁVEIS

4.4.1 - Variável - *Alexitimia*

A Alexitimia constitui uma variável contínua, caracterizada pela dificuldade que certos sujeitos têm para expressarem verbalmente seus sentimentos.

A Alexitimia foi operacionalizada pela utilização da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS) de Taylor, Bagby & Parker (1992).

4.4.2 - Variáveis a Controlar:

Na referida amostra, procuraremos averiguar a influência de diversas variáveis, que pudessem ser agrupadas em características comuns, de modo a que estas pudessem ser responsáveis por alterações da variável Alexitimia:

- Idade
- Estado civil
- Profissão
- Escolaridade
- Renda Familiar
- Se é diabético Tipo 1 ou Tipo 2
- Sofre ou sofreu de alguma doença de caráter crônico ou recorrente ? Caso afirmativo

indicar qual ou quais ?

4.5 - INSTRUMENTOS

Durante o processo da coleta de dados utilizou-se dois questionários: 1) denominado "Dados Pessoais" para identificação das variáveis envolvidas no processo como: idade, escolaridade, renda familiar, há quanto tempo foi diagnosticado o DM, qual o Tipo de Diabetes que é portador - Tipo 1 ou Tipo 2, estado civil e profissão. 2) TAS-20 " Toronto Alexithymia Scale", sendo este um questionário específico para identificar a presença de Alexitimia.

4.5.1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ALEXITIMIA

A alexitimia foi objeto de vários estudos, e com isso vários instrumentos tem sido construídos para melhor aferir e permitir quantificar o fenômeno. Um dos instrumentos disponíveis e que apresentam qualidades metrológicas satisfatórias (validade e fidelidade), é o questionário Beth Israel Questionary, (BIQ) onde Sifneos (1973), é o autor. Trata-se de uma escala de 20 itens preenchidos por um cotador. Cardoso (1995), diz que apesar de sua validade trata-se de uma hetero-avaliação e o fato de ter que ser preenchido através de entrevistas, torna-o pouco adequado para o estudo de grandes amostras. Outro fator que interfere é o fato de se tratar de entrevistas , correndo o risco de diferenças subjetivas, por parte do entrevistador, gerando problemas permanentes, com isso alguns autores como Kleiger et al. (1980); Paulson (1985) e Postepone (1986), acharam viável que se fizesse um treinamento cuidadoso com os entrevistadores. Parker (1996), em um estudo, com a realização deste treinamento, a avaliação pelo BIQ, adquiriu confiabilidade. Porem este instrumento não conseguiu provar sua confiabilidade, sendo considerado um instrumento

questionável. Tem sido utilizado, mas seus resultados não tem sido homogêneos e a correlação com outros instrumentos demonstrou que estes não se correlacionam entre si. BIQ foi traduzido para o francês por Smith et al.(1992).

O SAT 9, foi outro instrumento elaborado. Trata-se de um teste que trabalha com técnicas projetivas, introduzido por Demers (1983). Segundo Lesser (1985), este teste é designado para um ponto específico da alexitimia, permite discriminar as formas e o grau de desorganização da atividade simbólica.

O Rorschach, faz parte do grupo de testes projetivos. Acklin and Alexander (1988, apud. Forts 1995), consideram a existência de sete variantes correlacionadas com alexitimia, neste teste: fantasia - onde há pouco registro de produtividade e percepção reduzida de movimento humano, afeto - resposta afetiva restrita, cognição-percepção - cognição concreta e recursos adaptativos - recursos afetivos e ideativos deficientes.

Pesquisas alemãs, se direcionaram a uma outra linha de investigação, analisando o material verba. Os estímulos variavam, desde a utilização do TAT (Teste de Apercepção Temática) uma história incompleta ou o início de uma entrevista. Para a análise deste material, foi considerado o número de palavras emocionais presentes, a frequência de palavras como "eu" "um" e o número de intervenções feitas pelo entrevistador.

Segundo Forts (1995), o teste de figuras produzido por Taylor, revelou que resultados significativamente diferentes do esperado eram encontrados quando as figuras se referiam à situação de relacionamento interpessoal.

Defourny et alli (1976), realizaram um trabalho utilizando três instrumentos: TAT, Personality Inventory: PILKA e auto-evaluation questionnaire : QAB, com a finalidade de estudar a relação entre a alexitimia, pensamento operatório e coronariopatia. Ao termino deste trabalho concluíram que os distintos testes não medem a mesma coisa.

A escala de alexitimia de Toronto - Toronto Alexithymia Scale, TAS - foi desenvolvida por Taylor et al. em (1985), devido a necessidade de agilizar a avaliação dos pacientes, e de se eliminar a questão do entrevistador, trata-se de um questionário de auto-resposta para a padronização da avaliação da alexitimia. O TAS se revela particularmente interessante para situações fora da clínica, em pesquisa epidemiológica. O TAS original compunha de 26 itens preenchidos pelo sujeito e sua avaliação estava centrada em quatro fatores:

1. Capacidade de identificar e distinguir entre sentimentos e sensações corporais;
2. Capacidade em descrever sentimentos;
3. Redução da fantasia;
4. Pensamento orientado para o exterior.

Em 1990, foi realizada um revisão do TAS, por seus próprios autores, Taylor, Bagby e Parker, onde o instrumento passa a ser constituído por 23 itens apresentando dois fatores, devido a correlação existente entre os dois primeiros fatores, descritos anteriormente.

1. Capacidade de distinguir entre seus sentimentos e sensações corporais associado ao incremento emocional e capacidade de descrever os seus sentimento aos outros.
2. Pensamento orientado para o exterior.

A TAS-20, é a versão mais recente, foi criada em 1992, pelos respectivos autores, para substituir o TAS-R. Trata-se de um questionário tipo Likert, composto por 20 itens e sua avaliação está centrada em três fatores:

Os itens são classificados a partir das perguntas, da seguinte maneira:

Fator 1 : Capacidade de distinguir entre sentimentos e sensações corporais;

Perguntas 1,3,6,7,9,13,14

Fator 2 : Capacidade de distinguir seus sentimentos;

Perguntas 2,4,11,12,17.

Fator 3 : Pensamento orientado para o exterior.

Perguntas 5,8,10,15,16,18,19,20.

Fator 1 e o fator 2, correlacionam-se e dão conta da capacidade de comunicar os seus sentimentos contingentes ao reconhecimento de seus próprios sentimentos.

O fator 2 e o fator 3 correlacionam-se traduzindo o estilo cognitivo voltado para o exterior que contém pouca ou nenhuma referência aos próprios sentimentos, está relacionado ao Pensamento Operatório.

Trata-se de um questionário tipo Likert cotados de 1 a 5 onde algumas perguntas são invertidas. O total do escore é obtido pela soma de todos os itens, dos quais cinco itens - 4, 5, 10, 18 e 19 - têm uma contagem revertida. É considerada a presença de alexitimia para escores totais ≥ 61 . Os valores ≤ 51 indicam que não há presença de alexitimia.

O score total de alexitimia varia entre um valor mínimo de 20 e um valor máximo de 100.

Esta nova versão foi testada, e demonstrou boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste. Apresentou validação consensual através de uma correlação positiva entre o TAS-20 e a avaliação clínica de alexitimia em populações clínicas, Parker (1993).

É uma escala adequada para pesquisas epidemiológicas e parece ser a escala de auto-resposta mais confiável para o estudo da alexitimia, por isso foi escolhido, por nós, como instrumento de nossa pesquisa. A escala utilizada foi a traduzida para o português por Cardoso (1995) e cedida pela tradutora. Por tratar-se de uma tradução portuguesa houve necessidade de fazer algumas alterações lingüísticas. Porém sabe-se hoje, que já há uma tradução e validação deste mesmo instrumento feita por Fortes (1995), no Brasil, que será anexada neste trabalho.

4.5.2 - QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

Este questionário tem o objetivo de caracterizar a amostra. Foi elaborado por Cerchiari (1998), na qual autorizou-me a utilizá-lo. De acordo com minhas necessidades fiz alterações no item 8.

1. Data da aplicação.
2. Local da aplicação.
3. Idade.
4. Estado civil.

5. Profissão
6. Escolaridade.
7. Renda familiar,
8. Qual o seu tipo de Diabetes?

Tipo I, Diabetes Mellitus Insulino-Dependente, ou

Tipo II, Diabetes Mellitus Não-Insulino-Dependente

OU Se não for diabético

8. Sofre ou sofreu de alguma doença de caráter crônico ou recorrente ? Caso afirmativo indicar qual ou quais ?

4.6 - PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A realização da coleta dos dados foi feita com a colaboração da *Associação de Diabéticos de Erechim*, (RS, Brasil). Onde mostraram-se disponíveis a colaborar bem como fazendo convites para que outras pessoas diabéticas também colaborasse.

Num primeiro momento fui até a Associação, informá-los sobre o meu trabalho, e saber se podia contar com sua colaboração deles no respectivo estudo, sendo este de caráter confidencial e o anonimato seria garantido.

Após o consentimento da presidente da Associação, trabalho foi realizado na própria cede, pelo próprio investigador. Solicitou-se às pessoas presentes, que o questionário seria

aplicado somente para as que fossem portadoras de Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2, (pois as vezes familiares, amigos não diabéticos também participam da reuniões).

Foram informados que receberiam dois questionários: o primeiro teria a finalidade de conhecê-los, quais as pessoas estariam participando do estudo, e o segundo com a finalidade de saber como eles lidavam com suas emoções. Metodologicamente solicitou-se que respondessem na ordem na qual foi entregue os questionários.

Após a explicação, de que após a leitura das questões teriam que assinalar uma das alternativas que estivesse mais próxima de sua opinião. alguns responderam as questões individualmente outros devido a dificuldade de enxergar e de fazer a leitura ou por não compreenderem e necessitarem maiores informações, solicitaram para que o pesquisador, lesse em voz alta, para que todos que apresentavam alguma dificuldade pudessem responder.

Estes questionário foram aplicados em dias diferentes, devido a ausência pois a frequência destas pessoas nos encontros não é assídua, às vezes por próprios problemas relacionados a doença Diabetes.

4.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os arquivos de dados foram trabalhados inicialmente no Excel, onde todos os dados foram codificados numericamente, quer os dados da entrevista quer os dados do questionário. Após as necessárias formatações, definição de variáveis e compatibilização dos dados, foram transferidos para o SPSS para realização da análise.

O tratamento estatístico levou em consideração o tipo da variável para estabelecer a técnica adequada. Para idade e escores totais no TAS-20 utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson; para escolaridade, renda (esta expressa em intervalos de salário mínimo) e escores totais, foi adotado o coeficiente de correlação ordinal de Spearman; para estado civil e escores totais no TAS-20 (para este caso, foi utilizada a distribuição de freqüências associando um número a cada intervalo, iniciando com o 1) o coeficiente de contingência foi a média adotada.

Para testar se a Alexitimia apresenta diferenças significantes nos diferentes níveis das variáveis sociodemográficas, foi usada a Análise de Variância (ANOVA).

Para uma apreciação mais detalhada são apresentadas as freqüências e as médias dos escores no TAS-20, para os diferentes níveis das variáveis sociodemográficas envolvidas.

4.8 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO "DADOS PESSOAIS"

As tabelas 02,03 e 04 apresentam o resultado da aplicação do questionário em relação aos "Dados Pessoais" no que se refere a idade, profissão, estado civil, escolaridade, renda e a tabela 05 a caracterização das amostras quanto as variáveis envolvidas.

Tabela 01 resultado da aplicação na amostra com Diabéticos Tipo 1 - Erechim - RS - 1998 / 99.

SEXO	IDADE	PROFISSÃO	EST. CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA
1 Feminino	13	Estudante	Solteira	1º Grau Incompleto	06 -10
2 Masculino	33	Mecânico	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
3 Masculino	55	Guarda	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
4 Feminino	12	Estudante	Solteiro	1º Grau Incompleto	0 - 05
5 Feminino	48	Massoterapeuta	Separada	2º Grau Incompleto	0 - 05
6 Feminino	72	Aposentada	Casada	2º Grau Incompleto	11 -15
7 Feminino	41	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
8 Feminino	58	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
9 Feminino	40	Doméstica	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
10 Feminino	71	Do Lar	Solteira	Analfabeta	0 - 05
11 Feminino	49	Do Lar	Viúva	1º Grau Incompleto	0 - 05
12 Masculino	60	Mecânico	Casado	1º Grau Incompleto	06 - 10
13 Feminino	62	Aposentada	Casada	2º Grau Completo	11 - 15
14 Feminino	53	Agricultora	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
15 Feminino	46	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
16 Masculino	67	Aposentado	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
17 Feminino	49	Doméstica	Casada	1º Grau Incompleto	06 - 10
18 Feminino	66	Aposentada	Viúva	2º Grau Incompleto	0 - 05
19 Feminino	58	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
20 Masculino	56	Comercio	Casado	1º Grau Completo	0 - 05
21 Feminino	24	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
22 Masculino	35	Mecânico Industrial	Casado	1º Grau Completo	0 - 05
23 Masculino	22	Agricultor	"Casado"	Analfabeto	0 - 05
24 Masculino	39	Motorista	Casado	1º Grau Incompleto	06 - 10
25 Masculino	56	Aposentado	Casado	1º Grau Completo	0 - 05
26 Masculino	71	Aposentado	Viúvo	1º Grau Incompleto	0 - 05
27 Masculino	24	Construção civil	Solteiro	1º Grau Incompleto	0 - 05
28 Masculino	55	Pintor	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
29 Feminino	57	Doméstica	Separada	1º Grau Incompleto	0 - 05
30 Feminino	63	Do Lar	Divorciada	Analfabeta	0 - 05

Tabela 02 resultado da aplicação na amostra com Diabéticos Tipo 2 - Erechim - RS - 1998 / 99.

SEXO	IDADE	PROFISSÃO	EST. CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA
1 Feminino	77	Do Lar	Viúva	1º Grau Incompleto	0 - 05
2 Feminino	70	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
3 Feminino	62	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
4 Feminino	50	Do Lar	Casada	1º Grau Completo	0 - 05
5 Masculino	73	Aposentado	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
6 Feminino	55	Do Lar	Casada	1º Grau Completo	11-15
7 Feminino	50	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
8 Feminino	77	Do Lar	Viúva	1º Grau Incompleto	06-10
9 Feminino	49	Aposentada	Solteira	1º Grau Incompleto	0 - 05
10 Feminino	65	Costureira	Solteira	1º Grau Incompleto	0 - 05
11 Feminino	54	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	11 -15
12 Feminino	44	Digitadora	Viúva	2º Grau Completo	0 - 05
13 Feminino	47	Serviços Gerais	Casada	1º Grau Completo	0 - 05
14 Feminino	57	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
15 Feminino	50	Doméstica	Solteira	2º Grau Incompleto	0 - 05
16 Feminino	58	Do Lar	Casada	Analfabeta	0 - 05
17 Feminino	85	Do Lar	Viúva	Analfabeta	0 - 05
18 Masculino	61	Aposentado	Casado	Analfabeto	0 - 05
19 Feminino	59	Do Lar	Casada	Analfabeta	0 - 05
20 Feminino	74	Do Lar	Viúva	1º Grau Incompleto	0 - 05
21 Feminino	61	Do Lar	Viúva	1º Grau Incompleto	0 - 05
22 Masculino	68	Mecânico	Casado	2º Grau Completo	06-10
23 Feminino	73	Vendedora	Separada	1º Grau Incompleto	0 - 05
24 Feminino	64	Aposentada	Viúva	1º Grau Incompleto	0 - 05
25 Feminino	61	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
26 Feminino	41	Aux. de Enfermagem	Casada	2º Grau Completo	06 -10
27 Masculino	76	Serviços Gerais	Casado	1º Grau Incompleto	06 -10
28 Feminino	62	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0-05
29 Feminino	49	Do Lar	Separada	1º Grau Incompleto	0 - 05
30 Feminino	56	Do Lar	Casada	Analfabeta	0 - 05
31 Feminino	59	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05

Tabela 03 resultado da aplicação na amostra sem doença psicossomática - Erechim - RS - 1998 / 99.

SEXO	IDADE	PROFISSÃO	EST. CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA
1 Feminino	46	Do Lar	Viúva	1º Grau Incompleto	0 - 05
2 Feminino	48	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	0 - 05
3 Masculino	15	Guarda Mirim	Solteiro	1º Grau Incompleto	0 - 05
4 Masculino	39	Desempregado	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
5 Masculino	40	Pintor	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
6 Feminino	22	Professora	Solteira	3º Grau Completo	11-15
7 Masculino	20	Mecânico	Solteiro	2º Grau Incompleto	11-15
8 Masculino	18	Torneiro Mecânico	Solteiro	2º Grau Completo	0 - 05
9 Masculino	19	Encanador	Solteiro	3º Grau Incompleto	0 - 05
10 Masculino	21	Estudante	Solteiro	1º Grau Completo	06- 10
11 Masculino	20	Aux. Serviços Gerais	Solteiro	1º Grau Incompleto	0 - 05
12 Masculino	20	Serviços Gerais	Solteiro	1º Grau Incompleto	06-10
13 Masculino	18	Estudante	Solteiro	2º Grau Incompleto	0 - 05
14 Feminino	26	Contadora	Solteira	3º Grau Completo	06-10
15 Masculino	18	Desempregado	Solteiro	1º Grau completo	0 - 05
16 Masculino	18	Estudante	Solteiro	1º Grau completo	+ que 16
17 Feminino	20	Aux. de Escritório	Solteira	2º Grau Completo	11 - 15
18 Masculino	20	Serviços Gerais	Solteiro	1º Grau Incompleto	0 - 05
19 Masculino	18	Aux. de Escritório	Solteiro	2º Grau Incompleto	6 - 16
20 Feminino	25	Do Lar	Casada	1º Grau Incompleto	11 -15
21 Masculino	18	Estudante	Solteiro	2º Grau Completo	+ que 16
22 Feminino	18	Secretária	Solteira	2º Grau Incompleto	0 - 05
23 Masculino	21	Eletricista	Solteiro	2º Grau Incompleto	0 - 05
24 Masculino	22	Vendedor	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
25 Masculino	35	Assist. Administrativo	Casado	2º Grau Completo	06 - 10
26 Masculino	21	Pedreiro	Solteiro	1º Grau Incompleto	0 - 05
27 Masculino	21	Aux. Serviços Gerais	Solteiro	2º Grau Completo	0 - 05
28 Masculino	20	Aux. de Indústria	Solteiro	1º Grau Completo	0 - 05
29 Feminino	20	Aux. de Laboratório	Solteira	3º Grau Incompleto	06 - 10
30 Masculino	26	Soldador	Casado	1º Grau Incompleto	0 - 05
31 Feminino	33	Do Lar	Casada	2º Grau Incompleto	0 - 05

APLICAÇÃO DO TAS-20

As tabelas 06, 06 e 07 apresentam os resultados individuais da aplicação da TAS-20 com relação aos 20 (vinte) itens, bem como o escore total. Ressaltamos que o escore total é obtido pela soma de todos os itens, dos quais os itens 4,5,10,18 e 19, tem uma contagem invertida. As tabelas ainda apresentam os resultados por fatores.

Tabela 04. Escores da aplicação na amostra com Diabéticos Tipo1.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3
1	3	2	1	5	4	3	3	4	3	5	3	1	3	3	2	5	3	3	5	3	64	19	14	31
2	4	3	2	3	5	5	3	2	2	4	3	1	5	5	1	1	1	2	4	5	61	26	11	24
3	3	3	1	1	5	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	2	3	52	19	10	23
4	3	2	1	5	2	3	3	4	1	2	3	1	1	2	3	3	2	3	1	3	48	14	13	21
5	3	1	3	5	5	3	3	5	2	5	1	3	5	1	5	3	2	2	5	1	63	20	12	31
6	2	3	3	2	3	4	4	3	3	2	3	2	3	4	4	3	3	2	3	3	59	23	13	23
7	1	3	4	3	3	5	5	3	3	5	5	3	3	1	1	3	5	2	1	5	64	22	19	23
8	1	4	1	5	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	5	1	3	2	5	46	7	12	27
9	2	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	3	5	5	3	1	5	3	3	1	57	22	16	19
10	2	5	1	1	5	3	1	3	5	2	1	1	5	5	5	5	5	1	1	5	62	22	13	27
11	4	4	2	2	2	4	5	3	5	1	3	5	3	3	1	3	4	5	4	1	64	26	18	20
12	3	3	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	3	3	3	5	2	1	3	5	49	13	12	24
13	5	3	5	3	5	3	5	2	3	4	3	1	2	4	5	5	3	3	5	3	72	27	13	32
14	5	3	1	2	3	3	1	4	3	5	4	1	2	3	2	3	4	1	4	3	57	18	14	25
15	3	5	2	5	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	4	2	2	3	5	4	63	19	18	26
16	3	2	1	5	5	3	2	2	3	3	5	3	3	3	3	2	3	5	5	2	63	18	18	27
17	4	2	2	4	4	3	3	2	4	3	4	3	3	2	3	3	3	5	5	2	64	21	16	27
18	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	1	3	1	1	4	1	3	4	1	4	38	11	9	18
19	5	5	1	1	5	3	5	3	5	1	3	1	5	3	5	5	5	5	5	5	76	27	15	34
20	3	4	1	4	1	4	3	3	2	4	1	1	1	3	4	5	5	1	3	5	58	17	15	26
21	1	3	5	5	5	3	4	1	1	5	1	1	5	2	3	5	2	5	5	1	63	21	12	30
22	3	5	3	1	5	4	3	1	1	5	5	1	3	5	5	5	5	5	5	3	73	22	17	34
23	3	2	2	1	2	1	2	5	3	1	5	2	1	1	5	5	1	3	1	1	47	13	11	23
24	3	2	5	5	1	3	1	1	3	1	1	1	5	1	2	5	5	5	5	1	56	21	14	21
25	1	1	1	5	5	2	1	5	1	5	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	61	8	13	40
26	3	3	1	4	2	3	3	1	3	3	3	1	3	4	4	3	4	2	4	2	56	20	15	21
27	2	1	1	5	2	2	2	2	1	4	2	5	2	4	2	2	4	2	4	1	50	14	17	19
28	4	4	5	3	5	5	4	3	5	5	5	2	3	5	2	5	2	5	2	5	79	31	16	32
29	2	2	1	2	2	4	2	2	4	4	2	4	2	3	4	4	2	1	3	4	54	18	12	24
30	2	5	5	5	1	3	2	3	3	5	5	5	5	5	5	3	1	5	5	5	78	25	21	32

Tabela 05. Escores da aplicação na amostra com Diabéticos Tipo 2.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3
1	3	3	4	3	5	3	2	3	3	3	3	5	5	4	5	3	3	5	5	5	75	24	17	34
2	5	1	5	1	1	1	5	1	1	3	2	2	3	3	3	3	5	3	1	5	54	23	11	20
3	3	5	1	2	2	3	2	1	1	1	2	3	1	3	3	1	5	2	3	1	45	14	17	14
4	3	2	1	5	3	1	1	2	1	5	1	3	1	1	2	3	1	4	4	2	46	9	12	25
5	1	1	1	5	5	5	2	1	1	5	2	5	2	3	5	3	2	4	5	3	61	15	15	31
6	4	4	4	3	4	4	5	5	3	2	1	5	3	4	5	5	3	5	3	3	75	27	16	32
7	3	4	1	2	4	4	1	1	3	5	1	1	2	4	5	5	5	5	4	3	63	18	13	32
8	4	5	3	1	3	5	4	3	5	5	4	5	5	1	5	3	1	5	3	4	74	27	16	31
9	4	3	1	3	5	5	3	3	3	3	1	4	2	3	5	5	5	5	5	4	72	21	16	35
10	3	3	1	4	4	3	4	1	3	4	5	3	5	4	5	5	5	4	5	5	76	23	20	33
11	2	3	1	5	3	4	2	1	1	3	1	1	1	2	1	3	1	4	5	5	49	13	11	25
12	3	2	3	4	5	3	4	4	3	4	5	2	3	4	4	4	2	4	4	3	70	23	15	32
13	5	5	2	1	3	1	3	4	2	3	3	3	3	4	5	2	5	3	5	3	65	20	17	28
14	5	5	5	3	5	5	3	2	2	3	3	3	3	3	5	5	5	3	5	3	76	26	19	31
15	4	3	3	3	5	3	4	3	2	3	3	3	2	2	3	2	4	4	3	5	64	20	16	28
16	3	3	1	5	4	4	3	5	3	3	3	2	2	2	3	5	5	5	5	1	67	18	18	31
17	3	3	1	5	1	5	3	5	1	3	4	2	1	3	5	5	5	5	5	1	66	17	19	30
18	1	1	1	1	3	3	1	3	1	3	3	1	1	3	3	2	3	5	5	2	46	11	9	26
19	1	1	1	5	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	52	7	9	36
20	1	1	1	5	5	1	3	5	3	1	1	1	5	1	1	5	5	5	5	1	56	15	13	28
21	3	1	4	5	3	3	4	5	3	3	5	3	3	3	5	5	5	5	5	1	74	23	19	32
22	1	2	1	3	3	1	1	1	3	4	1	1	1	1	5	2	4	5	5	1	46	9	11	26
23	1	4	1	4	2	4	1	1	3	5	3	1	3	1	3	4	5	5	3	3	57	14	17	26
24	3	2	5	5	4	2	4	3	3	5	5	1	2	3	4	4	5	5	3	4	72	22	18	32
25	3	2	3	4	5	3	4	5	3	3	4	2	2	3	5	3	2	5	3	3	67	21	14	32
26	3	2	1	2	5	4	3	3	4	3	3	2	2	4	5	5	4	3	2	2	62	21	13	28
27	4	3	1	1	1	1	1	1	3	1	5	1	3	3	3	5	3	1	3	5	49	16	13	20
28	3	3	1	4	4	3	2	4	2	4	1	3	3	1	5	5	5	2	5	5	65	15	16	34
29	2	4	4	3	3	4	4	4	4	1	4	4	3	5	3	4	4	1	4	4	69	26	19	24
30	5	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	3	5	3	5	1	5	5	60	21	12	27
31	3	3	5	3	5	1	5	5	2	2	5	2	4	4	4	2	5	4	5	5	74	24	18	32

Tabela 06. Escores da aplicação na amostra sem doença psicossomática.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL	FATOR 1	FATOR 2	FATOR
1	3	2	3	3	2	4	2	1	2	1	1	1	3	3	3	3	4	3	4	4	52	20	11	21
2	3	4	1	3	5	4	3	2	2	3	2	1	3	4	4	5	3	5	4	2	63	20	13	30
3	5	3	1	1	5	4	5	1	3	5	3	5	3	3	3	5	3	3	3	2	66	24	15	27
4	2	1	1	3	4	3	2	5	3	4	5	1	3	5	4	5	5	2	5	1	64	17	15	32
5	3	5	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	3	3	3	2	4	46	12	13	21
6	2	3	1	4	4	2	2	2	2	4	2	2	3	2	3	4	3	3	5	1	54	14	14	26
7	1	2	1	5	4	1	2	5	1	5	3	2	1	1	5	3	3	2	3	2	52	8	15	29
8	1	2	1	5	5	3	2	5	3	5	1	2	1	3	3	4	2	5	5	4	62	14	12	36
9	2	2	1	5	5	3	2	5	3	5	1	2	1	4	2	4	1	5	5	4	62	16	11	35
10	1	1	1	5	5	3	1	2	1	5	3	2	1	1	3	2	4	4	3	1	49	9	15	25
11	1	3	1	3	3	3	1	1	1	3	1	3	1	3	3	5	3	3	3	2	47	11	13	23
12	1	2	1	5	2	2	1	2	1	5	1	2	1	1	2	5	5	2	5	5	51	8	15	28
13	2	2	1	1	2	1	1	2	2	4	2	1	2	1	2	2	4	1	2	3	38	10	10	18
14	3	3	3	2	4	4	2	2	3	2	4	2	3	4	2	3	4	4	4	2	60	22	15	23
15	1	3	1	3	4	2	1	1	1	3	3	2	1	1	5	3	1	3	5	3	47	8	12	27
16	3	3	1	1	4	3	3	5	3	2	4	1	3	3	2	5	4	4	2	1	57	19	13	25
17	1	3	2	3	5	1	2	2	2	5	2	2	1	2	5	2	5	3	5	3	56	11	15	30
18	3	4	2	3	5	2	4	1	3	5	2	1	3	2	4	2	5	4	3	2	60	19	15	26
19	2	3	1	4	4	5	4	4	3	4	3	4	2	5	5	5	5	3	4	1	71	22	19	30
20	4	3	1	3	5	2	2	3	2	2	1	3	3	4	5	1	1	2	2	1	50	18	11	21
21	2	2	1	5	4	2	1	1	2	2	2	1	2	2	4	3	2	4	4	1	47	12	12	23
22	2	4	1	3	3	2	1	5	1	5	2	3	2	3	3	5	5	2	3	3	58	12	17	29
23	2	4	1	2	4	4	2	2	2	1	3	2	2	4	2	3	3	2	3	3	51	17	14	20
24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	14	10	16
25	2	1	1	5	3	1	1	3	1	5	1	2	1	1	3	4	3	3	5	3	49	8	12	29
26	2	2	2	5	2	3	2	2	3	4	3	2	2	3	2	5	5	2	3	2	56	17	17	22
27	2	3	1	4	3	4	1	3	1	5	2	2	2	3	3	2	1	4	3	3	52	14	12	26
28	1	3	1	3	5	3	3	3	3	5	4	1	3	5	2	1	5	2	3	5	61	19	16	26
29	3	2	1	4	1	3	1	1	2	5	3	2	2	3	2	3	2	4	5	3	52	15	13	24
30	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	32	12	12	8
31	3	5	3	1	5	2	4	3	4	4	4	5	5	4	1	1	3	5	5	2	69	25	18	26

Os resultados obtidos na aplicação da TAS-20 e apresentados nas tabelas 05, 06 e 07 podem ser enquadrados em 03 faixas de acordo com os critérios abaixo:

- Alexitímicos cuja somatória dos escores for maior ou igual a 61;
- Não alexitímicos cuja somatória dos escores for menor ou igual a 51;
- Fronteira ou zona intermediária, cuja somatória dos escores esteja entre 51 e 61.

A tabela 08 apresenta os resultados em frequência e valores percentuais desses enquadramentos.

Tabela 07 Características das amostras, segundo as variáveis.

VARIÁVEIS	DM TIPO 1	DM TIPO 2	SEM DOENÇA PSICOS.
Tamanho da amostra	30	31	31
Idade Média	48,5	60,9	24,1
Escore Totais Médios no TAS-20	59,9	62,8	54
Desvio-padrão dos Escores Totais	9,7	10,3	8,9
Sexo:			
Feminino	18	27	9
Masculino	12	4	22
Escolaridade:			
1º Grau Completo	3	3	12
1º Grau Incompleto	20	19	3
2º Grau Completo	1	3	5
2º Grau Incompleto	3	1	7
Analfabeto	3	5	0
Superior Comp. ou Incomp.	0	0	4
Estado Civil:			
Casado	20	19	8
Divorciado/Separado	3	2	0
Viúvo	3	7	1
Solteiro	4	3	22
Renda:			
Até 5 Salários Mínimos	24	25	19
De 6 a 10 Salários Mínimos	4	4	6
De 11 a 15 Salários Mínimos	2	2	4
16 ou mais Salários Mínimos	0	0	2
Profissão:			
Do Lar	8	19	4
Aposentado	6	4	0
Doméstica	3	1	0
Digitadora	0	1	0
Agricultor	2	0	0
Estudante	2	0	4
Mecânico	2	1	1
Motorista	1	0	0
Guarda	1	0	0
Comerciante	1	0	0

Fonte: Questionário da Pesquisa

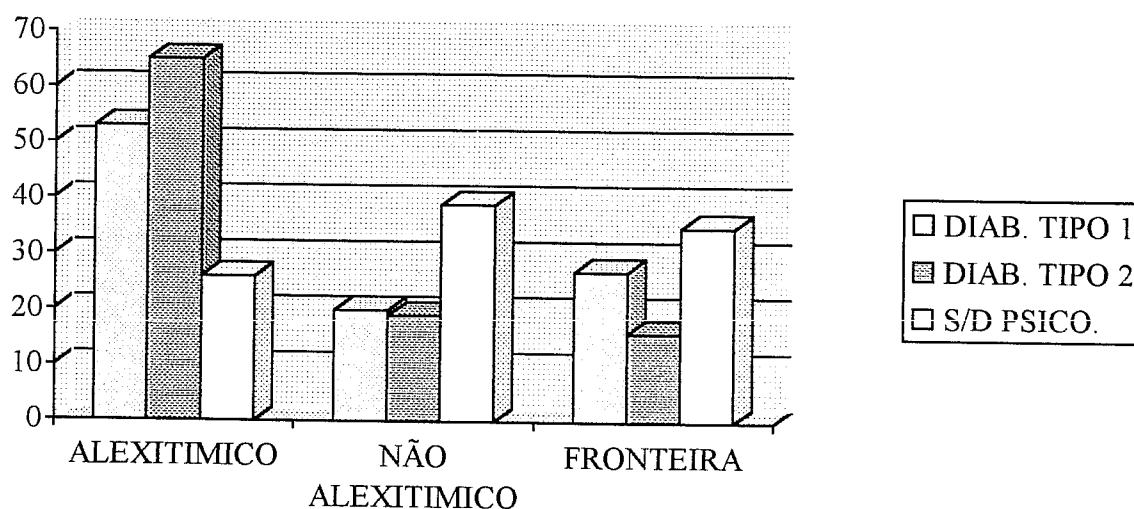
Tabela 08. Valores absolutos e relativos para amostras segundo classificação de Alexitímicos, Não Alexitímicos e Fronteira.

AMOSTRA	ALEXITIMIA		NÃO ALEXITIMIA		FRONTEIRA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Diabéticos Tipo 1	16	53,3	6	20,00	8	26,7	30	100,00
Diabéticos Tipo 2	20	64,5	6	19,4	5	16,1	31	100,00
Sem Doença Psicos.	8	25,8	12	38,7	11	35,5	31	100,00

Fonte: Tabelas 05, 06 e 07

Os resultados obtidos na aplicação da TAS-20 mostram que a presença da Alexitimia não são equivalentes entre as amostras, sendo 53,3 % nos diabéticos Tipo1 e 64,5 % nos diabéticos Tipo 2 e na amostra sem doenças psicossomáticas a presença da Alexitimia foi menor 25,8 %. Quanto a presença da característica Não Alexitimia na amostra sem doença psicossomática foi maior 38,7, já, nas amostra dos diabéticos se equívalem 20,00 % - Tipo 1 e 19,4 % - Tipo2. Na área de fronteira, as diferenças, quanto os resultados continuam, sendo maior na amostra sem doenças psicossomáticas 35,5 %, seguido pela amostra de diabéticos Tipo 1 com 26,7 % e diabéticos Tipo 2 com 16,1 %.

INCIDÊNCIA DA ALEXITIMIA



COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO TAS20 PARA AS TRÊS AMOSTRAS

Foi utilizada a Análise da Variância e o teste de Tukey para comparações múltiplas.

Médias dos Escores Totais no TAS20:

Diabéticos Tipo 1 - 59,9

Diabéticos Tipo 2 - 62,8

Sem Doença Psicossomática - 54

Análise da Variância:

Fontes de Variação	Graus de Liberdade	Soma de Quadrados	Quadrado Médio	F	Significância
Grupos:					
Entre	2	1247,3743	623,6872	6,7156	0,0019
Dentro	89	8265,5387	92,8712		
Total	91	9512,9130			

CONCLUSÃO:

a) Ao nível de significância de 5% há evidências amostrais de que pelo menos uma das médias é diferente.

b) O teste de Tukey para comparações múltiplas, ao nível de significância de 5%, detectou que a média do TAS20 para a amostra das pessoas Sem Doença Psicossomática é significativamente menor do que as médias das amostras de Diabéticos Tipo 1 e Diabéticos Tipo 2, enquanto que para estas duas últimas amostras as médias não são significativamente diferentes.

As amostras de Diabéticos foram reunidas em uma só amostra para a análise subsequente.

Tabela 09. Valores absolutos e relativos para amostras segundo classificação de Alexitímicos. Não Alexitímicos e Fronteira.

AMOSTRA	ALEXITIMIA		NÃO ALEXITIMIA		FRONTEIRA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Diabéticos	36	59,02	12	19,67	13	21,31	61	100,00
Sem Doença Psicos.	8	25,8	12	38,7	11	35,5	31	100,00

DISTRIBUIÇÃO DA ALEXITIMIA

Tabela 10. A distribuição de frequência dos escores da TAS-20 e medidas descritivas, considerando as amostras de diabéticos reunidas.

INTERVALOS	FREQÜÊNCIAS	PERCENTAGEM
38 - 45	1	1,6
45 - 52	11	18,0
52 - 59	11	18,0
59 - 66	19	31,1
66 - 73	8	13,1
73 - 80	11	18,0
TOTAL	61	100,0

Medidas descritivas:

Média = 61,38

Desvio-padrão = 10,02

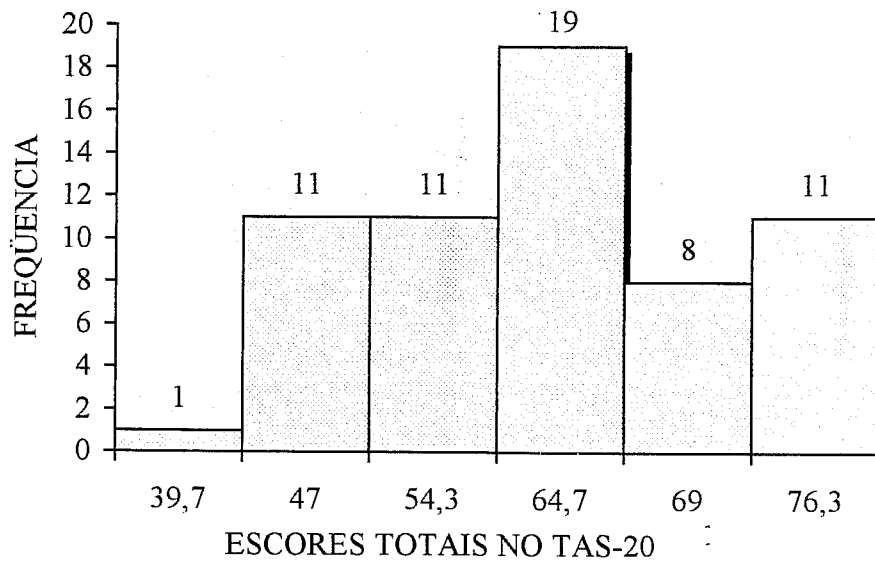
Mediana = 2º Quartil = 63,78

1º Quartil = 54,23

3º Quartil = 69,93

a .1) Histograma dos escores da TAS20.

HISTOGRAMA DOS ESCORES TOTAIS NO TAS-20 AMOSTRAS DE DIABÉTICOS REUNIDAS



Desvio-Padrão = 10,02
Média = 61,4
n = 61,00

A média dos escores da TAS-20 na amostra, de Diabéticos, foi de 61,38 com desvio padrão de 10,02. O valor da mediana é de 63,78, sendo que o 1º Quartil apresentou o valor de 54,23 e o 3º Quartil de 69,93. Nesse estudo, adotamos os pontos de corte de ≤ 51 dando indicação de Não Alexitimia e os escore totais ≥ 61 considera-se a presença de Alexitimia, conforme Cardoso (1995).

Considerando estas observações pode-se dizer que 59 % da amostra de diabéticos estudada tem valores iguais ou superiores a 61, portanto consideradas Alexitímicas.

Tabela 11. Distribuição de frequências da TAS20 para a amostra Sem Doença Psicossomática e medidas descritivas.

INTERVALOS	FREQUÊNCIAS	PERCENTAGEM
32 – 40	2	6,4
40 – 48	5	16,1
48 – 56	10	32,3
56 – 64	10	32,3
64 – 72	4	12,9
TOTAL	31	100,0

Medidas descritivas:

Média = 54

Desvio-padrão = 8,9

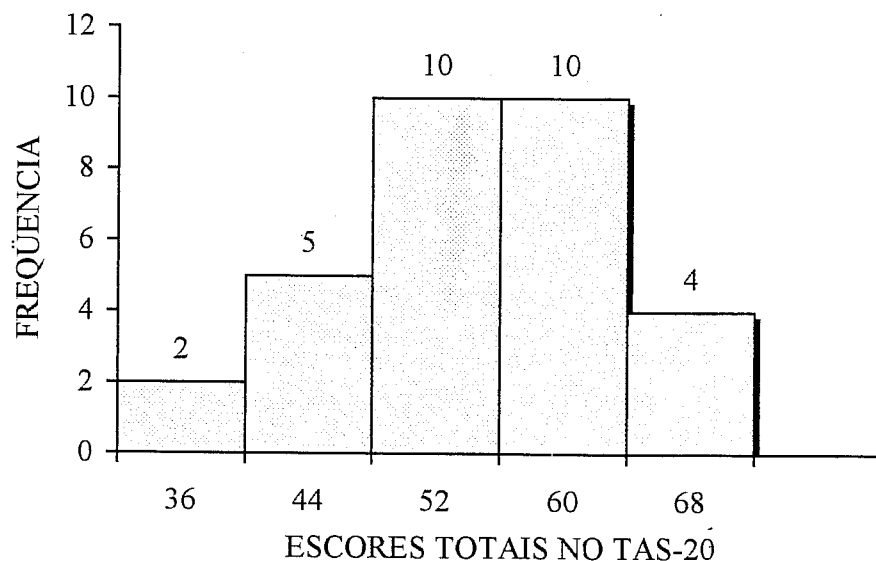
Mediana = 2º Quartil = 52

1º Quartil = 49

3º Quartil = 61

b.1) Histograma dos escores da TAS20.

HISTOGRAMA DOS ESCORES TOTAIS NO TAS-20 AMOSTRAS SEM DOENÇA PSICOSSOMÁTICA



Desvio-Padrão = 8,88
Média = 54,0
n = 31,00

A média dos escores da TAS-20 nesta amostra, Sem Doença Psicossomática, foi de 54 com desvio-padrão de 8,9. O valor da mediana é de 52, sendo que o 1º Quartil apresentou o valor de 49 e o terceiro Quartil de 61. Nesse estudo, adotamos os pontos de corte de ≤ 51 dando indicação de Não Alexitimia e os escore totais ≥ 61 considera-se a presença de Alexitimia, conforme Cardoso (1995).

Assim sendo, podemos constatar que em uma porcentagem menor, 25,8 % da amostra estudada, sem doença psicossomática, tem valores iguais ou maiores que 61, sendo, portanto consideradas Alexitímicas.

INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NA VARIÁVEL
ALEXITÍMICA PARA AS PESSOAS DIABÉTICAS NA AMOSTRA REUNIDA

Para verificar a influência das variáveis sociodemográficas na distribuição da alexitimia utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, para idade e escores totais da TAS-20, coeficiente de correlação ordinal de Spearman para escolaridade e renda e para estado civil e escore totais da TAS-20 o coeficiente de contingência.

Para testar se a Alexitimia apresenta diferenças significantes nos diferentes níveis das variáveis sociodemográficas, foi usada a Análise de Variância (ANOVA).

Tabela 12. Correlações e Coeficiente de Contingência:

VARIÁVEIS	CORRELAÇÃO (1)	CORRELAÇÃO (2)	CONTIN- GÊNCIA	SIGNIFI- CÂNCIA
IDADE X TAS-20	0,306	-	-	0.07
ESTADO CIVIL X TAS-20	-	-	0.350	0.54
ESCOLARIDADE X TAS-20	-	- 0.0644	-	0.71
RENDA X TAS-20	-	- 0.0039	-	0.98

(1) - Coeficiente de correlação de Pearson.

(2) - Coeficiente de correlação de Spearman

CONCLUSÃO:

Ao nível de significância de 5%, não há evidências amostrais de correlações entre TAS-20 e as variáveis IDADE, RENDA, ESCOLARIDADE, como também não há associação com ESTADO CIVIL.

Tabela 13. Análise de Variância para o TAS-20, nos níveis das variáveis sociodemográficas.

FONTE DE VARIACÃO	SOMA DE QUADRADOS	GRAUS DE LIBERDADE	QUADRADO MÉDIO	RAZÃO F	SIGN. DE F
ESCOLARIDADE	69,131	2	34,566	1,171	0,326
ESTADO CIVIL	166,353	3	55,451	1,879	0,158
IDADE	251,977	3	83,992	2,846	0,057
RENDA	22,471	1	22,471	0,761	0,391
RESIDUO	767,264	26	29,510	-	-
TOTAL	1142,750	35	32,650	-	-

CONCLUSÃO:

Ao nível de significância de 5%, não há evidências amostrais de diferenças significativas da alexitimia entre os níveis das variáveis sociodemográficas estudadas. Não sendo possível afirmar que o estado civil tenha influência no grau da Alexitimia, da mesma forma para a escolaridade e renda. Os resultados obtidos não vem ao encontro dos estudos feitos por Bertein (1988), em que verificou dois tipos de comunicação, segundo distintas classes sociais. Porém quanto as diferentes faixas etárias o valor aproximou-se ao nível de significância de 5%, podendo em outra pesquisa ser analisada mais profundamente.

Com o objetivo de uma apreciação mais detalhada são apresentadas as frequências e as medidas dos escores da TAS-20, para os diferentes níveis das variáveis sociodemográficas envolvidas na tabela 14, 15, 16 e 17.

Tabela 14. Distribuição da Alexitimia por Escolaridade

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	MÉDIA
1º GRAU	27	68,63
2º GRAU	5	66,20
ANALFABETO	4	68,25
TOTAL	36	68,25

Tabela 15. Distribuição da Alexitimia por Estado Civil

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	MÉDIA
CASADO	21	67,33
SEPARADO/DIVORCIADO	3	70,00
VIÚVO	7	70,71
SOLTEIRO	5	67,60
TOTAL	36	68,25

Tabela 16. Distribuição da Alexitimia por Idade

IDADE	FREQUÊNCIA	MÉDIA
MENOR QUE 40	4	65,25
40 – 50	10	65,60
50 – 60	9	70,56
60 –	13	69,61
TOTAL	36	68,25

Tabela 17. Distribuição da Alexitimia por Renda

RENDA	FREQUÊNCIA	MÉDIA
DE 1 A 5 SM	30	68,20
6 E MAIS SM	6	68,50
TOTAL	36	68,25

Não houve, segundo os resultados, diferença significativa a nível de significância de 5 %, quanto a escolaridade e renda. Estes resultados contradizem a relação encontrada em estudos realizados por Taylor (1992) e Quakinim (1993), considerando que as classes populares de baixa renda e baixa escolaridade seriam suscetíveis de apresentarem uma maior prevalência de alexitimia. Este aspecto é reforçado por Bastos (1995) afirmando a hipótese de que os valores da Alexitimia estão relacionados com o grau de escolaridade do sujeito e também por Fortes (1995) em seu estudo - Alexitimia e Aspectos Socio-Educacionais - onde conclui que existe determinação socio-educacional no fenômeno alexitimia e podendo afirmar que populações de diferentes estratos sociais utilizam padrões diferentes de comunicação.

Quanto o estado civil, os resultados vem ao encontro com estudos feito por Bastos (1995), com pessoas diabéticas afirmando, também, que os resultados alexitímicos independem do estado civil do sujeito.

Havendo neste estudo, um valor aproximado do nível de significancia de 5%, quanto a variável idade, em que sugerimos um estudo mais aprofundado, Bastos (1995) também não encontrou uma relação significativa entre Alexitimia e a idade.

INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NA VARIÁVEL ALEXITÍMICA PARA AS PESSOAS SEM DOENÇA PSICOSSOMÁTICA

Devido o número de Alexitímicos (8 pessoas), ser muito pequeno na amostra Sem Doença Psicossomática, a análise no item anterior não foi feita.

ANÁLISE COMPARATIVA DOS FATORES DA TAS-20

Neste item é feita a análise de cada um dos fatores componentes da TAS-20, entre as três amostras, por meio do teste de igualdade das médias e comparação múltipla de Tukey.

Hipóteses fixadas:

- Para Fator 1:

$H_0: \mu_{\text{diab. Tipo 1}} = \mu_{\text{diab. Tipo 2}} = \mu_{\text{sem doença psicossomática}}$

- Para Fator 2:

$H_0: \mu_{\text{diab. Tipo 1}} = \mu_{\text{diab. Tipo 2}} = \mu_{\text{sem doença psicossomática}}$

- Para Fator 3:

$H_0: \mu_{\text{diab. Tipo 1}} = \mu_{\text{diab. Tipo 2}} = \mu_{\text{sem doença psicossomática}}$

A hipótese alternativa para as três análises é a de que pelo menos uma das médias é diferente. Constata a significância, o teste de Tukey, na análise de comparação múltipla, indicará as médias com diferenças significantes, cujos resultados são apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 18: Fator 1 para as três amostras

FONTES DE VARIACÃO	GRAUS DE LIBERDADE	SOMA DE QUADRADOS	QUADRADO MÉDIO	RAZÃO F	SIGNIFICÂNCIA F
ENTRE DENTRO	2 89	346,5628 2574,1763	173,2814 28,9233	5,9911	0,0036
TOTAL	91	2920,7391			

CONCLUSÃO: Ao nível de significância de 5%, há evidências amostrais para a rejeição de igualdade das médias.

O teste de Tukey, para o mesmo nível de significância, indica que a média para Sem Doença Psicossomática é significativamente diferente das médias de Diabéticos Tipo 1 e Diabéticos Tipo 2.

AMOSTRAS	MÉDIAS TAS-20
DIABÉTICOS TIPO 1	19.47
DIABÉTICOS TIPO 2	18.81
SEM DOENÇA PSICOSSOMÁTICA	15.06

A hipótese de igualdade das médias dos escores do fator 1 das três amostras foi rejeitada, sendo que o Fator 1 da amostra sem doença psicossomática se mostrou significativamente menor do que as médias das amostras Diabéticos Tipo 1 e Diabéticos Tipo 2. Esta constatação indica que as pessoas Diabéticas Tipo 1 e Diabéticas Tipo 2 apresentam um maior grau de dificuldade em identificar sentimentos e distinguí-los das sensações físicas que acompanham as emoções.

Tabela 19: Fator 2 para as três amostras

FONTES DE VARIACÃO	GRAUS DE LIBERDADE	SOMA DE QUADRADOS	QUADRADO MÉDIO	RAZÃO F	SIGNIFICÂNCIA F
ENTRE DENTRO	2 89	31,5138 684,1710	15,7569 7,6873	2,0497	0,1348
TOTAL	91	715,6848			

CONCLUSÃO: Ao nível de significancia de 5% , não há evidências para rejeitar a igualdade das médias dos escores dos fatores nas três amostras. O maior valor que rejeita a hipótese de igualdade entre as médias é alto, 0,13. Esta constatação identifica que as três amostras apresentam o mesmo grau de dificuldade no Fator 2, ou seja em descrever os seus sentimentos aos outros.

Tabela 20: Fator 3 para as três amostras

FONTES VARIACÃO	GRAUS DE LIBERDADE	SOMA DE QUADRADOS	QUADRADO MÉDIO	RAZÃO F	SIGNIFICÂNCIA F
ENTRE DENTRO	2 89	222,8801 2460,3699	111,4401 27,6446	4,0312	0,0211
TOTAL	91	2683,2500			

CONCLUSÃO: Ao nível de significancia de 5%, rejeita-se a igualdade das médias.

O teste de Tukey indica, ao mesmo nível de significancia, que a média para Sem Doença Psicossomática é diferente da média para Diabéticos Tipo 2.

AMOSTRAS	MÉDIAS
DIABÉTICOS TIPO 1	26,13
DIABÉTICOSTIPO 2	28,87
SEM DOENÇA PSICOSSOMÁTICA	25,23

A hipótese de igualdade entre as duas amostras, nesse Fator 3, foi rejeitada, sendo que a amostra Sem Doença Psicossomática apresentou escores significativamente menores que a amostra de

Diabéticos Tipo 2. Isto indica que na amostra de Diabéticos Tipo 2 apresentam um estilo de pensamento orientado mais para o exterior.

ANÁLISE COMPARATIVA DOS FATORES DA TAS-20 NAS TRÊS AMOSTRAS, PARA AS PESSOAS ALEXITÍMICAS

Tabela 21: Média dos escores em cada fator

	DIABÉTICOS TIPO 1	DIABÉTICOS TIPO 2	SEM DOENÇA PSICOSSOMÁTICA
Nº DE ALEXITÍMICOS	16	20	8
MÉDIA DOS ESCORES:			
FATOR F1	22,13	21,55	19,63
FATOR F2	15,38	16,70	14,88
FATOR F3	29,38	31,10	30,25

Tabela 22: Análise da Variância

FONTES DE VARIACÃO	GRAUS DE LIBERDADE	SOMA DE QUADRADOS	QUADRADO MÉDIO	RAZÃO F	SIGNIFICÂNCIA F
PARA FATOR F1: ENTRE DENTRO	2 41	34,0614 768,5750	17,0307 18,7457	0,9085	0,4111
TOTAL	43	802,6364			
PARA FATOR F2: ENTRE DENTRO	2 41	25,6068 264,8250	12,8034 6,4591	1,9822	0,1507
TOTAL	43	290,4318			
PARA FATOR F3: ENTRE DENTRO	2 41	26,4955 595,0500	13,2477 14,5134	0,9128	0,4094
TOTAL	43	621,5455			

CONCLUSÃO: Ao nível de significância de 5%, não há evidências de diferença significativa entre as médias dos escores para os três fatores, nas pessoas alexitímicas.

Foi também realizada a análise individual por fator, para as pessoas alexitímicas, com relação a diferenças significantes dos níveis de cada variável sociodemográficas nos escores do fator. Neste caso foram excluídos os alexitímicos da amostra Sem Doença Psicossomática devido ao reduzido número deles (8).

CONCLUSÃO:

Ao nível de significância de 5%

a) Não há diferenças significantes nos níveis das variáveis sociodemográficas para o fator 1.

b) Para o fator 2, apenas a variável escolaridade evidenciou diferença significativa entre seus níveis.

c) Apenas a variável idade mostrou diferença significativa entre seus níveis para o fator 3.

Frequência e média dos escores nos fatores, para os níveis das variáveis sociodemográficas que mostraram diferença significativa.

Tabela 23: Escolaridade no Fator 2

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	MÉDIA
1º GRAU	27	16,30
2º GRAU	5	13,80
ANALFABETO	4	17,75

Isto indica que quanto maior o nível de escolaridade menor é a dificuldade em relação ao fator 2, ou seja em descrever os seus sentimentos aos outros.

Tabela 24: Idade no Fator 3

IDADE	FREQUÊNCIA	MÉDIA
MENOR QUE 40	4	29,75
40 — 50	10	27,40
50 — 60	9	32,44
60 —	13	31,31

Estes resultados referem-se que quanto maior for a idade da pessoa mais seu pensamento será voltado para o exterior.

4.9 DISCUSSÃO

ANÁLISE DOS RESULTADOS E COMENTÁRIOS FINAIS

Ao final deste trabalho, com os resultados obtidos pode-se verificar como se distribui a característica psicológica - Alexitimia, nas amostras da população Diabética Tipo 1 e Tipo 2 bem como na amostra da população sem doença psicossomática, permitindo afirmar que, existe relação entre Diabetes e Alexitimia. Onde os sujeitos Diabéticos são mais Alexitímicos que os sujeitos Sem Doença Psicossomática.

Os resultados indicam que a presença da Alexitimia não são equivalentes entre as amostras, sendo 53,3% nos Diabéticos Tipo 1 e 64,5 % nos Diabéticos Tipo 2 e na amostra sem doença Psicossomática foi maior 38,7 %, já nas amostras dos Diabéticos se equívalem. Quanto a área de fronteira, as diferenças, continuam sendo maior na amostra Sem Doença Psicossomática (35,5 %) seguido pelas amostras de Diabéticos Tipo 1 (26,7 %) e Diabéticos Tipo 2 (16,1%), onde para área intermediária ou fronteira, considera-se a somatória dos escores totais entre 51 e 61.

Com estes dados, as amostras de Diabéticos (Tipo 1 e Tipo2) foram reunidas em uma só para análises subseqüentes, pois para estas, as médias não são significativamente diferentes. Concluimos que não existe relação entre os diferentes Tipos de Diabetes (1 e 2) e Alexitimia, bem como, com a amostra Sem Doença Psicossomática.

Quanto a influência das variáveis sociodemográficas na variável Alexitimia, na amostra de Diabéticos, não houve evidências amostrais de diferenças significativas entre os níveis das variáveis sociodemográficas estudadas. Não sendo possível afirmar que o estado civil tenha influência no grau de Alexitimia, da mesma forma para escolaridade e renda. Os resultados obtidos não vem ao encontro dos estudos feitos por Bertein (1988), em que verificou dois tipos de comunicação, segundo distintas classes sociais. Porém quanto as diferentes faixas etárias o valor aproximou-se ao nível de significancia mas não significativamente assim como nos trabalhos realizados por Bastos (1995) e Cerchiari (1998), podendo em outra pesquisa ser analisada mais profundamente.

Quanto a escolaridade e renda, os resultados encontrados, contradizem a relação encontrada em estudos realizados por Taylor (1992) e Quakinim (1993), considerando que as classes populares de baixa renda e baixa escolaridade seriam suscetíveis de apresentarem uma maior prevalência de alexitimia. Este aspecto é reforçado por Bastos (1995) afirmando a hipótese de que os valores da Alexitimia estão relacionados com o grau de escolaridade do sujeito e também Fortes (1995) em seu estudo - Alexitimia e Aspectos Socio-Educacionais - onde conclui que existe determinação socio-educacional no fenômeno Alexitimia e podendo afirmar que populações de diferentes estratos sociais utilizam padrões diferentes de comunicação.

Especificamente quanto o estado civil, os resultados vem ao encontro com estudos feitos por Cerchiari (1998) e por Bastos (1995), com pessoas Diabéticas afirmando, também, que os resultados alexitímicos independem do estado civil do sujeito.

No que se refere a análise comparativa dos resultados relativos aos escores dos fatores 1, 2 e 3 componentes na TAS-20, concluímos que na amostra Sem Doença Psicossomática o Fator 1 mostrou-se significativamente menor do que as médias das amostras Diabéticos Tipo 1 e Diabéticos Tipo 2. Isto indica que as amostras de Diabéticos apresentam um maior grau de dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações físicas. No Fator 2, as três amostras apresentam o mesmo grau de dificuldade ou seja em descrever os seus sentimentos aos outros. Já no Fator 3, a amostra Sem Doença Psicossomática apresentou escore significativamente menores que a amostra de Diabéticos Tipo 2, indicando que os Diabético Tipo 2, estudado, apresentam um estilo de pensamento orientado mais para o exterior.

Na análise individual por Fator, quanto as variáveis sociodemográficas, não houve diferença significativa das variáveis sociodemográficas para o Fator 1. Para o Fator 2 a variável escolaridade evidenciou-se diferença significativa entre seus níveis, indicando que quanto maior o nível de escolaridade menor é a dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros. E apenas a variável idade mostrou diferença significativa entre seus níveis para o Fator 3 referindo-se que quanto maior for a idade da pessoa mais seu pensamento será voltado para o exterior. Este dado vem de encontro com o resultado encontrado nesta investigação, onde a amostra de Diabéticos Tipo 2 apresenta um estilo de pensamento orientado mais para o exterior e a sua idade média foi a mais alta de 60,9 anos, já para as outras duas amostras Diabetes Tipo 1 48,5 anos e Sem Doença Psicossomática 24,1 anos.

O Fator 3 está relacionado ao Pensamento Operatório, sabendo-se que pessoas mais idosas apresentam maior dificuldade em relação a doença a Alexitimia pode aparecer como

uma resposta frente uma situação de stress, onde os Diabéticos são particularmente vulneráveis.

O fato de não haver diferença na distribuição da Alexitimia nas duas amostras de Diabéticos (Tipo 1 e Tipo 2), nos faz refletir com relação a amostra de Diabéticos Tipo 2, pois apresentou a maior média em relação a idade, isto se deu devido a dificuldade de ter uma amostra com pessoas mais jovens, onde a incidência do Diabetes Tipo 1 é mais de ocorrer, pensamos ser relevante a continuação de estudos dentro desta área.

Já o fato da população Diabética ser mais Alexitímica do que a população Sem Doença Psicossomática, vem de encontro com o resultado esperado, já que vários estudos afirmam que a Alexitimia manifesta-se, hoje em dia, num grande número de pessoas que sofrem de afecções somáticas, confirmando os resultados descritos por Abramson et. all (1991) e Bastos (1995).

Sabe-se que a Alexitimia refere-se aos indivíduos que apresenta dificuldades em lidar com tensões, stress, dor psíquica através da linguagem, verbal, com isso pensa-se na dificuldade dos sujeitos Diabéticos administrarem sua doença, pois muitas vezes estes sujeitos apresentam uma relação de descaso e desconhecimento à cerca desta e ao tratamento. A Alexitimia apareceria como um recurso, porém falho, como mecanismo de negação, onde muitas vezes a pessoa irá tomar os devidos conhecimentos quando começar a aparecer as complicações.

Outro dado importante no que se refere a Alexitimia, na população Diabética, é que este pode aparecer também como mecanismo de defesa, contra ao importante impacto psicológico

que o diabetes pode constituir, no indivíduo, gerando preocupações, angústia do constante risco de complicações bem como a idéia de uma expectativa de vida potencialmente diminuída.

O recurso, Alexitimia, como mecanismo de defesa ou como negação, não é considerado eficaz, e indica um funcionamento psicológico precário, um fator de risco para a saúde, pois as respostas mais comuns, são a depressão a superdependência e não aderência ao regime ou dieta alimentar.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMSON, L.; McCLELLAND, C.; BROWN, D.; KELNER, S. *Alexithymic Characteristics and Metabolic Control in Diabetics and Healthy Adults*. The Journal of Nervous and Mntal Disease. Vol 179, No.8: 490 - 494, 1991.
- ARDUINO, F. *Diabetes Mellitus*. 3^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1980.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES, Via Internet, 1997.
- BARROS, C. *Alcoolismo, Obesidade, Consultoria Psiquiátrica*. Porto Alegre: Movimento, 1994.
- BASTOS, C. *Alexitimia, Saúde e Doença, Estudo da Alexitimia em Sujeitos Diabéticos*. Monografia do Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, ISPA, Lisboa - Portugal, 1995.
- BORENS R. et al.; *Is Alexithymia but a Social Phenomenon?* Psychother Psuchosom 28: 1993-1998, 1977.
- BURD, M. *A Família e a Doença Crônica na Infância - O Diabetes Mellitus Tipo 1 - Atendimento Psicológico Grupal aos Familiares de Crianças Diabéticas*. Monografia de Especialidade em Psicologia Médica, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*, Rio de Janeiro, Editora Forense - Universitária, 1978.

CARAMORI, P. R. A., ZELMANOVITZ, F., LIMA, J.C.P. *Os Aspectos Emocionais e sua Importância no Tratamento do Diabetes Mellitus*, Revista HCPA, 8:19-22, 1988.

CARDOSO, N. M. P.; *Doença oncológica e Alexitimia - Contributo pessoal*, Dissertação de Mestrado - Psicologia Clínica do Desenvolvimento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 1995.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 2ª. Edição Rio de Janeiro: Edição Graal, Biblioteca de Filosofia e História das Ciências. 1987, V. 31.

DALLA ROSA, L., COSTA, E.M., MACHADO, E. *Proposta Para um Programa de Assistência e Educação ao Diabético no PAM-4, IAPI, Porto Alegre com a Participação da Comunidade*, Monografia de Pós-Graduação em Saúde Comunitária, ULBRA, Canoas, 1992.

DEBRAY, R. *O Equilíbrio Psicossomático - e um Estudo Sobre Diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

DEJOURS, C. *O Corpo Entre a Biologia e a Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DEMERS-DESROSIERS, L. et al. *The Measure of Symbolic Function in Alexithymic Pain Patients*. *Psychother Psychosom*, 39:65-76, 1983.

- FALSETTI, L. ^a V. *Do Discurso médico ao discurso da criança diabética: a incidência da doença orgânica no sujeito psíquico*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1983.
- FIGUEIRA, S. A. O “moderno” e o “arcaico” na nova família Brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. In: *Uma Nova Família*. Figueira S. A. (organizador). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1987.
- FORTES, S. L.; *Alexitimia e Aspectos Socio-Educacionais - Um Estudo de Fatores Ligados A Verbalização da Emoção*, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde-Instituto de Psiquiatria, 1995.
- FUJIMOTO, W. Y., *A National Multicenter Study to Learn Whether Type II Diabetes Can Be Prevented: The Diabetes Prevention Program*, *Clinical Diabetes*, vol. 15, No. 1, January/February, 1997.
- FURSAY-FUSSWER, J. *Le monisme épistemologique Vers une Psuchiatrie Scientifique*. *Ann. Méd.-Psychol.* 3(151): 267-270, 1993.
- GARBER, A. , J., *The prevention of Diabetes is Everyone's Concern*, *Clinical Diabetes*, vol. 14, No. 2, March / april, 1996.
- GRANIER, F.; GENTIL, V.; et LAMAIRE, A. *Stratégie d'entretien clinique pour des familles de patients alexithymiques*, In: *Annales médico Psychologiques*, Vol.151, No.2:172-180, Mars 1993.

GROOP, L. C., TUOMI, T. Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus - A Collision between Thrifty Genes and Affluent Society. The Finnish Medical Society DUODECIM, Ann Med 29, 37-53, 1997.

HANSON, C.L., SCHINKEL, A .M., DE GUIRE, M., KOLTERMAN, O .G. *Empirical Validation for a Family Centered Model of Care*, In: Diabetes Care, October, Vol.18, pages: 1347-1356, 1995.

HOPPE, K. *Hemispheric Specialization and Creativity*. The Psychiatric Clinics of North America, 11 (3): 303-316, Set, 1988.

IMBER-BLACK, E. The Family System and the Health Care System: Making the Invisible. In Walsh, F. e Anderson, C. (eds.). *Chronic Disorders and the Family*. New York: Haworth, 1988.

KAPLAN, C. D.; WOGAN M. *Management of Pain Through Cerebral Activation: Na Experimental Analogue of Alexithymia*. Psychother Psychosom 27: 144-153, 1976. .

KARAM, J.H. CURRENT Medical Diagnosis & Treatment, 36.th Edition, *Diabetes Mellitus & Hypoglycemia*, 1997.

KOVACS, M., GOLDSTON, D., OBROSKY, D.S., BONAR, L.K. *Psychiatric Disorders in Youths With IDDM: Rates and Risk Factors*, In: Diabetes Care, January, vol.20, page 36, 1997.

- KOVACS, M., OBROSKY, D.S., GOL;DSTON, D., DRASH, A ., *O Major Depressive Disorder in Youths With IDDM*, In: Diabetes Care January, vol. 20, page 45, 1997.
- KRYSTAL, H., *Alexitimia and the Effectiveness of Psychoanalytic Treatment*. Int Psychoanal Psychother 9: 353-388, 1982.
- LEBOVICI, S. *O Bebê, a Mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- LERÁRIO, A .C., *Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas Para o Diabetes Mellitus*, Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes para a Prática Clínica, 1997.
- LEVISKY, D. L., *Adolecsência Reflexões Psicanalíticas*, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
- LOAS, G.; FREMAUX, D.; MARCHAND, M. P.; CHAPEROT, C. AND DARDENNES, R., *L'alexithymie chez le sujet sain: validation de L'échell d'alexithymie de Toronto (TAS) dans une population <<tout venant>> de 144 sujets,application au calcul de la prévalance*. Ann. Méd.-Psychol. 9 (151): 660-663, 1993.
- LOLAS, F.; VON RAD M. *In Alexithymia in Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice*. Stanley Cheren, Ed. International Universities Press Inc. Madison, Connecticut, 1989.
- LUSTMAN, P.J.; HARRIS, M.A., *The Psychologist in Diabetes Care*, In: Clinical Diabetes, Vol.16, No. 2, 1998.

- MARCAUSE, H A Dialética da Civilização. In Marcause, H *Eros e Civilização* .Parte I, Cap. 4, Rio de Janeiro, Zahar, 1972, p. 91.
- MAHLER, M. *Separação Individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- MARTY, P.A *A Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- McDOUGALL, J. *Teatros do Corpo o Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- McDOUGALL, J. *Em Defesa de uma Certa Anormalidade, Teoria e Clínica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- MELLO FILHO, J. *Aspectos Psicológicos do Diabetes Mellitus*, *Psicossomática*, Jan./ Mar./ 1986.
- MELLO FILHO, J. *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1988.
- NEMIAH, J. C. *Denial Revisited; Reflections on Psychosomatic Theory*. In: *Psychoth Psychosom* 26: 140-147, 1975.
- OLIVEIRA, R. *Diabetes dia a dia*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

- PARKER, J. et al.; *Factorial Validity of the 20 item TAS*; In: European Journal of Personality 7: 221-232, 1993.
- PENN, P. Coalition and binding interactions in families with chronic illness. *Family Systems Medicine*, V. 1. 1983.
- POSTER, M. Teoria Crítica da Família. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- ROCHA, D. M. Artigo: Problemas do Paciente Diabético. In: *Revista Brasileira Médica*, Minas Gerais, jun., 1988.
- SEABRA H. Artigo: Intervenção Psicológica na Área da Diabetes. In: *Revista Análise Psicológica*, 2 (x): 241-244, 1982.
- SIFNEOS, P. E. *Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization, Affect, Creativity*. The Psychiatric Clinics of North America 11(3): 287-292, Sept., 1988.
- SIFNEOS, P.E. *Problems of Psychotherapy of Patients With Alexithymic Characteristics and Physical Disease*. Psychother Psychosom 26: 65-70, 1975.
- SIFNEOS, P.E.; EA AL. *The Phenomenon of Alexithymia: Observations in Neurotic and Psychosomatic Patients*. Psychother Psychosom 28: 47-57, 1977.

TEIXEIRA, J.A.C.; TRINDADE, I.; RIBEIRO, O. *Alexitimia, Saúde e Doença*. In: Revista Análise Psicológica, ...? 381- 386.

TAYLOR, J. G., *La Pensée Opératoire et le Concept d' Alexithymie*, In: Revieu. Francese de Psychanalise 3: 769-784, 1990.

THERNLUND, G.M.; DAHLQUIST, G.; HANSSON, S.A.; LUDVIGSSON, J.; SOBLAD, S.; HANGGLOF, B. Psychologiscsal Stress and the Onset of IDDM in Children. In: Diabetes Care, vol. 18, No. 10; Pages: 1323-1329; October 1995.

TODARELLO, O. et al. *Alexithymia, Immunity and Cervical Intraepithelial Neoplasia: A pilot study*. In: Psychother Psychosom 61: 199-204, 1994.

WINNICOTT, D. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1993.

ZAGURY, L. Artigo: Aspectos Psicológicos e sociais do Diabetes Mellitus. In: *Orientações Básicas para o Diabético*. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

ANEXOS

TAS - 20

Using the scale provided as a guide, indicate how much you agree or disagree with each of the following statements by circling the corresponding number. Give only one answer for each statement.

Circle 1 if you STRONGLY DISAGREE
 Circle 2 if you MODERATELY DISAGREE
 Circle 3 if you NEITHER DISAGREE NOR AGREE
 Circle 4 if you MODERATELY AGREE
 Circle 5 if you STRONGLY AGREE

	<u>Strongly</u> <u>Disagree</u>	<u>Moderately</u> <u>Disagree</u>	<u>Neither</u> <u>Disagree</u> <u>Nor Agree</u>	<u>Moderately</u> <u>Agree</u>	<u>Strongly</u> <u>Agree</u>
1. I am often confused about what emotion I am feeling.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
2. It is difficult for me to find the right words for my feelings.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
3. I have physical sensations that even doctors don't understand.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
4. I am able to describe my feelings easily.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
5. I prefer to analyze problems rather than just describe them.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
6. When I am upset, I don't know if I am sad, frightened, or angry.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
7. I am often puzzled by sensations in my body.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
8. I prefer to just let things happen rather than to understand why they turned out that way.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
9. I have feelings that I can't quite identify.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
10. Being in touch with emotions is essential.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
11. I find it hard to describe how I feel about people.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

The Three Factor Structure of the TAS-20

Factor 1: Difficulty Identifying Feelings

1. I am often confused about what emotion I am feeling.
3. I have physical sensations that even doctors don't understand.
6. When I am upset, I don't know if I am sad, frightened, or angry.
7. I am often puzzled by sensations in my body.
9. I have feelings that I can't quite identify.
13. I don't know what's going on inside me.
14. I often don't know why I am angry.

Factor 2: Difficulty Describing Feelings

2. It is difficult for me to find the right words for my feelings.
4. I am able to describe my feelings easily.
11. I find it hard to describe how I feel about people.
12. People tell me to describe my feelings more.
17. It is difficult for me to reveal my innermost feelings, even to close friends.

Factor 3: Externally-Oriented Thinking

5. I prefer to analyze problems rather than just describe them.
8. I prefer to just let things happen rather than to understand why they turned out that way.
10. Being in touch with emotions is essential.
15. I prefer talking to people about their daily activities rather than their feelings.
16. I prefer to watch "light" entertainment shows rather than psychological dramas.

18. I can feel close to someone, even in moments of silence.
19. I find examination of my feelings useful in solving personal problems.
20. Looking for hidden meanings in movies or plays distracts from their enjoyment.

TAS - 20

Tendo como orientação a escala (Toronto Alexithymia Scale*), que tem a finalidade de avaliar a forma como você lida com as emoções, peço-lhe que responda, marcando com um X a resposta com a qual achar mais conveniente, de acordo com sua opinião.

Marque um **X** no número **1** se a situação **nunca** lhe acontece.

Marque um **X** no número **2** se lhe acontece **raramente**.

Marque um **X** no número **3** se lhe acontece **às vezes**.

Marque com um **X** o número **4** se lhe acontece **com frequência**.

Marque com um **X** o número **5** se lhe acontece **sempre**.

	<u>Nunca</u>	<u>Raramente</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Com Frequência</u>	<u>Sempre</u>
1. Fico muitas vezes sem saber que tipo de emoção estou sentindo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. É difícil encontrara as Palavras certas para exprimir os meus sentimentos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos entendem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Tenho facilidade em descrever meus sentimentos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Prefiro mais analisar os problemas do que simplesmente descrevê-los.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Quando estou perturbado não sei se estou triste, assustado ou zangado.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Fico muitas vezes confuso com as sensações no meu corpo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Prefiro deixar que as coisas simplesmente aconteçam do que tentar entender porque é que aconteceram deste jeito.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	<u>Nunca</u>	<u>Raramente</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Com Frequência</u>	<u>Sempre</u>
9. Tenho sentimento que não consigo realmente identificar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. É essencial estar em contato com as emoções.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Acho difícil descrever o que sinto pelas pessoas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Os outro me pedem para descrever melhor meus sentimentos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Muitas vezes não sei porque é que estou irritado.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Prefiro mais falar com as pessoas sobre suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Prefiro mais ver espetáculos "leves" para divertir do que dramas psicológicos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. É difícil para mim, revelar os meus sentimentos mais íntimos, mesmo aos amigos mais chegados.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. Sou capaz de me sentir próximo de alguém mesmo em momentos de silêncio.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Acho que a análise dos meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Procurar o sentido mais profundo nos filmes ou peças de teatro, não nos deixa divertir tanto.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Nome:

No. Pront:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Data:

Local:

Renda:

Aplicador:

Marque: 1) Se você discorda totalmente

4) Se você concorda em parte

2) Se você discorda em parte

5) Se você concorda totalmente

3) Se você não discorda e nem concorda

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo Nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Frequentemente eu me sinto confuso em relação a qual emoção estou sentindo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. É difícil para mim encontrara as Palavras certas para expressar os meus sentimentos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Eu sou capaz de descrever meus sentimentos com facilidade	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Eu prefiro analisar os problemas do que apenas descrevê-los.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Quando estou perturbado não sei se estou triste, assustado ou com raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Frequentemente fico confuso com as sensações no meu corpo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Eu prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer em vez de tentar entender porque elas ocorreram daquela maneira	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Eu tenho sentimento que não consigo identificar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. É essencial estar em contato com as nossas emoções.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Eu acho que é difícil descrever como me sinto em relação as pessoas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo Nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
12. As pessoas me dizem para explicar melhor os meus sentimentos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Frequentemente não sei porque estou com raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Prefiro mais conversar com as pessoas sobre suas atividades do dia a dia do que sobre seus sentimentos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Prefiro assistir diversões leves do que dramas psicológicos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. É difícil para mim, revelar os meus sentimentos mais profundos mesmo os meus amigos mais íntimo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Eu consigo me sentir próximo a alguém mesmo em momentos de silêncio.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Eu acho que examinar meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Procurar significados ocultos em nos filmes ou peças tira o prazer da diversão.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Este questionário foi traduzido e validado no Brasil por Sandra Lúcia Fortes (1995).

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS *

Estas questões são muito importantes para nossa investigação. Pois caracteriza nossa amostra, não há necessidade de colocar seu nome, e é de caráter confidencial

Data:...../...../ 1998.

Local da aplicação:.....

Idade:.....

Estado Civil.....

Profissão:.....

Escolaridade 1º Grau Incompleto Série cursada:.....

Completo

2º Grau Incompleto Série cursada:.....

Completo

3º Grau Incompleto Série cursada:.....

Completo

Sua renda familiar situa-se entre:

0 -5 Salários mínimos

6 - 10 Salários mínimos

11 - 15 Salários mínimos

+ que 16 Salários mínimos

Qual é o seu tipo de Diabetes Mellitus:

Tipo 1 ou Tipo 2

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS *

Estas questões são muito importantes para nossa investigação. Pois caracteriza nossa amostra, não há necessidade de colocar seu nome, e é de caráter confidencial

Data:...../...../ 1998.

Local da aplicação:.....

Idade:.....

Estado Civil.....

Profissão:.....

Escolaridade 1º Grau Incompleto Série cursada:.....

Completo

2º Grau Incompleto Série cursada:.....

Completo

3º Grau Incompleto Série cursada:.....

Completo

Sua renda familiar situa-se entre:

0 -5 Salários mínimos

6 - 10 Salários mínimos

11 - 15 Salários mínimos

+ que 16 Salários mínimos

Sofre ou sofreu de alguma doença de caráter crônico ou recorrente ? Caso afirmativo indicar qual ou quais ?.....

.....
.....
.....