



PUC
RIO

INFLUÊNCIA DOS FATORES EMOCIONAIS
NO
DIABETES MELLITUS

por

Margaret Souza de Joode

Tese de Mestrado

Departamento de Psicologia

1976

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

INFLUÊNCIA DOS FATORES EMOCIONAIS

NO

DIABETES MELLITUS

[TESE
PSICO]

verdade fisco

por
Margaret Souza de Joode

Tese submetida como requisito parcial para a
obtenção do grau de MESTRE EM PSICOLOGIA

Charles Alfred Esberard

CHARLES ALFRED ESBERARD

Orientador da Tese

Fevereiro de 1976

78032

50



144388

BE

150

81

TESTE Vc

BT-3669-8

ex 1

ER

ERRATA

Páginas

- 17 - (citação do autor) - onde se lê Dakley leia-se Oakley.
- 43 - (Caso 13 - 2º parágrafo) - onde se lê herediária -
leia-se hereditária.
- 47 - (Caso 33 - 3º parágrafo) - onde se lê fisiológicos -
leia-se fisiológico.
- 64 - (2º parágrafo) - onde se lê probalidade leia-se -
probabilidade.
- 68 - (Quadro XXI) - na coluna onde se lê: Nível
0,05
leia-se: Nível
0,05
(unicaudal)
- 72 - (abaixo do Quadro XXIV) - onde se lê (grau de confian
ça) leia-se (nível de confiança).
- 76 - (2º parágrafo) - onde se lê relatito leia-se relativo.
- 94 - (6 - 3º parágrafo) - onde se lê diminiu leia-se -
diminui.
- 101 - (9) - onde se lê duting leia-se during.
- 106 - (51) - antes de New York leia-se F. Alexander.

Dedicado ao
Prof. ALDÍZIO FERREIRA DA COSTA

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, pelo apoio e estímulo recebidos.

Ao Professor Dr. Charles Esberard, pela atenção e clareza com que orientou este trabalho, meu profundo agradecimento.

Ao Professor Dr. Monteiro de Carvalho, Dra. Thereza Velasco Kopp, do Hospital Gaffrée Guinle; ao Professor Dr. Rogério Francisco de Oliveira do Hospital da Lagoa (INPS); ao Professor Aloysio Amâncio, Dr. Eddy Bemsonssam e Dr. Rubens Ulmacher, Psicóloga Yonne Muniz Reis, do Hospital Pedro Ernesto e D. Erika Diana Victor, Secretária Executiva da Associação dos Diabéticos, que tão gentilmente me proporcionaram a oportunidade de obter os dados relativos aos pacientes, meus sinceros agradecimentos.

O tratamento estatístico desta pesquisa foi supervisionado pelas Professoras Eva Nick e Sheila Kellner, às quais expressei a minha gratidão.

A Professora Monique Augras, meus sinceros agradecimentos, pelas sugestões e orientação dadas em relação ao Teste de Rorschach.

Meu reconhecimento especial ao meu filho, Alex Souza de Joode, escoteiro do Grupo 31 do Tijuca Tênis Clube, pelo interesse e auxílio prestados na

obtenção do Grupo de Controle da pesquisa e ao meu marido, Dr. Willem de Joode, pelo incentivo e carinho proporcionados durante todos estes anos de estudo.

E aos pacientes, cuja boa vontade e interesse tornaram possível a realização deste trabalho, o meu agradecimento.

RESUMO INTRODUTÓRIO

O presente trabalho é o resultado de anos de estudo em torno de temas relacionados com a Psicoendocrinologia. A íntima relação entre hormônios e psiquismo já havia sido objeto de estudo em trabalho, por mim elaborado, ainda nos tempos de estudante.

O interesse despertado me levou a trabalhar como Psicóloga no Setor de Diabetes durante um período de três anos (1972-1975) nos Hospitais Pedro Ernesto, Gaffrée Guinle e da Lagoa (INPS), procurando compreender os problemas relacionados com esta doença.

Logo nos primeiros contatos com os pacientes, tornou-se evidente que seus problemas não se restringiam à área médica.

Entretanto, os problemas psicológicos destes pacientes só recentemente têm merecido a atenção devida, pois, somente as edições recentes dos manuais sobre Diabetes mencionam este aspecto, cabendo aos psicanalistas a maior parte dos trabalhos.

Esta atitude deve-se, talvez, à influência velada dos velhos conceitos filosóficos que dicotomizavam o organismo vivo, em corpo e alma. De modo geral, o que se observa é que são tratadas "as doenças" sem o necessário questionamento sobre o indivíduo como pessoa, de suas reações por estar doente, sua situação vital, etc.

Há um princípio teórico que diz que os componentes físico-químicos, fisiológicos e psíquicos formam uma totalidade organizada e integrada, mantendo o organismo em equilíbrio. Porém devemos ter sempre em mente o fato de que o desenvolvimento psicológico dos seres humanos e a evolução dos

processos simbólicos é que mantém, em última análise, o organismo total em integração e equilíbrio com o meio ambiente.

Entretanto, o estudo dos processos psicológicos é muitas vezes negligenciado por profissionais de áreas não ligadas diretamente à Psicologia.

A razão da escolha deste assunto para pesquisa é justamente dar ênfase sobre a relação entre distúrbios emocionais e doenças físicas e o fato de que as funções corporais são afetadas pelos estados psicológicos.

A fim de esclarecer melhor estes problemas, procurei focalizar os seguintes aspectos por considerá-los fundamentais:

1 - Fundamentação teórica sobre o conceito de Homeostasia; o organismo vivo visto sob o enfoque da Teoria Geral dos Sistemas.

2 - A influência da emoção sobre a Homeostasia; a emoção vista em três perspectivas fundamentais: biológica, cultural e cognitiva.

3 - O Diabetes como disfunção homeostática e o papel dos hormônios na regulação do nível do açúcar no sangue.

4 - A influência dos fatores emocionais no Diabetes Mellitus.

Estas considerações teóricas e a observação direta dos pacientes me orientaram para a pesquisa dos seguintes fatores:

- 1 - Fatores desencadeantes no Diabetes Mellitus.
- 2 - Incidência de diabetes e de outras doenças na família dos pacientes.
- 3 - A Estrutura Emocional do diabético.

- 4 - O tipo de relacionamento interpessoal.
- 5 - O tipo de relacionamento com o mundo exterior.
- 6 - Atitude dos pacientes em relação à doença.
- 7 - Causas envolvidas nas hospitalizações devido ao coma e acidose diabética.
- 8 - Formas de tratamento do diabetes e reação dos pacientes em relação a estas.
- 9 - A inteligência do diabético e problemas observados na área da aprendizagem.

Procuramos obter o maior número possível de informações sobre o paciente, através de entrevistas, nas quais o relacionamento mais profundo nos permitiu compreender seus sentimentos, problemas afetivos, dificuldades de adaptação ao meio ambiente, etc.

A necessidade de exprimir os resultados por meio de Quadros, estatística e frases tornou menos dinâmica esta exposição, porém esperamos ter conseguido mostrar, com este trabalho introdutório, a necessidade de serem utilizadas técnicas e assistência psicológica ao paciente e à família. Desta maneira, poderemos criar no futuro, condições mais favoráveis ao ajustamento do diabético.

INTRODUCTORY SUMMARY

The present work is the result of years of study - about subjects related to Psychoendocrinology. The close relationship between hormones and the psychismo has been an object of study by me already as a student.

In order to understand the problems related with this disease I served for three years (1972 - 1975) as a psychologist in the Hospitals Pedro Ernesto, Gaffrée Guinle and da Lagoa (INPS), in the Diabetes Department.

Right from the beginning it became clear to me that their problems were not limited to the medical area.

Just recently the psychological problems of these patients have deserved the proper attention, as only in the latest editions of Diabetes handbooks this aspect is mentioned belonging the main part of these publishings to psychoanalysts.

This attitude may have been caused by the veiled influence of the old philosophical concepts which dichotomized the living organism: body and mind.

As a general rule, what we observe is that we - treat "The disease" without the necessary questioning about the individual as human being, his reactions of being ill, his vital situation, etc.

There is a theoretical principle that the physical-chemical-physiological and psychic components form an organized and integrated totality maintaining the organism in equilibrium.

But we should always keep in mind that the psychological development of human being and the evolution of the

symbolic processes are the ones which maintain the organism in integration and steady state with the environment. However, the study of the psychological processes is often neglected by professionals not dealing directly with Psychology.

The reason of selecting this subject for investigation is exactly to emphasize the relation between emotional disturbances and physical illness and the fact that all bodily functions are affected by psychological states.

In order to elucidate these problems I tried to focalise the following aspects which I considered fundamental:

1 - Theoretical basis of the concept of "Homeostasis". The living organism seen under the light of the General System Theory.

2 - The influence of emotion on Homeostasis. Three fundamental perspectives on emotion: biological, cultural and cognitive.

3 - The Diabetes seen as a homeostatic disfunction and the role of hormones in the balance of the sugar level in the blood.

4 - The influence of the emotional factors in Diabetes Mellitus.

The theoretical considerations and the direct observation of the patient oriented me to observe specially the following factors:

1 - Causes of Diabetes Mellitus.

2 - Incidence of diabetes and other diseases in the patient's family.

- 3 - The emotional structure of the diabetic
- 4 - Types of interpersonal relationship.
- 5 - Types of environmental relationship.
- 6 - Attitude of the patients towards the disease.
- 7 - Causes involved in hospitalization due to diabetic acidosis and coma.
- 8 - Types of treatment of the diabetic and the attitude of the patients to them.
- 9 - The intelligence of the diabetics and their problems in the field of learning.

I tried to obtain the greatest number of information about the patients by interviews, at which a profound relationship allowed me to understand their feelings, affective problems, difficulties in adaptation to the environment, etc.

The necessity of expressing the results by means of tables, statistics and phrases has turned this exposition less dynamic; however, I hope to have been able to show with this introductory work the necessity of utilizing techniques and psychological assistance for the patients and his relatives. In this way we may create more favorable conditions to the adjustment of the diabetic in future.

ÍNDICE

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

| | |
|---|----|
| 1 - CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS | 1 |
| 1.1 - Homeostasia - Conceitos e Mecanismos | 1 |
| 1.2 - Emoção e sua influência sobre a homeostasia | 3 |
| 1.2.1 - Conceito de Emoção | 3 |
| 1.2.2 - A emoção sob o ponto de vista biológico | 5 |
| 1.2.3 - A emoção sob o ponto de vista cultural | 8 |
| 1.2.4 - A emoção sob o ponto de vista cognitivo | 11 |
| 1.3 - Diabetes como disfunção homeostática | 12 |
| 1.4 - Fatores emocionais no Diabetes Mellitus | 19 |

CAPÍTULO II - OBJETO DA PESQUISA - MATERIAL E MÉTODOS

| | |
|--|----|
| 2 - MATERIAL E MÉTODOS | 28 |
| 2.1 - Objetivo da pesquisa | 28 |
| 2.2 - Amostra | 29 |
| 2.3 - Instrumentos | 32 |
| 2.3.1 - Entrevista com os pacientes | 32 |
| 2.3.2 - O Teste de Rorschach | 35 |
| 2.3.3 - Teste das Matrizes Progressivas de Raven | 37 |

CAPÍTULO III - RESULTADOS

| | |
|--|-----|
| 3 - OBSERVAÇÕES GERAIS E APRESENTAÇÃO DE CASOS | 38 |
| 3.1 - Entrevista psicológica | 38 |
| 3.1.1 - Fatores desencadeantes | 38 |
| 3.1.2 - Antecedentes familiares | 50 |
| 3.1.3 - Auto-avaliação dos pacientes quanto às modificações sofridas no estado emocional | 52 |
| 3.1.4 - Atitude dos pacientes em relação à doença por ocasião do diagnóstico, na época da entrevista em relação ao futuro (auto-avaliação) | 53 |
| 3.1.5 - Relacionamento interpessoal | 55 |
| 3.1.6 - Causas envolvidas nas hospitalizações devido à coma diabética | 57 |
| 3.1.7 - Formas de tratamento do diabetes - reação dos pacientes | 60 |
| 3.2 - Teste de Rorschach | 62 |
| 3.2.1 - Análise Estatística | 62 |
| 3.2.2 - Interpretação dos Resultados | 74 |
| 3.3 - Inteligência do diabético e problemas observados na área da aprendizagem | 88 |
| 4 - CONCLUSÕES | 90 |
| 5 - ANEXO I - ROTEIRO DA ENTREVISTA | 97 |
| 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 101 |

| | | |
|-------------|--|----|
| QUADRO I | - Regulação homeostática do nível de açúcar no sangue | 16 |
| QUADRO II | - Transtornos fisiológicos na ceto-acidose diabética | 17 |
| QUADRO III | - Pacientes diabéticos - Identificação | 33 |
| QUADRO IV | - Grupo de Controle - Identificação | 34 |
| QUADRO V | - Fatores desencadeantes | 39 |
| QUADRO VI | - Média de idade dos pacientes, idade média na ocasião do aparecimento da doença e tempo médio de tratamento | 48 |
| QUADRO VII | - Antecedentes familiares | 49 |
| QUADRO VIII | - Auto-avaliação dos pacientes em relação ao estado emocional | 52 |
| QUADRO IX | - Atitude dos pacientes em relação à doença (na época do diagnóstico) | 53 |
| QUADRO X | - Atitude atual dos pacientes em relação à doença | 53 |
| QUADRO XI | - Atitude dos pacientes em relação ao futuro | 54 |
| QUADRO XII | - Tipo de relacionamento | 55 |
| QUADRO XIII | - Hospitalizações devido ao coma diabético | 57 |

| | | |
|--------------|--|----|
| QUADRO XIV | - Formas de tratamento atual | 60 |
| QUADRO XV | - Média das respostas de cor obtida nos diferentes grupos | 62 |
| QUADRO XVI | - Cálculo do "t de Student" estabelecendo a comparação das médias entre os grupos relativos aos índices de reatividade emocional | 63 |
| QUADRO XVII | - Distribuição dos sujeitos no Grupo Experimental e no Grupo de Controle em relação aos diferentes tipos de vivência | 64 |
| QUADRO XVIII | - Cálculo do Z estabelecendo a comparação entre os resultados obtidos pelos diferentes grupos em relação aos tipos de vivência | 65 |
| QUADRO XIX | - Cálculo do X^2 estabelecendo a comparação entre o Grupo de Diabéticos e Não Diabéticos | 66 |
| QUADRO XX | - Distribuição do sujeito do Grupo Experimental e do Grupo de Controle nos três tipos de reatividade emocional | 67 |
| QUADRO XXI | - Cálculo do Z estabelecendo a comparação entre os resultados obtidos pelos 5 diferentes grupos relativos ao tipo de reatividade emocional | 68 |

| | | |
|---------------|--|----|
| QUADRO XXII | - Média do H% obtida nos diferen <u>tes</u> grupos | 70 |
| QUADRO XXIII | - Cálculo do "t de Student" esta <u>bele</u> cendo a comparação das mé <u>di</u> as entre os grupos em rela <u>ção</u> ao H% | 71 |
| QUADRO XXIV | - Distribuição dos sujeitos do Grupo Experimental e do Grupo de Controle nas três categorias do índice de realidade | 72 |
| QUADRO XXV | - Cálculo do U de Mann Whitney es <u>ta</u> belecendo as diferenças entre os grupos em relação ao ín <u>d</u> ice de realidade | 73 |
| QUADRO XXVI | - Índices do Teste de Rorschach, do Grupo de Diabetes Tipo In <u>f</u> anto-Juvenil | 83 |
| QUADRO XXVII | - Índices do Teste de Rorschach, do Grupo de Diabetes Tipo Matu <u>r</u> idade (doentes crônicos) | 84 |
| QUADRO XXVIII | - Índices do Teste de Rorschach, do Grupo de Diabetes Tipo Matu <u>r</u> idade (doentes recentes) | 85 |
| QUADRO XXIX | - Índices do Teste de Rorschach, do Grupo de Controle IV não dia <u>b</u> éticos | 86 |
| QUADRO XXX | - Índices do Teste de Rorschach, do Grupo de Controle V não dia <u>b</u> éticos | 87 |
| QUADRO XXXI | - Resultados do Teste das Matri <u>zes</u> Progressivas de Raven | 88 |

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

1 - CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

1.1 - Homeostasia - Conceito e Mecanismos

Homeostase para Overmire (55) é o processo auto-regulador pelo qual os sistemas biológicos tendem a manter a estabilidade enquanto se ajustam a condições que são mais favoráveis para a sobrevivência.

Claude Bernard (1859) foi o primeiro a formular o conceito básico de homeostase, quando descreveu o meio interno de cada organismo, mostrando que nos mamíferos, certas propriedades físico-químicas só podem variar dentro de determinados limites, além dos quais a vida é ameaçada.

Cannon (17) formalizou o conceito biológico conhecido como Homeostase, em seu livro "The Wisdom of the Body" - (1939), no qual observou a existência de parâmetros fisiológicos que se conservavam constantes, como por ex.: a quantidade de açúcar, dos íons, gorduras, proteínas, etc. Cannon foi o primeiro a conceber a existência de um princípio de organização capaz de manter o equilíbrio orgânico.

Nas últimas décadas, a teoria geral dos sistemas - (Bertalanffy, 13, 14) permitiu tratar o organismo e todos os seus fenômenos vitais através de um princípio unificador capaz de combinar fenômenos diversos e heterogêneos debaixo do mesmo conceito geral.

O organismo vivo é, portanto, considerado um sistema biológico aberto, em contato com o meio externo, mas mantendo estados relativamente estáveis (estado estacionário) dos seus materiais e processos. Tais estados são mantidos através da cooperação da maioria dos órgãos internos, do sistema nervoso e do sistema endócrino.

Nota: Os números dos parênteses correspondem às Referências Bibliográficas, conforme relação no final da Tese.

Para Piaget (58) o organismo vivo seleciona e incorpora estímulos de uma maneira determinada por sua estrutura (organização), ao mesmo tempo que adapta sua estrutura aos estímulos (assimilação e acomodação).

É, portanto, um sistema cuja estrutura compreende as seguintes características: a) - totalidade; b) - transformações; c) - autoregulação.

a) - A estrutura está formada de elementos, mas estes estão subordinados a leis que caracterizam o sistema como tal, e estas leis não se reduzem a associações cumulativas conferindo ao todo como tal, propriedades de conjunto distinta dos elementos. O que é importante é a relação entre os elementos, sendo o todo a resultante dessas relações cujas leis são as do sistema.

b) - As totalidades estruturadas derivam de suas leis de composição; são, pois, estruturantes. É um sistema de transformações e não uma forma estática.

c) - A auto-regulação implica em conservação e um certo fechamento do sistema. As transformações se dão dentro do todo, e se engendram elementos que sempre pertencem à estrutura e conservam as suas leis.

Nos organismos vivos temos dois tipos de regulações; as regulações primárias, nas quais a ordem é efetuada por uma inter-relação dinâmica de processos, como é o caso das regulações embriônicas, nas quais o todo é restabelecido decorrente das partes em processos equifinais; e as regulações secundárias que são controladas por dispositivos fixos especialmente de tipo retroativo, que é um conceito básico em cibernética, e cujas regulações por meio de mecanismos pré-estabelecidos e caminhos fixos, nos permitem explicar o controle "homeostático" do metabolismo, como por exemplo, a regulação do nível de açúcar no sangue. (Bertalanffy, 13).

O modelo cibernético é, portanto, apenas parte da teoria geral dos sistemas, sendo aplicado a sistemas que apresentam auto-regulação, utilizando-se arranjos de modelos - (como por exemplo, o modelo termodinâmico) para a compreensão do organismo enquanto sistema. Embora possamos utilizar um modelo tipicamente mecanicista para explicar os desvios homeostáticos que explicaremos a seguir, a qualquer momento podemos considerar o organismo total como composto de muitos sub-sistemas em funcionamento, cada um dos quais possuindo uma autonomia funcional relativa com uma organização interna própria.

Nesta hierarquia de sistemas homeostáticos, "a personalidade (Cofer & Appley, 19) pode ser concebida como o maior e mais inclusivo desses sistemas, incorporando mecanismos de ajustamento intraorgânicos, orgânicos e mecanismos de ajustamento do organismo com o meio ambiente, de tal maneira que fornece consistência e continuidade à individualidade. O organismo é considerado como um sistema de ação, recebendo, organizando e distribuindo energia na interação da personalidade com o seu meio ambiente. O ego poderia ser definido como uma operação integrada de todos os sistemas homeostáticos parciais, fisiológicos e psicológicos que abrangem a personalidade total.

1.2. - Emoção e sua influência sobre a homeostasia

1.2.1 - Conceito de Emoção

O conceito de emoção apresenta muitas dificuldades para a sua definição, especialmente no que concerne à falta de um único critério ou um grupo de critérios para a sua identificação, além da tremenda complexidade e do conhecimento limitado dos mecanismos anatômicos e fisiológicos envolvidos, bem como a confusão terminológica existente.

Morgan, por exemplo, considera a emoção, uma experiência, um tipo de comportamento ou um motivo. Outros auto -

res afirmam que a emoção não pode identificar-se como motivação, embora existam relações entre ambos os conceitos.

Lachman, (43) behaviorista, define o comportamento emocional, como mudanças intensivas e extensivas no funcionamento fisiológico, que são psicológicas na origem. As mudanças intensivas dizem respeito a mudanças no funcionamento fisiológico (aspecto implícito do comportamento), que seriam respostas ao estímulo ambiental dos órgãos dos sentidos ou a substitutos desses estímulos no sistema nervoso central, isto é, símbolos. O aspecto explícito ou externo incluiria a expressão facial, as reações gestuais, as respostas locomotoras, as manipulatórias e reações sintomáticas ou indicativas de excitação autonômica.

Hinde, (36) em "Concepts of Emotions", tenta uma sistematização apresentando 4 diferentes usos deste conceito: a) a emoção como uma categoria de "input" (estímulo emocional); b) como uma experiência subjetiva; c) como uma fase de um processo fisiológico; d) como um estado corporal e/ou variável interveniente; e) a emoção como uma resposta, isto é, como comportamento emocional.

Para Lazarus, Averill e Opton (44), a dificuldade dos teóricos neste campo é que assumiram que a emoção deve possuir alguma característica única que a separe dos outros fenômenos psicológicos. A emoção não pode ser definida somente pela sua expressão, como também o conceito de doença, por um só sintoma ou conjunto de sintomas. A experiência subjetiva pode trazer informações importantes e fornecer sinais diagnósticos que podem ser avaliados por outros, porém a experiência subjetiva não define emoção. Do mesmo modo se pode aplicar estas mesmas considerações às mudanças fisiológicas e mudanças de comportamento que ocorrem durante a emoção e a doença. Embora o síndrome de uma doença não seja definido por um conjunto fixo de sintomas, ele permanece um conceito importante. Apesar disso, um importante ramo da ciência médica, a Nosologia, é devotada à classificação e identifica

ção das doenças.

No momento, esta é a posição a ser adotada com o conceito de emoção, procurando-se entender o "síndrome", procurando-se analisar suas reações componentes, como também, sua síntese em um todo conceitual, o que é possível através da teoria geral dos sistemas. (Bertalanffy, 13,14)

A emoção pode, portanto, incorporar uma variedade de perspectivas das quais podemos considerar fundamentais as seguintes: a biológica (fisiológica e filogenética), a cultural, e a cognitiva. Todas estas perspectivas são realmente complementares e não exclusivas.

1.2.2 - A emoção sob o ponto de vista biológico

As primeiras teorias da emoção enfatizavam o papel de centros subcorticais de integração, relegando o córtex a um papel secundário sensorial, como na teoria James-Lange, ou associativo (Cannon-Bard). Papez (1937, 39) foi o primeiro a fazer uma tentativa organizada para delinear mecanismos corticais específicos que participavam na regulação da emoção.- Para Papez, a expressão da emoção dependia da ação integrada do hipotálamo, porém a experiência subjetiva da emoção requeria a participação do córtex. (33)

MacLean (1949) concordou com Papez mostrando que estes processos integrativos são realizados nas porções alo corticais e juxtalocorticais do cérebro, não porque estejam em conexão com os sistemas subcorticais, mas porque eles contêm a representação cortical das funções viscerais que são parte integral da expressão das emoções. Lindsley (1951) propôs uma teoria baseada em investigações realizadas sobre a formação reticular. Sua teoria chamou-se de teoria da ativação, na qual os impulsos tanto sensoriais como somáticos chegariam à formação reticular, ali se integrando e se distribuindo no hipotálamo, indo estimular o centro diencefálico de alerta e entre núcleos do tálamo, através dos quais iam ativar o córtex. (33)

E. Fonberg (28) investigou os mecanismos envolvidos no comportamento emocional. Em experiências lesionais, ao estudar o complexo amigdalóide (parte do sistema límbico) e o hipotálamo, concluiu que a parte dorso medial da amígdala e o hipotálamo lateral teriam uma influência excitatória sobre as emoções e a alimentação, enquanto a amígdala lateral teria um papel inibitório. Estes dois sistemas antagônicos controlariam o comportamento emocional.

Routtenberg (65) postula a existência de dois grandes sistemas no cérebro que mantêm o comportamento de organismos vertebrados: o primeiro é o Sistema Reticular Ativador que mantém a ativação do organismo e organiza as respostas; o segundo é o Sistema Límbico (formado nas áreas corticais filogeneticamente mais antigas, o alocórtex e o juxtalo córtex) que fornece o controle das respostas através de estímulos relacionados com o incentivo. Estes sistemas estariam organizados de maneira que seriam mutuamente inibitórios. Os dois sistemas estariam em constante atividade e a supressão recíproca permitiria haver um equilíbrio dinâmico.

Para R. Ardila (6) as emoções dependeriam, portanto, do hipotálamo, da formação reticular e se integrariam a nível cortical. A córtex integraria os impulsos sensoriais e viscerais e daria seu "significado" à emoção.

Como vemos, sob o ponto de vista fisiológico, a emoção é, em grande parte, uma questão de funcionamento cerebral. Os órgãos sensoriais reagem a um estímulo, essa informação é transmitida ao cérebro. Várias partes do cérebro, principalmente o córtex e partes do sistema límbico estão envolvidas na avaliação das informações recebidas. A reação emocional depende do sistema límbico que controla a "qualidade" da emoção e do sistema reticular que controla a dimensão de sua intensidade. O sistema límbico é o mecanismo que mais influencia as reações viscerais, através do sistema ner

voso autônomo e da hipófise que está em estreita ligação com o hipotálamo (Murray, (52); Thompson, (73); Ardila (6).

A glândula pituitária ou hipófise é, por sua vez, a glândula mestra do sistema endócrino, pois controla a atividade de outras glândulas endócrinas através de hormônios que são capazes de estimulá-las. Existe um mecanismo regulatório de "feedback", que mantém o equilíbrio homeostático do sistema.

Um exemplo marcante das relações de "feedback" entre o sistema hipotálamo-hipófise é a liberação de ACTH em resposta a um "stress". Selye (68) que criou o termo "Síndrome Geral de Adaptação" (S.G.A.) observou que durante o "stress", todos os órgãos apresentavam mudanças degenerativas, e que a córtex adrenal tinha um papel de reação adaptativa inespecífica, a qual denominou "reação de alarma". A reação de alarma é o primeiro estágio do síndrome, o segundo é o estado de resistência, em que a adaptação é ótima e finalmente o estado de esgotamento em que se perde a adaptação conseguida.

A hipófise nestes casos enviaria o ACTH para o córtex da supra-renal, a fim de estimular a liberação dos glicocorticóides e dos mineralocorticóides. A porção medular da suprarenal colaboraria com a adrenalina e a noradrenalina.

Durante a reação de alarma tanto o sistema nervoso central como o autônomo mostram transtornos morfológicos e funcionais.

Myager, (53) do Bechterev Institute, examinou 200 pacientes, cujas enfermidades tornaram-se manifestas após terem sofrido um trauma psíquico. O índice das catecolaminas (adrenalina e noradrenalina, em indivíduos expostos a situações emotivas específicas (por ex.: confinamento claustrofobia; encontro com pessoas com as quais os indivíduos tinham dificuldades nas relações interpessoais, etc.), variava de acordo com a situação emotiva. O medo aumentava a adrenalina;

a raiva e irritação, especialmente a noradrenalina e, em menor grau, a adrenalina. A ansiedade também aumentava ambos os hormônios. Durante os sintomas somáticos presentes nas neuroses (palpitações, insônia, dor precordial, vômito, etc.) observou-se aumento destes hormônios. Após um tratamento que incluía psicoterapia, estes índices indicadores de distúrbio emocional se normalizaram.

Como vemos, os estados nervosos originados pela exposição ao "stress", frustrações, medo e à dor, têm especial poder alarmógeno, influenciando no soma. As desadaptações causadas por um "stress" sistêmico severo podem conduzir a transtornos funcionais, estruturais e mentais permanentes.

O passo da emoção para a lesão não é mais que um caso particular de uma lei muito geral: uma desordem do sistema neuro-vegetativo provoca manifestações funcionais, que dependendo de sua intensidade ou repetição se "organizam" e como consequência provocam alteração estrutural (Delay, 22). Os problemas emocionais vão afetar o "locus minoris resistentiae" remontando a um fator genético constitucional, que predisporia o indivíduo a desenvolver determinado tipo de doença.

1.2.3 - A emoção sob o ponto de vista cultural

Apesar da importância da herança biológica, não podemos esquecer que organismos vivos são sistemas abertos em permanente contato com o meio ambiente, a sociedade e a cultura. Embora a emoção possa ser estudada como "síndrome" (Lazarus, et al 44), a aplicação dos princípios da teoria dos sistemas nos permite ter uma visão integrada dos diversos elementos relacionados com este conceito, quer sejam biológicos, psicológicos ou sociais (Averill, Opton, Lazarus (9).

A complexa ação recíproca entre emoções e sociedade foi estudada por antropólogos como Ruth Benedict e Margaret Mead(50), por psicanalistas Freudianos e neo-Freudianos e pe

las teorias de conflito da personalidade humana. Sociedades diferentes moldam e dão forma à experiência emocional.

A expressão emocional se desenvolve através da maturação e da aprendizagem. Ruth Benedict demonstra claramente este aspecto quando compara as culturas primitivas Luni e Kwakiutl. Na sociedade Luni, as emoções eram controladas desde a infância. A raiva, o medo e a dor raramente eram demonstradas, sendo a moderação e a cooperação pacífica valores inculcados desde os primeiros anos. A cultura dos Kwakiutl, pelo contrário, eram descontrolados, violentos e agressivos, sendo seu principal valor a rivalidade e a competição. (cit. em 75). Klineberg procurou, através da leitura da literatura chinesa, catalogar as diversas maneiras pela qual expressavam estados emocionais. A linguagem não verbal, utilizada só poderia ser reconhecida dentro desta cultura, pois arregalar os olhos, significa estar zangado, bater palmas é sinônimo de preocupação e desapontamento, etc. (cit. in 35)

A cultura também influencia a emoção através da percepção ou avaliação dos estímulos emocionais. Um estímulo inócuo pode produzir ansiedade e medo em uma cultura e raiva em outra.

Formas convencionais de comportamento, como por exemplo, os rituais fúnebres, são produtos da cultura, aonde muitas vezes torna-se difícil a distinção entre a verdadeira emoção de um costume social. Como vemos, na emoção, há elementos inatos representados por aspectos anatômicos e funcionais que são determinados geneticamente. Entretanto, a nutrição, ambiente, o uso e desuso podem influenciar o desenvolvimento do equipamento hereditário. Os seres humanos nascem com menos padrões comportamentais estabelecidos que os animais, dependendo, portanto, da aprendizagem.

Dentro da nossa tradição cultural, a aprendizagem inicia-se através do primeiro contato entre mãe e filho e posteriormente através do contato com outros. A partir desta re

lação é que o indivíduo se desenvolve como pessoa, chegando à noção de si mesma, isto é, no "processo de interação humana é que se prepara a criatura humana".

Da primeira experiência interpessoal entre mãe e filho, surge em função dela um processo afetivo-cognitivo. Através desta "relação emocional empática" com a mãe, a criança apreende tanto a ternura como a ansiedade, provocando, no primeiro caso, a euforia e bem estar e no segundo, tensão e ansiedade. Segundo Sullivan (71 e 72), na medida em que as necessidades da criança vão sendo satisfeitas nestas primeiras experiências, ela vai ter expectativas boas, isto é, ela vai fazer antecipações boas. Se isto não ocorre, ela passa a antecipar experiências desagradáveis, ou mesmo formar a expectativa da impossibilidade de uma relação interpessoal, no caso de suas experiências anteriores terem sido péssimas.

Spitz (70), considera de muita importância o primeiro ano de vida na formação das relações objetais. A criança passaria de um estágio preobjetal aonde é incapaz de diferenciar um objeto de outro e, inclusive, é incapaz de diferenciar o que o rodeia de sua própria pessoa, a um estágio do objeto precursor, aonde reagirá com um sorriso diante do rosto de um adulto. A atitude afetiva da mãe em relação a seu filho vai permitir uma extensa gama de experiências vitais quanto ao protótipo das relações sociais ulteriores.

A carência afetiva parcial será responsável por quadros de depressão anaclítica, e a carência total provocará o marasmo. Os níveis de desenvolvimento alcançados pelas crianças separadas de suas mães foi nitidamente inferior aos índices normais. Notou-se também que estas crianças tinham pouca resistência à infecções, havendo uma porcentagem bastante elevada de mortes especialmente durante o primeiro ano de vida.

Para Sullivan (71), os processos psicossomáticos -

surgem quando se busca ocultar o ressentimento. Durante a meninice, a cólera surge como um mecanismo utilizado para neutralizar a ansiedade. Ante a ameaça de ansiedade, a pessoa torna-se colérica e a ansiedade fica escondida, pois a atenção foi desviada. A criança sujeita a uma pressão cada vez maior fica obediente, pois sabe que uma reação agravará sua situação provocando punição por parte das figuras parentais. Surge então o ressentimento, que deverá ser ocultado, devido a previsão de um maior castigo. O "self" procurará excluir o ressentimento da consciência. Entretanto, a tensão oculta persistirá, provocando, segundo Sullivan, "problemas psicossomáticos". Estes permitem que o indivíduo consiga se libertar da tensão, de maneira a evitar uma atividade que provocaria castigo.

O indivíduo ansioso, qualquer que seja a origem de sua ansiedade, é um emotivo. Essa ansiedade, tanto pode ser transmitida como traço específico de uma cultura, como através de determinados padrões de comportamento existentes em certas famílias.

Hall (cit. in 29) estudou a hereditariedade da emotividade, através da observação do comportamento de ratos. Comparando ratos que urinavam e defecavam ao serem expostos a situações traumatizantes, e que mantinham este comportamento dias após o teste, (grupo denominado "emotivo") com ratos que não apresentavam estas reações (grupo denominado "não emotivo"), observou que a emotividade do primeiro grupo se mantinha e se intensificava nas gerações posteriores. O segundo grupo, entretanto, se mantinha estável. Experiências posteriores provaram que os ratos do grupo "emotivo" tinham as supra-renais, a tireóide e a hipófise maiores do que os do grupo "não emotivo".

1.2.4 - A emoção sob o ponto de vista cognitivo

Do ponto de vista cognitivo (Lazarus, Averill, Opton (44) se admite que a pessoa tem certas disposições para pro-

curar reagir ou responder seletivamente a estímulos de certos tipos e que estas disposições podem ser o produto do desenvolvimento filogenético, cultural ou ontogenético e provavelmente, na maioria dos casos, o produto da ação recíproca entre os três fatores.

Nestas bases, o indivíduo, ou determinada classe de indivíduos ou espécies, cognitivamente filtra informações dos estímulos, e a avaliação resultante determina se a situação avaliada é relevante, ameaçadora, frustradora, etc. Esta avaliação também inclui uma avaliação das opções para enfrentá-la e suas consequências potenciais. Os processos cognitivos das transações do organismo com o meio ambiente criam então, uma resposta emocional e a moldam em raiva, medo, tristeza.

Os indivíduos podem lidar com ameaças e danos antecipados, através de uma ação direta, atacando ou evitando a situação, ou em casos de uma emoção positiva, agindo de forma a manter esta condição. Entretanto, as reações emotivas podem ser provocadas ou reduzidas de maneira inteiramente cognitiva envolvendo somente "reavaliações". Uma situação ameaçadora pode através da reavaliação tornar-se uma situação neutra sem ameaças, como também pode ocorrer o processo contrário. Em alguns casos, pode estar baseada em um "teste de realidade" ou pode representar uma distorção defensiva da realidade. Quando as informações do meio ambiente são contraditórias, o processo de avaliação inicial ou reavaliação vai ser muito influenciado pelas experiências do indivíduo e suas relações com o meio ambiente. As mudanças na qualidade e intensidade da emoção refletem esta atividade contínua de avaliação e reavaliação. Os determinantes biológicos e culturais da emoção, como também a estrutura psicológica e a experiência passada do indivíduo, podem operar somente através de sua percepção imediata dos objetos e de sua significação para ele. (44)

1.3 - Diabetes como disfunção homeostática

Quando passamos a considerar o organismo como um

sistema composto de muitos sub-sistemas em constante interrelação dinâmica e homeostática, surgiu o que poderíamos chamar de "atitude psicossomática". Esta atitude valoriza tanto os mecanismos psíquicos como os físicos que intervêm na enfermidade de um paciente, como salienta a influência interrelacionada que estes fatores exercem sobre o indivíduo como pessoa. (49)

Todas as enfermidades podem ser englobadas nesta definição; contudo, nas doenças psicossomáticas, os fatores emocionais são mais evidentes do que outros.

Com o progresso na neurologia, fez-se evidente que todas as regiões do organismo acham-se direta ou indiretamente conectadas e sob o controle do sistema nervoso central. No século XIX se descobriu um outro sistema, o endócrino, que possuía também funções coordenadoras e organizadoras comparáveis ao sistema nervoso.

A influência do sistema nervoso central se efetua por meio de impulsos nervosos reguladores, através das vias nervosas periféricas, ao passo que o controle químico das glândulas endócrinas se realiza por meio do transporte de certas substâncias químicas pela corrente sanguínea.

Várias pesquisas já provaram que as funções das glândulas endócrinas, dependem em última instância, dos centros superiores do cérebro. Devido a esta relação, passou-se a considerá-las como parte do sistema "neuro-endócrino". Como já tivemos oportunidade de expor no ítem 1.2.2., a tensão psíquica pode provocar alterações hormonais, que por sua vez afetarão todo o organismo.

Devido a estas observações, em 1956, no Congresso Psiquiátrico realizado em Zurick (61), criou-se uma nova área de estudo, a Psicoendocrinologia, visando investigar a grande variedade de mudanças psicológicas que podem ocorrer durante o tempo necessário para o desenvolvimento de um estado endocrinológico final, diagnosticado como desordem endócrina

na.

O distúrbio de uma glândula geralmente é acompanhado da quebra da homeostase de todo o organismo, inclusive do sistema nervoso central.

Procuraremos a seguir sintetizar o que ocorre na disfunção glandular conhecida como Diabetes Mellitus.

De acordo com o conceito clássico, o "Diabetes é uma doença metabólica crônica, de natureza genética, caracterizada por hiperglicemia e glicosúria, causada por uma insuficiência relativa ou absoluta de insulina, acompanhando-se de quadro clínico onde sobressaem poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento" (7).

O pâncreas é uma glândula endócrina e exócrina. Como órgão digestivo (função exócrina), o pâncreas se encarrega da transformação das proteínas, hidratos de carbono e gorduras, o que executa por meio de uma secreção que contém três importantes fermentos. Como glândula endócrina, o pâncreas envia para o sangue dois hormônios, a insulina e o glucagon. A insulina é secretada pelas ilhotas de Langerhans (células beta) e tem a função de diminuir a glicemia; o glucagon é secretado pelas células alfa e tem a função de aumentar a glicemia. Além do efeito direto do glucagon sobre a glicemia, outros hormônios exercem grande influência. A adrenalina e a noradrenalina, hormônios da glândula supra-renal, apresentam um efeito inibidor muito intenso sobre a insulina. Como já vimos anteriormente, estes dois hormônios aumentam sua secreção quando os indivíduos são expostos a situações emocionais, o que prova a influência do sistema nervoso na regulação da glicemia.

O ACTH influencia, indiretamente, pela secreção dos glicocorticóides e, diretamente, estimulando a liberação da insulina pelas células beta. O hormônio do crescimento (somatotrofina) e a tiroxina estimulam também a liberação da insulina através de seus efeitos metabólicos.

O cálcio e o potássio são indispensáveis à secreção da insulina que é estimulada por estes íons.

Uma visão mais integrada do papel dos diversos hormônios na regulação homeostática do nível de açúcar poderá ser apreciada no esquema segundo Mittelstaedt e reproduzido por Bertalanffy (13). (Vide Quadro I).

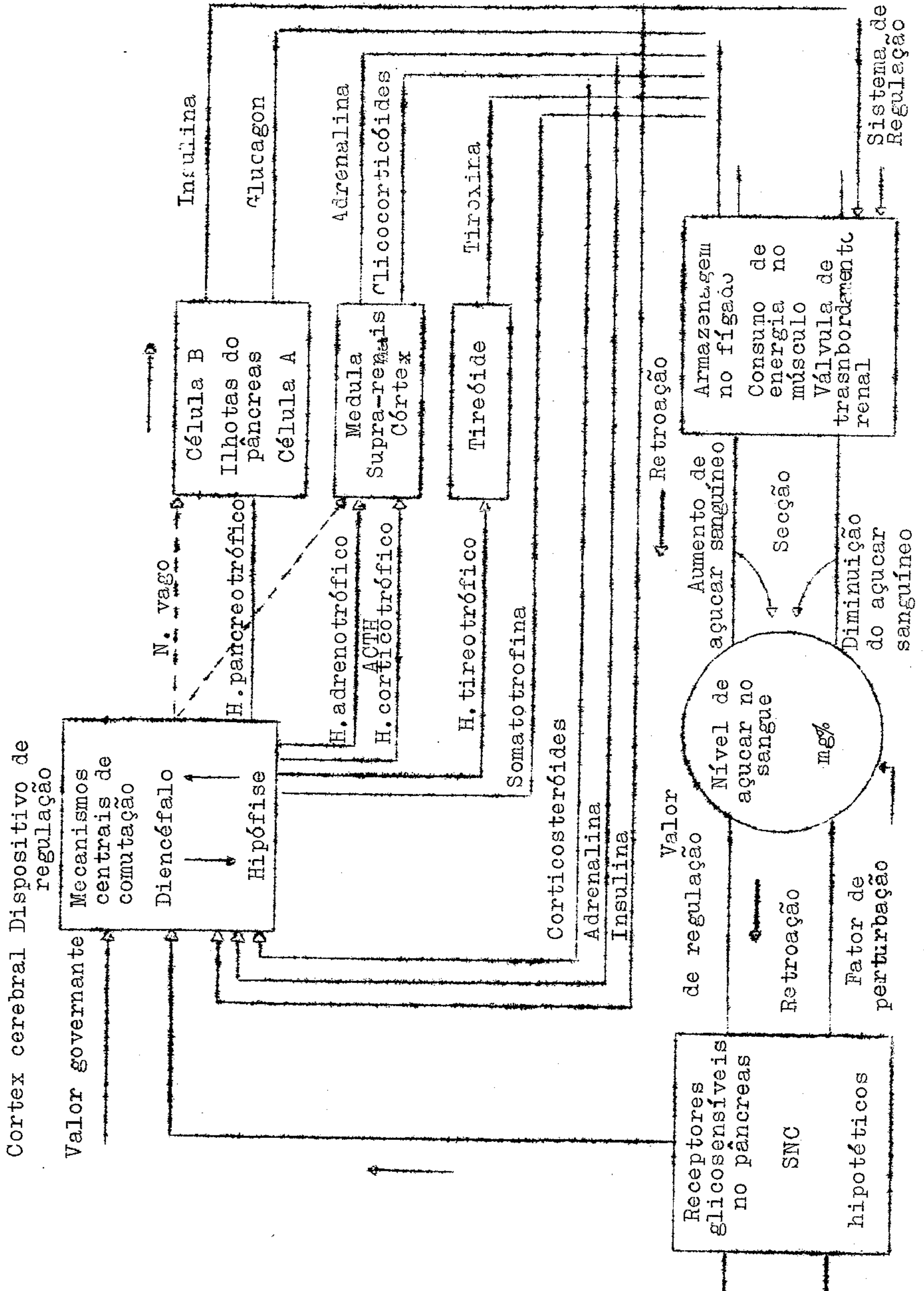
Maiores detalhes desta intercorrelação poderão ser melhor apreciados nos livros dos seguintes autores: Arduino, (7) Ellenberg, (26) Williams (74).

A falta de insulina vai afetar não só o metabolismo dos carboidratos como também o metabolismo das proteínas e das gorduras. A consequência principal da sua falta é a elevação da glicemia, diminuindo o glicogênio armazenado no fígado e músculos. O açúcar ingerido com os alimentos não pode ser utilizado, sendo eliminado pela urina. Apesar de uma dieta sem açúcar, a glicemia pode permanecer alta, pois a glicose pode ser produzida através de outras substâncias, como por exemplo, as proteínas, podendo o organismo ficar seriamente afetado, quando, como consequência do deficit de insulina se inicia a degradação das gorduras no fígado e no tecido adiposo. Esta degradação vai produzir uma elevação da glicemia, aparecimento de corpos cetônicos na urina e no plasma. Os índices elevados de glicemia produzem um aumento de diurese, desidratação, perda de electrólitos. Os elevados níveis de corpos cetônicos produzem acidose, vômitos, maior desidratação e respiração forçada devido a caída do PH, causando perda de conhecimento. (7) (26) (37) (54) (74)

É provável que a principal razão da perda de conhecimento no coma diabético seja a deficiente utilização cerebral da glicose e do oxigênio. Segundo Hess, (34) a instabilidade metabólica, especialmente os estados hipoglicêmicos são as causas de E.E.G. anormais, inclusive dos traçados típicos da epilepsia encontrados em enfermos diabéticos. Quando estes episódios são muito frequentes podem chegar a dar lugar a uma lesão cerebral.

QUADRO I

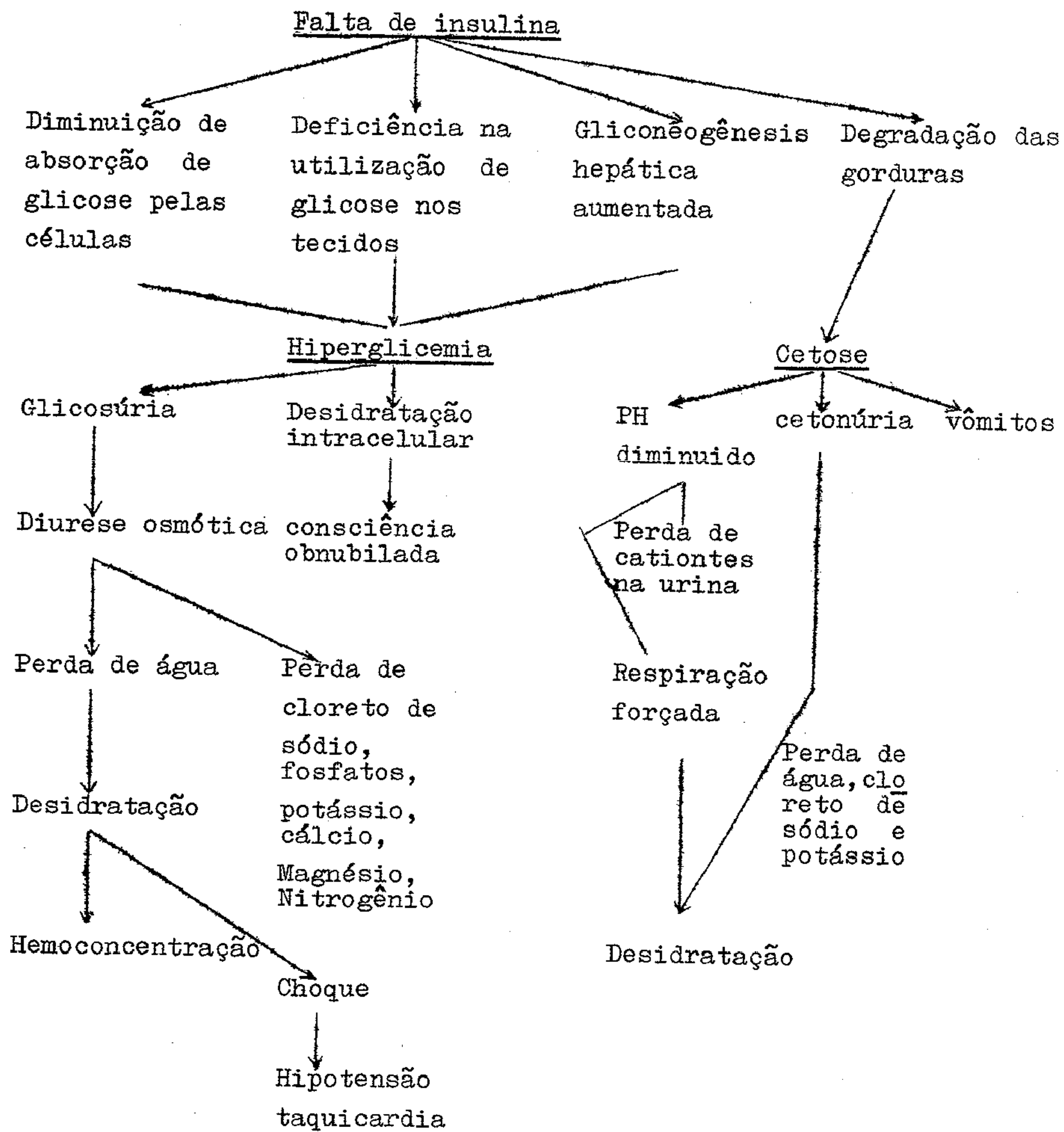
Regulação homeostática do nível de açúcar no sangue



(Teor geral dos Sistemas de Bertalanffy - pág. 219)

QUADRO II

Transtornos fisiológicos na ceto-acidose diabética



(Dakley - Pyke - Taylor, 54)

Esta doença, segundo Danowsky (21) pode ocorrer em 7 estágios baseados na intensidade dos distúrbios dos carboidratos e das gorduras. O Estágio I, ou pré-diabetes é uma fase que precede o aparecimento de qualquer distúrbio dos carboidratos, podendo ser observada através de sinais como: - história familiar de diabetes, obesidade, abortos, nascimento de bebês grandes, toxemia e gravidez com altos níveis de açúcar, etc. O estágio II é o diabetes de "stress", sendo observado durante um período de trauma, infecção e terapias com esteróides. O estágio III caracteriza-se por glicemia normal em jejum e níveis acima do normal após a ingestão de alimentos ou administração de glicose. O estágio IV é a forma mais comumente reconhecida como diabetes, isto é, os níveis da glicemia em jejum são elevados. Os estágios V, VI e VII se distinguem dos precedentes devido a presença de corpos cetônicos na urina ou no plasma.

Nos estágios III e IV, o organismo ainda tem uma capacidade residual para utilizar a glicose. Nestes estágios, encontram-se a maioria dos diabéticos Tipo Maturidade, que conseguem manter o equilíbrio Metabólico através de tratamento adequado. Os diabéticos Tipo Infanto-Juvenil, entretanto, apresentam um quadro de maior gravidade, pois têm tendência a desenvolver quadros de cetose, pois os efeitos da insulina são insuficientes para manter o controle, passando então a lançar mão das gorduras como combustível.

Como vemos, a falta de insulina provoca sérios problemas no equilíbrio fisiológico do corpo, causando, com frequência, complicações vasculares, alterações oculares, problemas renais, dermatopatias, neuropatias e problemas durante a gravidez.

Veremos, a seguir, de que maneira os fatores emocionais influenciam o Diabetes Mellitus.

1.4. - Fatores emocionais no Diabetes Mellitus

Quando analisamos a influência dos fatores emocionais nos pacientes com Diabetes Mellitus, observamos que podemos dividi-los em três categorias:

- 1) - O papel dos fatores emocionais na etiologia do diabetes.
 - 2) - Problemas emocionais do paciente e da família em relação à doença.
 - 3) - Descrição de padrões de personalidade.
- 1) - O papel dos fatores emocionais na etiologia do diabetes.

No primeiro caso, teríamos um "stress" psicológico agindo como agente precipitador em sujeitos geneticamente predispostos. Como já vimos no capítulo anterior, há vários estágios de Diabetes e normalmente há uma cadeia de aconteci-
mentos, quer se trate de "stress" físico, como por exemplo, infecção, cirurgia, gravidez, etc., ou trauma psicológico, precedendo o estágio do Diabetes "clínico". A maneira com que a emoção influencia a homeostase já foi amplamente discu-
tida no capítulo anterior.

Segundo Krosnick (41), teríamos a seguinte fórmula:
Prédiabetes → Diabetes Latente → Stress psíquico,
infecção, gravidez, cirurgia, etc. → Diabetes clínico.

Voltaremos a discutir este aspecto no ítem 3.1.1 -
Fatores desencadeantes.

- 2) - Problemas emocionais do paciente e da família em relação à doença.

Os pais de crianças com diabetes tendem a manifes -

tar reações emocionais de vários tipos. O que vai determinar a extensão e duração destas reações dependem de fatores diversos como religião, estabilidade emocional, experiência anterior com problemas de diabetes, capacidade intelectual e qualidade de relacionamento existente entre os membros da família.

O maior e menor ajustamento desses pais pode ser também muito influenciado pelo "tipo" de tratamento que seu filho está recebendo. Os pais das crianças tratadas no INPS da Lagoa comparecem, mensalmente a reuniões, nas quais todas as dúvidas a respeito da doença são esclarecidas pela equipe composta de médicos, psicóloga e nutricionistas. Os pais, nestas reuniões, têm oportunidade de conviver com pessoas que têm o mesmo problema, diminuindo, assim, a sensação de serem os únicos a serem atingidos por essa dificuldade, passando a considerar a doença de maneira mais natural. Quando é observado que alguns deles estão demasiadamente inseguros e ansiosos, são marcadas entrevistas individuais com a finalidade básica de orientar e melhorar o relacionamento entre pais e filhos. Algumas mães têm dificuldade em aceitar a doença de seu filho, pois este contraria os padrões de perfeição por estas idealizados. Outras reagem com intenso sentimento de culpa ao saberem que existe uma predisposição hereditária. Neste último caso, procuram, às vezes, encontrar traços de personalidade desfavoráveis na família do cônjuge, e que são também encontrados na criança, a fim de minimizar o sentimento de culpa (Ex.: baixo nível intelectual, traços físicos, etc.).

A ansiedade e o medo por parte dos pais é bastante frequente, pois ao saberem que se trata de uma doença crônica, tendem a tornarem-se angustiados e apreensivos. A necessidade de um controle constante de injeções, vigilância em relação à dieta e a possibilidade de uma coma hipoglicêmico e outras complicações favorecem a manutenção de um "clima emocional" familiar carregado de ansiedade. Outros pais, aparentemente mais calmos, tendem, entretanto, a negligenciar

os cuidados necessários, mantendo uma conduta de permissividade e que, às vezes, esconde uma grande dose de rejeição.

Talvez, o que mais magoe a criança é o sentimento de pena manifestado por parentes bem intencionados que procuram mimar "o coitadinho" que não pode comer doces e tem uma tal doença. A orientação dos pais faz-se necessária logo no início da doença, pois só assim, podemos evitar que a personalidade da criança sofra danos permanentes.

Podemos observar que o tratamento psicoterápico do adolescente diabético, cuja doença já tem longa duração, torna-se muito difícil. Estes adolescentes mostram-se muito rebeldes, negando-se a comparecer às entrevistas ou mantendo-se em extremo isolamento, reagindo intensamente a qualquer tentativa de relacionamento mais profundo.

Assim reagem, devido à intensa frustração por se sentirem limitados e "diferentes". Já podem compreender que seu estado de saúde pode provocar problemas na vida social, profissional e sexual, como também, a perspectiva de complicações futuras, como por ex.: a cegueira e um tempo de vida diminuído podem levá-lo à conduta agressiva ou estado depressivo.

A depressão já pode ser observada em crianças de pouca idade, como por ex.: E., de 6 anos, que foi trazida para psicoterapia, devido à conduta agressiva na escola. Aparentemente alegre e descontraída, após algumas entrevistas deixava perceber a profunda necessidade de ser amada e aceita, ao lado de intensa depressão. Declarou: "Gostaria de estar morta; não tenho certeza que é bom estar viva". Estes sentimentos geralmente são recalçados, surgindo a frustração em forma de agressividade contra colegas, pais e irmãos, havendo uma tendência com o passar dos anos, à negação, rebeldia e retraimento.

O adolescente costuma também se deprimir ao verificar que não pode servir às Forças Armadas e que há certas li

mitações em relação à profissão. Em alguns países, diabéticos que usam insulina, não podem conduzir veículos tais como taxis, trens e aviões, nem exercer profissões que envolvam certos riscos. (30)

Como consequência de todos estes problemas, o adolescente utiliza a fuga ao tratamento como reação. Podemos citar o caso de C. de 13 anos, rapazinho inteligente, que conhece a fundo tudo o que se refere ao tratamento do diabetes, mas que não segue as prescrições médicas. Nos exames de urina que faz em casa, costuma misturar água na urina a fim de enganar sua mãe que quer sempre mostrá-lo como criança modelo. Muitos casos de acidose diabética têm origem no abandono voluntário do regime antidiabético. Esses pacientes "utilizam seu diabetes para escapar dos problemas, punir os pais, ou se refugiar na morte. Certos pacientes com acetonúria crônica necessitam em geral dosagens de insulina superiores em relação ao peso e altura. Segundo vários autores, essas necessidades não são devidas ao resultado direto de nenhuma doença orgânica, mas a fatores emocionais. Em geral, estas crianças são provenientes de famílias que tendem a reprimir e negar, e que exercem pressões sobre a criança, levando-a à experiência de incerteza de suas experiências internas e à dificuldade de compará-las com a realidade objetiva. Como resultado desta situação, não se desenvolvem normalmente, permanecendo com uma estrutura de ego fraco, dificuldades de identificação sexual, excesso de ansiedade, retraimento e imaturidade.

Este grupo de pacientes parece possuir pouco recurso para mobilizar agressão e dificuldade em lidar com situações de vida que exijam flexibilidade e adaptação. Nas ocasiões em que têm que lidar com situações além de suas possibilidades descompensam emocionalmente, provocando aumento de catecolaminas na corrente sanguínea e aumento da atividade do sistema nervoso autônomo.

Segundo Barcai, (11) nestes casos, o processo pode ser interrompido após um tratamento psicoterápico e aconselhamento dos pais, reduzindo em seguida cerca de 50% suas necessidades de insulina.

Em alguns adolescentes, o medo surge ao experimentarem um coma hipoglicêmico. B.O., 18 anos, teve essa experiência ao acampar com alguns colegas durante as férias. Na ocasião, sentiu-se morrendo e não tinha forças para pedir ajuda, lembrando-se do fato, até hoje, com muita angústia.

De modo geral, os problemas psicológicos no diabetes Infanto Juvenil são maiores, quando a doença se inicia antes dos 5 anos. Todos os cuidados e limitações impostos à criança a tornam insegura, dependente e instável, interferindo com o desenvolvimento da personalidade e socialização.

A super proteção dos pais pode tomar a forma de uma dominação perfeccionista, podendo a glicemia ser controlada com sucesso, mas fazendo com que a personalidade da criança seja esmagada neste processo.

Segundo Zeidel, (76) há uma porcentagem maior de crianças emocionalmente perturbadas entre as crianças diabéticas do que na população em geral. Os problemas mais encontrados consistem principalmente de dificuldades no controle do diabetes, rebelião, depressão, distúrbios de comportamento e de aprendizagem. Quando surgem casos de neuroses e psicoses, a necessidade de tratamento psicoterápico torna-se urgente, pois o diabetes tende a reforçar o desenvolvimento neurótico ou psicótico preexistente na criança ou na interação-familiar.

Um dos problemas incômodos na criança diabética é a poliúria, que tendendo, às vezes, a ser excessiva, obriga a criança a sair constantemente da sala de aula e provoca embaraços durante passeios, aonde não há banheiros nas imediações. A enurese noturna é mais frequente nestas crianças, podendo ser uma consequência da própria doença, ou sintoma de desajuste emocional. T.C., caso nº 5, sofre de enurese no-

turna (EEG normal), porém quando dorme na casa de parentes ou amigos, este problema não se apresenta. Outros casos, porém, são consequência (casos 6 e 7) da instabilidade da doença, criando em ambos os casos problemas de adaptação.

O desenvolvimento físico, como por ex.: a baixa estatura e desenvolvimento sexual retardado causa, em geral, sentimentos de inferioridade e inadequação, causando danos à percepção do próprio eu. Como consequência, algumas crianças têm uma identificação sexual imatura.

Nota-se, também, que a excessiva preocupação oral nestas crianças é tão intensa, que pensam, falam, sonham e desenham temas relacionados com alimentos.

Um problema que se observa mais frequentemente em pacientes do sexo feminino, é a lipodistrofia insulínica que surge nos pontos onde o hormônio é injetado repetidamente. Nestes locais há redução ou aumento da gordura subcutânea. No primeiro caso, forma-se depressões na pele de extensão e profundidade variáveis e no segundo, elevações ou tumores arredondados. A forma atrófica costuma aparecer com maior frequência nas jovens, suscitando problemas psicológicos, pois a deformação as impede de usar roupas de banho ou vestido sem manga. Em F., jovem de 12 anos, nota-se cavidades arredondadas em ambas as pernas, pois recusava-se em mudar o lugar das aplicações, apesar das recomendações médicas. Sente-se muito complexada atualmente, embora isto tenha ocorrido devido a uma extrema teimosia, que é generalizada, não só em relação ao tratamento, como nas relações inter-pessoais.

Existem problemas especiais durante a gestação da mulher diabética. A gestação agrava o diabetes e pode produzir distúrbios para a mãe e para o feto. (7) Os problemas surgem quando o diabetes é de longa duração ou não controlado. Nestes casos, nota-se maior incidência de abortos, toxemia e mortalidade fetal. A mulher tende a apresentar depressão e sentimentos de inadequação quando perde uma criança

(casos 8 e 9) e a adolescente preocupa-se com a possibilidade de não poder conceber ou ter uma criança diabética, ou com outros defeitos congênitos.

O rapaz recupera-se com a possibilidade de ficar impotente. Arduino (7) assinala que a incidência nestes casos é de até 51%, sendo considerada como consequência do comprometimento dos nervos responsáveis pela ereção e não tem, em geral, base hormonal. Alguns casos ocorrem no início da doença, devido à debilidade física, sendo corrigida após tratamento adequado; outros casos, entretanto, tem prognóstico mais sério.

No adulto, o início da doença causa desajuste na área de relacionamento familiar. Queixas, como irritabilidade, cansaço, dores nas pernas, tonteadas, frigidez ou impotência são sintomas que fazem o paciente inquieto e ansioso quanto ao seu futuro, fazendo com que imaginem estar sofrendo de alguma doença mortal. Em muitos casos surge o fenômeno somatopsíquico, no qual existe um efeito imediato das condições metabólicas no estado psicológico, provocando no indivíduo reações anormais de comportamento.

Em alguns indivíduos mais afortunados, cuja vida familiar era estável na época do diagnóstico, estes desajustes tendem a se normalizar com o tratamento. Em outros, que não mantinham um ajustamento perfeito, pode ser um fator adicional a desencadear problemas entre os cônjuges e entre pais e filhos. Não é incomum surgirem, nestas ocasiões, casos de separações e brigas sérias entre familiares.

Os adultos com Diabete Tipo Maturidade são, em geral, obesos e sentem-se muito frustrados com a dieta imposta. A maioria, embora negue com insistência que não segue a dieta, come demais, especialmente quando sentem-se aborrecidos, solitários, zangados ou frustrados afetivamente, pois comer alivia temporariamente seus problemas.

Nota-se, ainda, uma grande ansiedade a respeito da saúde, provocando idéias de suicídio ou um intenso medo da morte.

3) - Descrição de padrões de personalidade

A existência de um padrão de personalidade preexistente ao diabetes, é ainda um assunto muito controvertido.

Thompson, Lisanky, Brunch e Crowell (cit. in 42) concordam que não existe um quadro específico de personalidade diabética. Poderíamos considerar que o processo que é convencionalmente chamado de personalidade diabética é, em parte, um conjunto de manifestações emocionais reativas. Estas surgiriam devido às dificuldades que estes enfrentam para alcançar uma razoável adaptação ao ambiente.

Vejamos as idéias de Kahana e Bibring expostas por Kravitz. (40)

Estes autores observaram a presença de diversos tipos de personalidades que tendem a manifestar reações específicas ao se manifestar uma doença física. Entre os diabéticos encontrou três tipos:

- 1) - a personalidade dependente, exigente
(tipo oral)
- 2) - a personalidade metódica e controlada
(tipo compulsivo)
- 3) - a emocional com tendência a dramatizar
(tipo histérico)

No primeiro caso, o indivíduo, com tipo de personalidade dependente, encontra dificuldade no manejo da doença, devido à exigência de responsabilidade pessoal. Tem maior necessidade de maior número de consultas e atenção especial por parte dos familiares e da equipe médica. Cabe ao médico e ao psicólogo incentivá-lo, encorajá-lo a tornar-se mais independente. É necessário, entretanto, usar de tato e carinho, pois esses pacientes são muito sensíveis e têm muita ne

cessidade de receber amor e atenção.

A personalidade metódica e controlada reage ao diagnóstico, procurando aprender tudo o que for possível sobre a doença, lendo livros ou informando-se, tomando para si o encargo de cuidar de si mesmo, respondendo bem à rotina prescrita pelo médico. Ao contrário do tipo dependente, que parece não suportar bem, ao ser confrontada com fatos e consequências de sua doença, o tipo metódico deve participar das decisões do médico e ser informado sobre todos os aspectos de sua doença. Entretanto, estes pacientes tendem a ficar extremamente ansiosos quando apesar de todos os cuidados, sua doença tende a se agravar ou aparecem complicações. Outro problema é a dificuldade de aceitarem uma mudança de comportamento, como uma crise de agressividade ou raiva que pode ocorrer durante uma ocasional reação à insulina. Por serem normalmente excessivamente controlados tendem a receber com extrema perturbação estes rompantes emocionais.

A personalidade emocional, algumas vezes, tendendo à histeria, o início da doença tende a liberar uma enorme carga de ansiedade armazenada, mobilizando toda a família. Tendem a utilizar a doença como fonte de ganho secundário.

O tipo masoquista, por sua vez, tende a ficar cronicamente deprimido e clinicamente tende a apresentar pouco alívio dos sintomas, a despeito do tratamento adequado. Os problemas destes pacientes são basicamente psicológicos, não conseguindo o médico clínico obter resultado satisfatório apesar de seus esforços.

Em resumo, podemos admitir que esta doença metabólica crônica tem influência na personalidade, no ajustamento à vida, nas relações familiares e na estabilidade emocional. Todas estas considerações, como também a própria complexidade do conceito emoção e de suas implicações e atuação no ser humano como um todo, levaram-nos a elaborar a pesquisa a seguir, visando observar alguns aspectos básicos do problema.

CAPÍTULO II

OBJETO DA PESQUISA - MATERIAL E MÉTODOS

2 - MATERIAL E MÉTODOS

2.1. - Objetivo da Pesquisa

Como já descrevemos na fundamentação teórica, inúmeras perturbações somáticas podem ser desencadeadas por problemas emocionais.

Para Mirsky (30), o Diabetes é o resultado de um fracasso relativo nas tentativas do indivíduo para se adaptar fisiologicamente e psicologicamente ao "stress" do meio ambiente. Os mecanismos de integração fisiológicos são predeterminados principalmente pela herança genética e os mecanismos de integração psicológicos, pelas influências ambientais.

Para Delay (22), nos casos de manifestações psicossomáticas existiria uma "predisposição constitucional hiperemotiva que se acompanha de um eretismo neurovegetativo com grandes reações vasomotoras, tendência a espasmos nos músculos e instabilidade geral dos ritmos biológicos".

No Diabetes, este princípio também se aplicaria, pois a hiperemotividade a tornaria predisposto a reagir menos e - eficazmente às situações de "stress". Nestas ocasiões, a instabilidade seria mais acentuada, produzindo um desequilíbrio no funcionamento do sistema límbico, que, por sua vez, afetaria o equilíbrio endócrino.

A importância da emoção nesta doença endócrina nos levaram a elaborar este trabalho, visando pesquisar diversos aspectos relacionados com este fator. Utilizamos recursos estáveis e objetivos, como o Teste de Rorschach e uma entrevista composta de dados objetivos e subjetivos e os aplicamos em 3 grupos de pacientes diabéticos, a fim de verificar a variação entre os grupos.

Procuramos pesquisar os seguintes fatores:

- 1) - Quais seriam os fatores desencadeantes do diabetes.
- 2) - A incidência na família dos pacientes: de diabetes; outras enfermidades endócrinas, doenças do sistema nervoso e enfermidades mentais.
- 3) - A estrutura emocional dos pacientes, em especial, sinais de labilidade emocional.
- 4) - Tipo de relacionamento interpessoal.
- 5) - O relacionamento com o mundo exterior.
- 6) - Atitude dos pacientes em relação à doença.
- 7) - Causas envolvidas nas hospitalizações devido ao coma diabético.
- 8) - Forma de tratamento do diabetes e a atitude dos pacientes em relação a esta.
- 9) - A inteligência e problemas observados na área de aprendizagem.

Parte destes fatores foram obtidos através de entrevistas. Os dados quantitativos obtidos pela aplicação do Teste de Rorschach nos permitiu verificar as seguintes hipóteses operacionais:

A) - Condições afetivo-emocionais

a_1 - Existência de diferença entre grupos experimentais diversos (+) quanto ao índice de reatividade aos estímulos emocionais do ambiente.

a_2 - Existência de diferença entre grupos experimentais e grupos de controles quanto ao índice de reatividade aos estímulos emocionais do ambiente.

b_1 - Existência de diferença entre grupos experimentais diversos quanto ao tipo de vivência.

b_2 - Existência de diferença entre grupos experimen

(+) Os grupos experimentais (diabéticos) são comparados entre si e/ou com os grupos de controle (não diabéticos) correspondentes.

tais e grupos de controles quanto ao tipo de vivência.

c_1 - Existência de diferença entre os grupos de diabéticos quanto ao "tipo" de reatividade emocional (labilidade, estabilidade e repressão).

c_2 - Existência de diferença entre diabéticos e não diabéticos quanto ao "tipo" de reatividade emocional (estabilidade, labilidade e repressão).

B) - Relacionamento interpessoal

Existência de diferença quanto à ocorrência de respostas de conteúdo humano entre grupos de diabéticos, e entre diabéticos e não diabéticos.

C) - Relacionamento com o mundo exterior

Existência de diferença entre os grupos de diabéticos, e entre diabéticos e não diabéticos, quanto ao índice de realidade detectado através do Índice de Realidade de Neiger.

2.2 - Amostra

a) - Foram utilizados 33 pacientes diabéticos de ambos os sexos com idade variável de 14 a 60 anos, retirando-se da amostra aqueles que não estivessem dentro desta faixa etária.

Todos os pacientes foram obtidos nos ambulatórios de Diabetologia dos Hospitais Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Gaffrée Guinle e do Instituto Nacional de Previdência Social (Hospital da Lagoa) e também através de indicações fornecidas pela Associação dos Diabéticos. Com a variabilidade dos locais procurou-se obter uma amostra mais heterogênea quanto ao nível sócio-econômico (Quadro III).

Estes pacientes foram divididos em 3 grupos:

1) - O grupo I composto de 10 pacientes com Diabetes Tipo Infanto-Juvenil observados após 2 anos ou mais da data do diagnóstico. Subdividiu-se este grupo em I₁ composto de adolescentes (n=7) e I₂ adultos (n=3), em virtude das diferenças de idades, permitindo, assim, a discriminação mais acurada de alguns fatores testados. (Grupo I₁, idade média 15 anos; Grupo I₂, idade média 29, 33 anos - Vide Quadro III nº^s 1 a 10).

2) - O grupo II composto de 11 pacientes com Diabetes Tipo Maturidade, (MATURITY ONSET) observado após 2 anos ou mais da data de diagnóstico, com idade média de 52, 73 - (vide Quadro III nº^s 11 a 21).

3) - O grupo III, composto de 12 pacientes com Diabetes Tipo Maturidade, observados até 2 anos após o diagnóstico, com idade média de 53, 58 (Vide Quadro III nº^s 22 a 33).

Não se formou um grupo de Diabetes Infanto Juvenil, doentes recentes, devido a menor incidência deste tipo (5% do total dos diabéticos), tornando-se difícil obter uma amostra representativa em curto espaço de tempo.

Todos os pacientes haviam sido previamente diagnosticados pelas equipes médicas das instituições onde foram observados. Este diagnóstico foi atingido pela sintomatologia e estudos laboratoriais. A comprovação bioquímica implicava na: 1) Dosagem de glicose na urina; 2) Dosagem da glicemia em jejum; 3) e provas de tolerância à glicose (curva glicêmica e glicemia pós-prandial).

A divisão dos grupos em Diabetes Tipo Maturidade e Diabetes Infanto-Juvenil prende-se à diversidade de características clínicas e fisiopatológicas observadas.

O diabetes Infanto-Juvenil pode ocorrer em crianças, adolescentes e até mesmo em adultos jovens, distribuindo-se, uniformemente entre os dois sexos, sendo característicos nes

tes casos, um começo agudo ou sub-agudo, presença de sintomas, perda de peso acentuada e tendência a cetose e deficiência de insulina. Estes pacientes tem peso normal e não respondem a tratamento com hipoglicemiantes orais. Por sua vez, o diabetes Tipo Maturidade inicia-se na meia idade ou idade avançada, sendo mais frequente em mulheres e tem um começo gradual, podendo faltar os sintomas típicos. Estes pacientes são, em geral, obesos, apresentando ausência ou leve tendência a cetose e coma, podendo alguns casos, serem tratados com insulina, outros com hipoglicemiantes orais e alguns somente com dieta.

Os pacientes com Diabetes Tipo Infanto-Juvenil têm recebido tratamento contínuo, com exames laboratoriais mensais para controle. Além disso, utilizam vários testes diários para dosagem de glicose na urina, tendo que tomar doses extras de insulina, caso a glicosúria se apresente elevada.

Os pacientes com Diabetes Tipo Maturidade Crônicos vêm se tratando há vários anos, observando a dieta e/ou medicação indicada, conforme a gravidade do caso e utilizam exames de glicemia mensais ou com intervalos. O grupo com Diabetes Tipo Maturidade, doentes recentes, estão alguns no início do tratamento, outros já há alguns meses.

b) - O grupo de Controle IV (Quadro IV) é composto de 6 adolescentes (IV_1) e 4 adultos jovens (IV_2) com idade equivalente ao grupo de Diabetes Tipo Infanto-Juvenil. Os sujeitos do Grupo IV foram obtidos no Colégio da Companhia Sta. Tereza de Jesus, Curso Supletivo Hélio Alonso e Escoteiros do Grupo 31 do Tijuca Tênis Clube. O grupo de Controle V (Quadro IV) é composto de 15 indivíduos com idade equivalente ao grupo de Diabetes Tipo Maturidade. Os sujeitos do grupo V são constituídos por funcionários da Escola Jockey Clube, na Gávea, pais de escoteiros do Grupo 31 do Tijuca Tênis Clube, e senhoras pertencentes à Associação das Senhoras Brasileiras. (Quadro IV)

Todos os dois grupos são constituídos de voluntários, tendo sido excluídos dos grupos de controle os indivíduos que não satisfaziam os seguintes critérios:

1) - Ausência de Diabetes diagnosticada no sujeito e nos parentes próximos e afastados.

2) - Ausência de Obesidade no sujeito e nos parentes próximos.

3) - Ausência de sintomas associados com o Diabetes (Polifagia, Polidipsia, Poliúria, etc.) que possam levar à suspeita de diabetes incipiente ou de um estado pré-diabético.

4) - Ausência de incidentes patológicos clinicamente associados à condição de pré-Diabetes em sujeitos do sexo feminino, tais como: inexistência de antecedentes médicos de abortos espontâneos, toxemia, morte intra-uterina ou perinatal e partos de crianças acima de 4 quilos.

5) - Ausência no sujeito de outras doenças endócrinas.

6) - Idade fora dos limites estabelecidos para o Grupo de Diabéticos, isto é, menor de 14 e maior de 60 anos.

Todos estes dados foram obtidos através de entrevista, devido a dificuldade de se conseguir voluntários que se dispusessem a realizar exames laboratoriais.

2.3 - Instrumentos

2.3.1 - Entrevista com os pacientes

Utilizamos os dados obtidos a partir de duas modalidades de entrevista diretiva e não diretiva. Embora tivéssemos um roteiro padronizado (vide Anexo I), de modo a contarmos com normas estáveis para as comparações, deixamos que o indivíduo fosse expondo livremente seus problemas, complementando posteriormente suas informações com fatos correlacionados e datas que pudessem nos esclarecer a respeito dos fatores que contribuíram para o desencadeamento da doença.

O número e duração destas entrevistas variavam de acordo com o grau de comprometimento emocional do paciente. Em alguns casos estas entrevistas prosseguiram tomando um cara-

QUADRO III

Pacientes Diabéticos - Identificação

| | Identificação | Idade | Sexo | Idade no início da doença | Tempo de Tratam. | Atividade Profissional | Escolaridade | |
|-----|----------------|--------|--------|---------------------------|------------------|------------------------|---------------------------------|----------------------|
| I | I ₁ | 1 | N.F. | 14 | M | 9 | 5 | Estudante 1º.g. (G) |
| | | 2 | D.T. | 14 | F | 7 | 7 | Estudante 1º.g. (G) |
| | | 3 | M.A. | 15 | M | 8 | 7 | Estudante 1º.g. (G) |
| | | 4 | B.O. | 18 | F | 9 | 9 | Estudante Univers. |
| | | 5 | T.C. | 14 | F | 10 | 4 | Estudante 1º.g. (G) |
| | I ₂ | 6 | W.M. | 15 | M | 5 | 10 | Estudante 1º.g. (P) |
| | | 7 | W.A.M. | 15 | M | 5 | 10 | Estudante 1º.g. (G) |
| | | 8 | A.L. | 26 | M | 13 | 13 | Com.Estud. 1º.g. (G) |
| | | 9 | A.S. | 34 | F | 20 | 14 | P/D e Est. Univers. |
| | | 10 | E.W. | 28 | F | 19 | 9 | P/D e Est. Univers. |
| II | 11 | M.L.C. | 48 | F | 43 | 5 | Emp.Dom. 1º.g. (P) | |
| | 12 | N.S. | 54 | F | 48 | 6 | Contadora Univers. | |
| | 13 | C.S. | 55 | F | 48 | 7 | P/D 1º.g. (P) | |
| | 14 | N.F. | 55 | M | 48 | 7 | Técnico em Res.Plást. 1º.g. (G) | |
| | 15 | D.A. | 49 | M | 41 | 8 | Bancário Univers. | |
| | 16 | M.M. | 46 | F | 37 | 9 | P/D 1º.g. (P) | |
| | 17 | R.C. | 52 | F | 42 | 10 | P/D 1º.g. (P) | |
| | 18 | R.A.C. | 53 | F | 40 | 13 | Emp.Dom. - | |
| | 19 | L.C. | 60 | F | 46 | 14 | P/D 1º.g. (G) | |
| | 20 | O.A.L. | 54 | F | 36 | 18 | P/D 1º.g. (P) | |
| | 21 | E.A. | 54 | F | 34 | 20 | P/D 1º.g. (P) | |
| III | 22 | G.C. | 46 | F | 44 | 2 | Manicure 1º.g. (G) | |
| | 23 | E.R.T. | 54 | F | 52 | 2 | P/D - | |
| | 24 | A.R.S. | 50 | M | 48 | 2 | Militar aposent. 1º.g. (G) | |
| | 25 | V.S. | 48 | F | 47 | 1 | P/D - | |
| | 26 | P.S. | 33 | M | 33 | 4meses | Motorista 1º.g. (P) | |
| | 27 | O.S. | 55 | M | 55 | 5meses | Pintor 1º.g. (P) | |
| | 28 | G.A. | 60 | M | 60 | 4meses | Confeiteiro aposent. 1º.g. (P) | |
| | 29 | E.M.S. | 48 | F | 48 | 3meses | P/D 1º.g. (P) | |
| | 30 | O.M. | 45 | F | 45 | 3meses | Atend. Hospital 1º.g. (P) | |
| | 31 | E.R. | 52 | F | 52 | 1mes | Costureira 1º.g. (P) | |
| | 32 | M.G.P. | 56 | F | 56 | 3meses | P/D 1º.g. (P) | |
| 33 | A.E.M. | 51 | F | 51 | 1mes | Copeira 1º.g. (P) | | |

QUADRO IV

Grupo de Controle - Identificação

| Identi- ficação | Idade | Sexo | Doenças atuais | Doenças anteriores | Profissão | Escola- ridade |
|--------------------|-------|------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 H.C. | 14 | M | - | | Estudante | |
| 2 E.F. | 14 | F | - | | Estudante | 2º grau |
| 3 C.P. | 15 | M | Bronquite | Glomero ne- frite aguda | Estudante | 2º grau |
| 4 M.A. | 15 | F | - | | Estudante | 2º grau |
| 5 S.I. | 14 | F | - | | Estudante | 1º grau |
| 6 A.Q. | 14 | M | Enurese noturna | | Estudante | 1º grau |
| 7 O.P. | 32 | F | - | | Prof. Prim. | |
| 8 O.S. | 24 | M | - | | Estudante | Univers. |
| 9 L.I. | 35 | F | - | | P/D | |
| 10 R.E. | 22 | F | - | Hepatite | Estudante | Univers. |
| 11 L.A. | 49 | F | Cistite crônica | | Aux. Adm. | 1º.g.(G) |
| 12 E.P. | 46 | F | Artrose (coluna) | | Aux. Adm. e Enfermeira | Univers. |
| 13 T.C. | 45 | F | - | | Prof. Prim. | |
| 14 E.L. | 38 | F | - | | Aux. Adm. | 1º.g.(P) |
| 15 M.E. | 56 | F | - | | P/D | 1º.g.(G) |
| 16 R.I. | 44 | F | - | Tumor no seio | P/D | 1º.g.(G) |
| 17 D.O. | 55 | F | Escoliose Enxaqueca | | Aux. Adm. | 2º grau |
| 18 I.L. | 31 | F | - | | Datil. e Estudante | 2º grau |
| 19 A.R. | 55 | F | Alergia | | Prof. Prim. | |
| 20 J.O. | 35 | M | - | | Mecânico e Estudante | 2º grau |
| 21 M.A. | 53 | F | Enxaqueca | | P/D | 1º.g.(G) |
| 22 J.O. | 52 | M | - | | Zelador | 1º.g.(P) |
| 23 A.M. | 58 | M | - | | Militar | |
| 24 A.R.M. | 57 | F | - | | Aposentado | 2º.g.(G) |
| 25 D.I. | 41 | F | - | Hipertensão Bronquite asmática | P/D Contadora | 1º.g.(P) Univers. |

Obs.: Em Doenças Anteriores não foram consideradas doenças infantis sem gravidade. Ex.: sarampo, catapora, coqueluche, etc.

ter psicoterápico, procurando-se após colher os dados para a pesquisa, auxiliar o ajustamento do paciente. No caso de adolescentes foram realizadas entrevistas com os pais, a fim de avaliar o ajustamento do paciente no ambiente familiar. Estas entrevistas tiveram uma duração mínima de 4 horas com cada paciente.

2.3.2 - Teste de Rorschach

Foi empregado o Teste de Rorschach, formado por 10 pranchas impressas com formas ambíguas construídas com borrões de tinta, que devem ser interpretadas pelo indivíduo. Destas 10 pranchas, cinco estão impressas em tom preto e cinza e cinco destas são coloridas. Estas últimas nos permitem o estudo da estrutura emocional dos pacientes.

A conexão entre a cor e a afetividade e emoção já era conhecida na História Antiga e Moderna, segundo Schachtel (66), sendo certas cores utilizadas como símbolos de sentimentos e qualidades humanas. H. Rorschach (63) com o seu Teste de Psicodiagnóstico foi o primeiro a relacionar a cor e o afeto de uma maneira passível de ser medida e quantificada. É um teste projetivo estrutural, sendo capaz, segundo vários autores, de nos fornecer uma "radiografia" da personalidade, sua organização e equilíbrio psíquico. Tentaremos medir alguns aspectos da personalidade considerados importantes pelos estudiosos das doenças psicossomáticas.

Um desses aspectos relaciona-se com aspectos afetivos emocionais. As respostas forma cor (FC), em que a forma é o determinante primário, representam a adaptação afetiva, as cor-forma (CF) representam a afetividade que já não é capaz de adaptar-se e as respostas de cor pura (C) representam a impulsividade (1, 12, 16, 38, 39, 63, 45).

A) - Foram testadas as condições afetivo-emocionais por meio das respostas de cor, conforme as relações a seguir:

a) Índice de reatividade dos estímulos emocionais do ambiente, representado pelo somatório das interpretações de cor, segundo a fórmula $1,5 C + 1 CF + 0,5 FC$ (Aspecto quantitativo) - (Klopfer, Davidson, 38).

b) O tipo de vivência obtido pelas relações mútuas das respostas de movimento humano e as de cor ($M : \leq$ de C; Rorschach, 76).

c) Estrutura da afetividade, segundo as relações internas dos elementos de cor: $FC : CF + C$ (Bohm, 16).

A avaliação do "tipo" de reatividade emocional será feita através das seguintes proporções:

$$FC^+ \Rightarrow FC^- + CF + C = \text{Estabilidade emocional}$$

$$FC^+ \approx FC^- + CF + C = \text{Labilidade emocional}$$

$$FC + CF + C = 0 = \text{Repressão emocional}$$

FC^- (segundo Klopfer Kelly (39), uma única resposta FC^- prejudicará o ajuste emocional).

B) - O relacionamento interpessoal foi testado através das respostas de conteúdo humano. Classificam-se, como tais, todos os perceptos referentes a pessoas em movimento ou mantendo uma atitude vital, a fórmula utilizada é:

$$H\% = \frac{H + Hd + (H)}{R} \times 100$$

na qual H representa a figura humana vista inteira; Hd, uma parte exterior do corpo humano (braço, perna, etc.) e (H), fantasma, gênio, bonecos, bruxo, diabo (Anzieu, 5).

C) - O relacionamento com o mundo exterior será observado através do Índice de Realidade de Neiger (Bohm, 16)

obtido através de 4 respostas de realidade.

a) Toda resposta global de movimento humano (M) na lâmina III, na posição habitual.

b) Morcego como G (resposta global) na lâmina V, mesmo que não seja na posição convencional.

c) Toda figura de animal nos laterais da lâmina VIII seja vulgar ou não.

d) Toda figura de animal na lâmina X como D, seja vulgar ou não.

Calcula-se o IR dando 2 pontos ao indivíduo que der uma dessas respostas como inicial a cada lâmina e se surgir, posteriormente, receberá somente 1 ponto. O número máximo de pontos é 8. Adultos e adolescentes com mais de 14 anos, com boas relações com o espaço, tempo e valores terão um índice entre 5 e 7 pontos.

2.3.3 - Teste das Matrizes Progressivas de Raven para avaliação da capacidade intelectual dos pacientes.

O teste de Raven consta de 60 matrizes ou desenhos, dos quais se retirou uma parte. O sujeito deve escolher essa parte dentre 6 ou 8 alternativas. Os itens são agrupados em 5 séries, cada uma com 12 matrizes de dificuldade crescente.

O teste mede a capacidade de observação, comparação e pensamento abstrato, ou seja a capacidade intelectual geral, que, segundo Raven seria o denominador comum das operações da inteligência.

Foi utilizada a Escala Geral, forma caderno, adequada a indivíduos de 12 a 65 anos. Empregou-se o tipo de aplicação individual e, para correção, a tabela de avaliação obtida por Raven com 3.665 soldados e 2.192 civis (Tabela XIII) e a Tabela IV obtida em 1953 pelo Prof. Chuit em 1.050 escolares, estudantes secundários e operários.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3 - OBSERVAÇÕES GERAIS E APRESENTAÇÃO DE CASOS

3.1. - Entrevista Psicológica

3.1.1 - Fatores desencadeantes:

Partindo do ponto de vista teórico, T. S. Danowski, (20) diz que determinados estímulos, tais como, traumas emocionais, infecções, terapia com certo tipo de drogas, como ACTH, anticoncepcionais, etc., doenças, cirurgias, gestações múltiplas podem precipitar o aparecimento de diabetes com manifestações clínicas em indivíduos com pré-diabetes, isto é, naqueles em que existia predisposição hereditária, ou que possuíam reação interna anormal à tensão ou esforço, constituindo esta, uma forma de predisposição. Os indivíduos normais quando submetidos à tensão, esforço e infecções, etc., mostram uma elevação da glicemia, voltando esta a níveis normais quando estes agentes deixam de atuar. Nos diabéticos, geralmente, não há reversão; intensifica-se o pré-diabetes e o transforma em diabetes clínico.

Quanto ao fator obesidade como fator desencadeante, existem muitas controvérsias a respeito, variando entre duas posições; uma é a teoria de Joslin, na qual acredita que a obesidade causa o diabetes, outra, a de Wallance-Owen, segundo a qual o diabetes é causa da obesidade (57).

Certos casos observados em nossa amostra, fizeram-nos mais sensíveis a aceitar a segunda hipótese. Por esse motivo, não incluímos este fator na Tabela I. A fome exagerada causada pelo desequilíbrio metabólico levaria o indivíduo a se alimentar excessivamente causando o excesso de peso. Ou ainda poderia estar ligada à hiperatividade dos centros hipotalâmicos controladores do apetite, que por sua vez, estão sob a ação do córtex, dependentes dos pensamentos e emoção. Esta hipótese é mais aplicada ao Tipo de Diabetes Ti

po Maturidade, pois os indivíduos do Grupo de Diabetes Infanto-Juvenil, de modo geral, tem peso normal, o que ocorre também na nossa amostra.

Os resultados obtidos podem ser observados na tabela que se segue:

QUADRO V

Fatores desencadeantes

| Fatores desencadeantes (exceto herança) | Grupo I n=10 | Grupo II n = 11 | Grupo III n = 12 |
|---|-----------------|--------------------|---------------------|
| 1. Doenças | 10% | - | - |
| 2. Operações Cirúrgicas | - | - | - |
| 3. Tratamentos Medica - mentos (corticoes- teróides e anticon - cepcionais | - | 9% | 25% |
| 4. Acidentes | 10% | - | - |
| 5. Gestações | - | - | 8.35 |
| 6. Tensão ou choque emocional | 40% | 73% | 58.3 |
| 7. Fatores desconhecidos | 40% | 18% | 8.35 |
| Herança | 90% | 82% | 50% |

Apresentamos alguns casos ilustrativos:

Caso 3:

M.A., jovem de 15 anos, aos 8 anos de idade, entrou em coma, apresentando, na ocasião, desidratação em 3º grau, cefaléia e hálito cetônico. Pouco tempo antes deste episódio, esteve internado c/pneumonia e sarampo. Na época do diagnóstico não era conhecido nenhum caso de diabetes na família, tenen

do posteriormente se verificado que sua mãe apresentava uma curva glicêmica anormal. Foi sempre uma criança excessivamente emotiva. Quando se emocionava ficava "esbranquiçado" e algumas vezes chegou a desmaiar. Utilizou insulina somente nos primeiros 4 meses e nos anos seguintes hipoglicemiantes orais, estando atualmente se tratando somente com dieta, não voltando a ter comas e cetose. É considerado um caso raro, pois geralmente, os casos de Diabete Infanto-Juvenil não têm esse tipo de evolução, necessitando sempre de insulina. Sob o ponto de vista psicológico, M.A. é um adolescente inteligente, porém muito emotivo, ansioso e com tendência à depressão. É retraído, tímido, tendo dificuldade de relacionamento.

Caso 8:

A.L., atualmente com 26 anos, solteiro, ficou diabético com 12 anos, após receber uma descarga elétrica quando brincava com uma pipa. Ficou desacordado várias horas e com graves queimaduras, tendo que fazer cirurgia plástica anos depois. Após este acidente ficou muito traumatizado, passando a não sair de casa e manifestar intenso nervosismo, não conseguindo voltar à escola. Passou a sentir-se muito cansado, a urinar muito e perder muito peso. Ao consultar o médico, este notou pelo seu hálito cetônico que havia algo anormal. Atualmente, está com a glicemia normalizada, embora relate ter tido 16 comas desde esta época. Era um menino bem ajustado e calmo antes do acidente, estando a maioria de suas comas associadas com problemas afetivo-sexuais, que o levam a se exceder com bebidas. Trabalha, estando bem adaptado neste setor; queixa-se de cansaço, falta de memória e nervosismo.

Casos 6 e 7:

W.M. e W.A.M. são gêmeos univitelinos, atualmente

com 15 anos. Em um deles foi diagnosticado o diabetes quando tinha 5 anos, tendo o médico, ao constatar a doença, pedido um exame de seu irmão. Ambos os exames foram positivos - (glicemia de 360mg e 380mg respectivamente). Neste caso, parece não ter havido um impacto traumático único, pois cerca de um mês antes, ambos sofreram uma operação de garganta, onde o medo, o pavor que ambos demonstraram, poderia ter sido o fator agravante do pré-diabetes. Além disso, viviam em um ambiente familiar conflituoso, criando para estes, uma ininterrupta fonte de tensão psíquica. Os pais são pessoas desajustadas no casamento, que brigaram e se separaram várias vezes, vivendo estas crianças em um clima de revolta e insegurança.

A mãe tem curva glicêmica alterada, tendo perdido duas crianças prematuras que faleceram ao nascer, antes de ter os gêmeos. Estes também foram prematuros com peso médio de 1200g cada. São crianças muito prejudicadas pelo ambiente familiar, tendo constantes episódios de coma com ataques epiléticos; glicosúrias sempre com 4 cruces, tendo necessidade de várias doses extras de insulina durante o dia; o rendimento escolar muito deficiente. Aqui, o fator emocional tanto teve importância como fator desencadeante, como também é a causa da glicemia instável e constantes cetoses.

Caso 9:

A.S., jovem senhora de 34 anos tem diabetes desde os 20 anos. Considera-se nervosa desde a adolescência, após a separação dos pais. O ambiente familiar, durante sua infância, foi muito tumultuado, pois seu pai bebia e era muito agressivo. Ficou diabética na mesma ocasião em que sua mãe precisou ser operada 3 vezes em seguida, tendo imaginado que estivesse com câncer e iria morrer. Casou-se, tendo sofrido muito na ocasião em que perdeu os dois primeiros filhos que nasceram mortos. Conseguiu sobrepujar este desgosto, tendo a

tualmente filhos normais. A. é muito ansiosa e instável, procurando negar seus problemas através de muitas atividades. Apesar da angústia e problemas durante a adolescência, A.S. consegue se manter dentro de relativa normalidade psicológica, por possuir recursos intelectuais apreciáveis e um estado de espírito que não admite derrotas, procurando sempre novos interesses e atividades. Apesar de doses extras de insulina, sua glicemia mantém-se instável com tendência a níveis bem elevados quando tem aborrecimentos.

Estes são alguns casos de Diabetes Tipo Infanto-Juvenil; os casos 3 e 8 são exemplos de "stress" físico como fator desencadeante, embora ambos, atualmente, necessitem de orientação psicológica: M.A., por possuir um tipo de personalidade básica com tendência à depressão, o que se observa também em sua irmã mais velha não diabética, que inclusive já tentou se suicidar. A.L., apesar de ter pais compreensivos e equilibrados, tem passado, nos últimos anos, por inúmeras decepções amorosas, o que o levou a se exceder em bebidas, causando as hospitalizações frequentes.

Os casos seguintes 6, 7 e 9, "stress" emocional - causado pelo medo e meio ambiente familiar conflituosos contribuíram de maneira intensa para o rompimento do equilíbrio biológico.

Em 40% dos casos de Diabetes Tipo Infanto-Juvenil, não foi possível se observar, de maneira objetiva, qual o fator responsável pelo aparecimento da doença, o que parece confirmar as afirmações de Arduino (7) que considera ser, nestes casos, a influência de fatores ecológicos mais reduzida.

Observamos nos casos de nossa amostra e em crianças menores não incluídas nesta pesquisa, que suas mães são extremamente ansiosas. Poderíamos pensar a princípio que esta ansiedade estivesse ligada diretamente aos problemas e preocupações causados pela doença da criança. Entretanto, con -

cluimos pelas entrevistas, que algumas mães já eram muito ansiosas, quer por problemas familiares existentes com seus pais, quer por dificuldades de ajustamento no seu próprio casamento.

O meio ambiente parece ter sua influência, ao gerar após o diagnóstico, uma atmosfera de tensão na família, prejudicando assim, o equilíbrio e desenvolvimento normal da criança.

Caso 13:

C.S., senhora de 55 anos, é diabética há cerca de 7 anos. Já sofria de hipertensão arterial há 10 anos e nervosismo intenso desde a puberdade. Fazia exames laboratoriais frequentemente por estar em tratamento constante na Cardiologia. Por ocasião do diagnóstico de Diabetes, tratava-se com cortisona devido a um problema de osteoartrose na coluna. Estava na ocasião muito deprimida porque sua filha e netas tinham se mudado para outra cidade. Chorava muito, não se conformando com a separação. Passou a apresentar polidipsia, poliúria, polifagia, prurido e intenso nervosismo. Ao saber do diagnóstico, após exame laboratorial, o nervosismo se agravou, pois ficou "apavorada" ao pensar o que lhe poderia suceder, pois sua irmã falecera aos 34 anos de diabetes e cega, devido a complicações da doença.

Neste caso, poderíamos considerar o tratamento com a cortisona e o problema emocional ocasionado pela separação de familiares, como fator que contribuíram para o desencadeamento da doença, embora não haja dúvida de que a predisposição herediária tenha desempenhado papel importante.

Caso 14:

N.F., sexo masculino, 55 anos, teve um enfarte há 7 anos atrás, tendo sido então diagnosticado o diabetes. Te-

ve, na ocasião, um ano especialmente difícil ocasionado por problemas financeiros. É um homem extremamente obeso, 131k, tendo engordado cerca de 50k, após seu casamento, 32 anos atrás. Sofreu, nesta ocasião, uma frustração intensa nas relações com sua mulher, tendo sido esta a razão de sua obesidade, pois passou, desde então, a comer demasiadamente. Aos 37 anos, apresentou um quadro típico de neurose fóbica, não saía de casa, ia trabalhar somente acompanhado, permanecendo assim muitos anos, pois não conseguiu tratamento adequado. A atualmente, é muito ansioso e demonstra intenso ressentimento com a esposa. Beneficiou-se com as entrevistas, conscientizando seus problemas e procurando solucioná-los através de conversa franca com a esposa.

Neste caso, aonde aparentemente, a obesidade e o enfarte seriam os fatores desencadeantes mais prováveis, os problemas psicológicos que se iniciaram na infância e se agravaram por ocasião de seu casamento foram as causas básicas da obesidade, da neurose e da ansiedade, estas contribuindo, por sua vez, para o desencadeamento da cardiopatia e do diabetes.

Caso 15:

D.A., 49 anos, é diabético há 8 anos, tendo o aparecimento da doença coincidido com uma fase de intenso conflito vital. Pessoa calma, equilibrada, de bom nível social, viu-se envolvido em caso extra conjugal, que ameaçava destruir o seu casamento. O conflito surgido causou um impacto intenso, pois não era pessoa dada a este tipo de conduta. Mudou de cidade, a fim de fugir do impasse; entretanto, começou a emagrecer muito, sentir-se fraco, apresentar visão deficiente e falta de memória. Sente-se, atualmente, revoltado, não aceitando a doença. Acerca de 2 anos, seu estado agravou-se, pois contraiu polineurite aguda, infecciosa (síndrome de Guillain-Barré), com evolução grave, tendo a parali

sia atingido os pulmões. Teve que fazer uso exagerado de corticosteróides para o tratamento desta doença. Restabeleceu-se, porém a glicemia que se mantinha em torno de 170mg. passou a 400mg. e seu estado geral não é satisfatório. Preocupa-se muito com a possibilidade de falecer e o futuro dos filhos. Foi obrigado a se afastar do trabalho, especialmente pelo estado de extrema debilidade e falta de memória, que o impede de exercer suas funções com eficiência.

Caso 16:

M.M., 46 anos, é diabética há 9 anos; apresenta atualmente, um quadro típico de neurose histérica (nos testes MMPI e Rorschach). Era uma pessoa calma até a morte de sua mãe diabética há 15 anos atrás. Casou-se logo depois, tendo tido, desde então, problemas constantes com a sogra. Chora muito, mas procura esconder sua tristeza dos parentes. Atualmente, mantém o nível glicêmico sempre com taxas elevadas (\pm 270mg), apresentando, além dos sintomas típicos da doença, insônia e falta de memória.

Caso 26:

P.S., 33 anos, apresentava todos os sintomas típicos de diabetes, polifagia, polidipsia, poliúria, desânimo, intensa irritabilidade e dores no corpo. Descobriu-se pela entrevista psicológica que P.S. estava tomando cortisona há 8 anos, de 2 a 4 comprimidos diários, devido a uma dermatite persistente que o impedia de usar sapatos e meias. Tomou o medicamento por conta própria, não tendo comunicado o fato ao médico responsável. Ao comparar-se seu aspecto atual através de fotografias mais antigas, notamos que apresentava um quadro típico da síndrome de Cushing, "a cara de lua cheia" comum em casos de hiperfunção da suprarenal.

Engordou cerca de 20k. nos últimos anos (55k. para 75k), apresentando também irritabilidade intensa. Devido ao

cansaço e à dermatite, seu trabalho como motorista tornou-se muito penoso, especialmente no verão, por não suportar o calor. Após 3 meses de tratamentos com hipoglicemiantes orais, retirada gradativa do corticoesteróide e entrevistas psicológicas, o paciente apresentava níveis glicêmicos normais. A recuperação rápida do paciente deve-se provavelmente ao fato de não possuir antecedentes hereditários de diabetes e vida familiar normal. Em casos de pacientes com história familiar de diabetes, a recuperação, muitas vezes, não é completa, continuando o diabetes após a cura do transtorno endócrino associado.

Caso 27:

O.S., 55 anos, vive há um ano em situação difícil. Há 2 anos tem problemas de emprego, passando a ter tontei-
ras e mal estar desde essa época. Por ocasião do apareci-
mento do diabetes, 5 meses atrás, seu irmão faleceu, tendo
que sustentar a cunhada e filhos, o que veio agravar sua si-
tuação, que já era precária, pois está desempregado. Atual
mente, está atravessando uma crise emocional com depressão
acentuada.

Caso 31:

E.R., 52 anos, viúva, embora o diabetes tenha sido
diagnosticado apenas há um mes, representa um caso típico
de diabetes tipo maturidade de evolução benigna. E.R. so-
fre há cerca de 30 anos de feridas nos membros inferiores
que inflamam, ulceram, tendendo a voltar após algum tempo.
Teve 3 filhos, todos com peso acima de 4 quilos. Acerca de
um mes, foi mordida por um cachorro apresentando úlceras pro-
fundas em uma das pernas. Foi solicitado uma curva glicêmi-
ca, o que comprovou ter uma redução da tolerância à glico-
se. Não possui antecedentes de diabetes, é muito insegura
e apresenta uma leve tendência à ansiedade. Tratou-se com

hipoglicemiantes orais durante os primeiros meses, continuando em seguida a fazer o controle apenas com a dieta. Pelos antecedentes verificados, supõe-se que já possuía uma pré-diabetes há longo tempo que, entretanto, razões desconhecidas ou possivelmente pela menor quantidade de material genético não evoluiu para um quadro mais grave, apesar de ter perdido o marido e dois filhos em circunstâncias traumáticas.

Caso 33:

A.E.M., 51 anos, casada, temperamento extremamente emotivo, já apresentava há 6 anos atrás, segundo o prontuário médico, "neurose reativa com cefaléia tensional", com opressão no peito, palpitações, choro fácil e angústia. Pela entrevista, verificou-se que, nesta ocasião, havia perdido o pai. A glicemia, nesta ocasião, estava normal, embora já manifestasse leve hipertensão arterial. Queixou-se inicialmente na entrevista de estafa, devido a excesso de trabalho e problemas com filhos e netos; entretanto, o problema real, verificou-se, era o marido que bebia e tinha outras mulheres. A.E. não dormia, esperando que este chegasse em casa. Seu estado agravou-se acerca de um mes, apresentando hipertensão arterial elevada, dispnéia, dores generalizadas, astenia, desmaios e curva glicêmica anormal.

A.E. possuía um EEG anormal (realizado 7 anos atrás) que apresentava surtos lentos paroxísticos nas áreas fronto-temporais. Após um período de entrevistas, com fins psicoterápicos, A.R. solucionou seus conflitos e orientou sua vida de forma a ter mais tempo de descanso. A glicemia, segundo observação recente, voltou a se normalizar.

- Consideramos, de modo geral, que a participação do ambiente nos casos Tipo Maturidade é mais intensa, quer se considere o aspecto afetivo emocional ou "stress" fisiológicos. Nota-se que o aspecto genético é mais importante

no Grupo Infanto-Juvenil, como se pode verificar no tópico B de antecedentes familiares.

Vejamos no Quadro VI a seguir, a média de idade dos pacientes atualmente e na época do aparecimento da doença e tempo médio de tratamento.

QUADRO VI

Média de idade dos pacientes, idade média na ocasião do aparecimento da doença e tempo médio de tratamento

| G R U P O S | Idade do aparecimento da doença | Tempo de tratamento | Idade atual |
|--|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Grupo I ₁ | 7,57 ⁽¹⁾ | 7,43 ⁽¹⁾ | 15 ⁽¹⁾ |
| Diabetes Tipo Infanto-Juvenil (adolescentes) | 5 - 10 anos ⁽²⁾ | 4 a 10 anos ⁽²⁾ | 14 - 18anos ⁽²⁾ |
| Grupo I ₂ | 17,33 | 12 | 29,33 |
| Diabetes Tipo Infanto Juvenil(adultos) | 13 - 20 anos | 9 a 14 anos | 26 - 34anos |
| Grupo II | 42,09 | 10,64 | 52,73 |
| Diabetes Tipo Maturidade com tratamento prolongado | 34 - 48 anos | 5 a 20 anos | 46 - 60anos |
| Grupo III | 49,25 | 9 meses | 53,58 |
| Diabetes Tipo Maturidade com tratamento recente | 33 - 60 anos | 1m a 2 anos | 33 - 60anos |

(1) - média

(2) - valores extremos

QUADRO VII

Antecedentes Familiares

| Incidência de | GRUPO I | GRUPO II | GRUPO III |
|---|---------|----------|-----------|
| 1. Diabetes na família (próxima e afastada) | 90% | 81,8% | 50% |
| a) Diabetes na família próxima (pais, irmãos) | 50% (+) | 83,6% | 33,3% |
| b) Diabetes na família afastada (avós, primos, tios) | 70% (+) | 18,2% | 16,7% |
| Doenças endócrinas exceto diabetes (tireóide, hipofise, etc.) | 40% | 27,3% | 8,3% |
| Obesidade | 30% | 63,3% | 25% |
| Gota | - | 9% | - |
| Sistema nervoso (exceto epilepsia) | 80% | 36% | 58,3% |
| Epilepsia (quadro manifesto com convulsões) | - | 27,3% | 16,7% |
| Outras enfermidades mentais | 80% | 27,3% | 8,3% |
| Alcoolismo | 30% | 9% | 16,7% |

(+) No Grupo I há casos na família próxima e afastada.

3.1.2 - Antecedentes familiares

Como se pode observar no quadro precedente, não há dúvida que a predisposição para o desenvolvimento da doença é herdada, embora não explique totalmente a causa do diabetes. Atualmente, a teoria mais aceita é que o diabetes depende de vários fatores, que se trata de um caso de herança multifatorial, nas quais fatores ecológicos e psicológicos atuam de maneira ainda não totalmente explicada.

Segundo Pieptea e Pavel (7), "o diabetes é de herança dominante e irregular, cuja única diferença entre os dois tipos clássicos de diabetes reside na quantidade de material genético, sendo o mutante alelo o denominador comum. Nos homozigotos, os alelos diplóides levariam ao diabetes infanto-juvenil, enquanto no heterozigoto, o alelo haplóide produziria o diabetes tipo maturidade". O papel protetor do alelo não portador protegeria o indivíduo da eclosão do diabetes, sendo necessária a atuação de outros fatores para reduzir sua capacidade de proteção. A prova disso, é que nunca é possível predizer com segurança que uma pessoa será diabética, pois até um gêmeo idêntico de um pai e mãe diabéticos pode não sê-lo.

Nos grupos estudados, especialmente o grupo I e II, notamos que há uma leve predominância de diabetes na família, no primeiro caso, embora a porcentagem de diabetes na família próxima seja mais elevada no grupo II.

Quanto às doenças endócrinas, notou-se uma tendência maior no grupo I, estando presente somente doenças da tireóide.

No grupo II, há maior porcentagem de familiares obesos, embora no grupo I e III desapareça esta relação.

O aspecto mais significativo entretanto, se prende aos índices mais elevados de doenças do sistema nervoso, enfermidades mentais e alcoolismo encontrado no grupo I.

Em dois casos, no Grupo I, observou-se a existência de tentativa de suicídio em parentes próximos, e tendo ocorrido o mesmo fato com um dos sujeitos do grupo experimental. Breuler (15) considera frequente o aparecimento de depressões leves em diabéticos, especialmente no diabetes que aparece em idade mais avançada, sendo estes indivíduos, de temperamento do tipo sintônico e ciclóide. Segundo este autor, a psicose maníaco-depressiva manifesta-se mais a miúdo nos diabéticos do que nos grupos de controle, não sabendo, entretanto, quais as causas. Recentemente, autores soviéticos (Protopopov (27) observaram a elevação da taxa de açúcar sanguíneo em casos de P.M.D., e outras alterações que traduziam, segundo estes, uma excitabilidade exagerada na região hipotalâmica. Por outro lado, este mesmo autor considera que os fatores hereditários na P.M.D. também não explicam totalmente o quadro, aceitando o fato que não seja totalmente endógena, mas reativa, podendo certos tipos de cultura conduzir a tipo de relações familiares propícias ao desenvolvimento de uma personalidade pré-maníaco depressiva.

É possível que, no caso de familiares dos diabéticos exista alguma predisposição à depressão, em parte devido à grande incidência de indivíduos com constituição pícnica.

Outros problemas psiquiátricos em família dos pacientes do Grupo I não puderam ser claramente definidos quanto ao diagnóstico por falta de dados, sabendo-se, somente, que necessitaram de internamento.

De modo geral, nota-se incidência maior de indivíduos ansiosos e tensos nos familiares do Grupo I, sendo estes os sintomas mais comuns a indicar desajustes e conflitos interpessoais entre os pais dos pacientes. No Grupo II e III, estes sintomas também estão presentes, porém, em menor grau e a natureza dos conflitos parece ter tido repercussão menos trau

mática na infância desses pacientes.

QUADRO VIII

Auto-avaliação dos pacientes em relação ao estado emocional

| Sinais de labilidade emocional | Grupo I | Grupo II | Grupo III |
|--------------------------------|---------|----------|-----------|
| Anterior ao diagnóstico | 50% | 72,7 | 41,7 |
| Posterior ao diagnóstico | 40% | 27,3 | 41,7 |
| Situação atual | 90% | 90,9 | 83,4 |

3.1.3 - Auto-avaliação dos pacientes quanto às modificações sofridas no estado emocional.

Procurcu-se, através da auto-avaliação, verificar se o "nervosismo", irritabilidade e instabilidade emocional, que são queixas comuns nestes pacientes, manifestaram-se já na infância e adolescência (nos adultos), ou muitos anos antes do aparecimento da doença (nas crianças).

Os resultados obtidos são bastante significativos, pois muitos dos pacientes embora se considerassem normais em muitos aspectos, não hesitaram ao afirmar serem pessoas muito nervosas. Grande parte desses pacientes observaram que a instabilidade surgiu por ocasião do aparecimento da doença, embora 72,7% do grupo II já se julgassem emotivos e instáveis na infância ou adolescência.

No grupo III, doentes recentes, 3 sujeitos declararam que a instabilidade pré-existente tinha se agravado, e somente um indivíduo do grupo II se considerou melhor destes sintomas após o tratamento medicamentoso.

No grupo Infanto-Juvenil, 40% passou a mostrar sintomas de irritabilidade em decorrência dos problemas e restrições causados pela doença. Os 50% restantes já apresen-

tavam sinais de labilidade emocional, alguns por problemas familiares, outros por serem desde o nascimento extremamente emotivos.

3.1.4 - Atitude dos pacientes em relação à doença, por ocasião do diagnóstico, na época da entrevista em relação ao futuro - (auto-avaliação)

QUADRO IX

Atitude dos pacientes em relação à doença, na época do diagnóstico

| Tipos de reações | Grupo I n = 10 | Grupo II n = 11 | Grupo III n = 12 |
|--|-------------------|--------------------|---------------------|
| 1. Normal | 50% | 36,4 | 58,3 |
| 2. Aborrecimento devido às restrições impostas | 10% | 36,4 | 16,7 |
| 3. Medo | 30% | 9% | 25% |
| 4. Revolta | 10% | 18% | - |

QUADRO X

Atitude atual dos pacientes em relação à doença

| Tipos de reação | Grupo I n = 10 | Grupo II n = 11 | Grupo III n = 12 |
|--|-------------------|--------------------|---------------------|
| 1. Despreocupação | 30% | 54,5 | 66,8 |
| 2. Sente ter apoio | - | - | 8,3 |
| 3. Procura seguir as recomendações médicas, visando um futuro melhor | 20% | - | - |
| 4. Aborrecimento pelas restrições impostas | 30% | 9,1 | - |
| 5. Ansiedade e depressão | 20% | - | 8,3 |
| 6. Nervosismo e preocupação | - | 27,3 | - |
| 7. Medo | - | - | 8,3 |
| 8. Revolta | - | 9,1 | 8,3 |

QUADRO XI

Atitude dos pacientes em relação ao futuro

| Tipos de reações | Grupo I n = 10 | Grupo II n = 11 | Grupo III n = 12 |
|--|-------------------|--------------------|---------------------|
| 1. Vida normal com cuidados adequados | 50% | 45,4% | 41,7% |
| 2. Evita pensar, vive o presente | 40% | 9,1% | - |
| 3. Medo e preocupação com o futuro | 10% | - | 25% |
| 4. Não acredita na <u>so</u> brevivência | - | 45,5% | 33,3% |

Observa-se que na ocasião do diagnóstico, 50% dos pacientes com Diabetes Tipo Infanto-Juvenil, (Grupo I) reagem normalmente, pois desconhecem a doença. O desconhecimento provoca em alguns, medo intenso (30%), os restantes reagem com revolta (10%) e aborrecimento (10%).

Atualmente, somente 30% (Grupo I) continuam mantendo esta reação de despreocupação, porém, 20% já conscientizam a necessidade de seguir as orientações médicas. O aborrecimento em relação às restrições aumenta de 10% para 30%, e a depressão diminui ligeiramente de 30% para 20%.

A atitude do Grupo I em relação ao futuro, modifica-se, pois, de total despreocupação passa para a conscientização de que uma vida normal (50%) vai depender de cuidados especiais em relação ao tratamento. Alguns evitam pensar no futuro, vivem no presente. Este fato pode sugerir uma real despreocupação quanto à idéia da morte, como também, um mecanismo de defesa, pois preferem não pensar nas possíveis complicações da doença.

Os pacientes do Grupo II, Tipo Maturidade, doentes

crônicos, inicialmente, reagiram mais com aborrecimento, medo e revolta (63,3%), tendendo esta reação negativa a diminuir ligeiramente (45,5%).

Em relação ao futuro, também, (45,5%) não acreditam que possam sobreviver à doença. Muitos pacientes deste grupo apresentam doenças cardíacas, o que explica, em parte, o pessimismo em relação ao futuro, pois sabemos que 50% dos diabéticos morrem em consequência deste tipo de problema.

Os pacientes do Grupo III Tipo Maturidade, doentes recentes, conscientemente são os menos preocupados, porém acreditamos que essa despreocupação é um mecanismo de defesa, pois são os que têm mais medo da morte e preocupação com o futuro (58,3%). Isto confirma os resultados do Rorschach, onde manifestam intensa angústia em relação à saúde, através dos conteúdos das respostas.

3.1.5 - Relacionamento interpessoal

QUADRO XII

Tipo de relacionamento

| Relacionamento com: | Grupo I | | | Grupo II | | | Grupo III | | |
|--|---------|-----|-----|----------|------|-----|-----------|-----|-----|
| | B | R | M | B | R | M | B | R | M |
| Pai | 10% | 50% | 40% | - | - | - | - | - | - |
| Mãe | 10% | 40% | 50% | - | - | - | - | - | - |
| Esposo, a | | | | 10% | 40% | 50% | 27% | 9% | 64% |
| Filhos | | | | 37,5 | 37,5 | 25% | 36% | 36% | 28% |
| Relacionamento fora do ambiente familiar | 20% | 40% | 40% | 60% | 10% | 30% | 72% | 9% | 19% |

B = Bom

R = Regular

M = Mau

3.1.5 - Relacionamento interpessoal

O dados, aqui, foram obtidos através da auto-avaliação do paciente e a avaliação psicológica obtida através das entrevistas.

Procurou-se avaliar somente a relação com familiares que viviam com o paciente na época do aparecimento da doença e, por esse motivo, não foram incluídos os pais dos pacientes Tipo Maturidade, cuja maioria já eram falecidos ou não viviam com os pacientes.

O grupo Infanto-Juvenil mostra uma tendência a ter dificuldades de relacionamento com os pais, devido às restrições e desajustes causados pela doença e por causa de dessavenças e conflitos existentes entre o casal.

Muitos pais não aceitam a doença de seu filho; outros sentem-se culpados ao saberem que a doença é hereditária e manifestam muita ansiedade em relação ao tratamento. Por outro lado, muitas crianças se rebelam com as restrições impostas pelos pais no que diz respeito a exames periódicos, injeções e dieta, criando um clima propício a desentendimentos.

Nos grupos Tipo Maturidade, nota-se maior dificuldade em relação ao esposo ou esposa, estando incluídos na categoria M, todos os casos em que o casal já se separou, não mantem mais vida sexual ou vivem em constante conflito. No Grupo I, somente 2 sujeitos são casados, um tendendo para um relacionamento regular e outro para mau. Quanto aos filhos, o relacionamento destes pacientes se distribuem nas categorias B, R e M.

Em relação às pessoas fora de seu ambiente familiar, a maioria dos pacientes diabéticos da nossa amostra mostrou, superficialmente, um nível bom de ajustamento interpessoal.

Os diabéticos Infanto-Juvenis adolescentes, por sua

vez, se caracterizaram quanto a este aspecto, pela sensibilidade e retraimento, possuindo, alguns deles, uma personalidade de tipo esquizóide.

Entretanto, não devemos esquecer que os pacientes por nós testados, estavam sendo tratados em ambulatório, não sendo utilizados pacientes hospitalizados.

É interessante notar, que alguns pacientes adultos, aos quais o médico clínico solicitou um parecer psiquiátrico, recusaram submeter-se aos testes.

Nestes pacientes e nos pacientes hospitalizados, devido a uma crise, possivelmente se encontraria um quadro bem diverso.

3.1.6 - Causas envolvidas nas hospitalizações devido ao coma diabético

QUADRO XIII

Hospitalizações devido ao coma diabético

| <u>% de Hospitalizações</u> | <u>n =</u> | <u>%</u> |
|------------------------------|------------|----------|
| Grupo I (T. Infanto-Juvenil) | 10 | 50% |
| Grupo II (T. Maturidade) | 11 | 9% |
| Grupo III (T. Maturidade) | 12 | 0% |

Os pacientes com diabetes Tipo Infanto-Juvenil estão mais sujeitos a hospitalizações que os diabéticos Tipo Maturidade.

Constantemente, as transgressões alimentares são responsáveis pelas hospitalizações, sem maiores investigações quanto às dificuldades emocionais que levaram o paciente a abandonar a dieta ou descuidar-se das prescrições

médicas.

W.M. e W.A.M. (Casos 6 e 7), caso já apresentado quando discutimos os fatores desencadeantes, tiveram até o momento 18 hospitalizações por coma hipoglicêmica. Ambos comem doces escondido e seus níveis glicêmicos mantêm-se sempre instáveis. Entretanto, o conflito entre os pais, especialmente a rejeição mostrada pela figura paterna acentuam a instabilidade da doença. Segundo W.M.: "Só fico nervoso quando estou em casa, na rua fico legal". W.A.M. diz "que o pai acha que gasta muito dinheiro com a sua doença e quando bebe, briga e causa muita perturbação".

D.T. (Caso 2), jovem de 14 anos, diabética há 7 anos, só nos últimos 3 anos necessitou ser internada. Até então, mantinha níveis glicêmicos sem grandes oscilações. Passou a se descontrolar após a morte da avó a quem era muito chegada. Tentando se refazer do golpe, foi a um acampamento de férias, aonde foi "pressionada" a compartilhar atividades de grupo. Devido a seu retraimento, sentiu-se "ameaçada" pelos colegas. Após este incidente, recusa fazer amizades, mantendo uma atitude de isolamento e timidez, chegando a permanecer na sala de aula durante o recreio, para evitar a companhia dos colegas. O choque causado pela morte da avó e a experiência desagradável no acampamento, provocaram intensa ansiedade que repercutiu no seu estado de saúde causando as hospitalizações por coma hiperglicêmico. O trabalho psicoterápico é sempre obstruído pela mãe que, apesar da orientação dada, considera a atitude da filha em relação às colegas, algo positivo, desencorajando todas as suas tentativas de relacionamento, afirmação ou independência.

A.L. (Caso 8) já esteve internado 16 vezes, abusada da comida e bebida, devendo-se os "descuidos", à depressão e desgostos amorosos. Já esteve noivo, tendo a família da moça impedido o matrimônio, por ser diabético. Tem dificuldade em aceitar a doença, procurando esconder este fato dos amigos e colegas de serviço.

L.C. (Caso 19), senhora de 60 anos, é diabética há 14 anos. Sofre de hipertensão há 10 anos, tendo sofrido recentemente um Infarto do Miocárdio. Pessoa extremamente imatura, de temperamento difícil, causa constantemente "crises domésticas entre seus familiares. A pedido dos familiares compareceu às entrevistas, visando melhorar uma crise de depressão, iniciada após a morte do marido. L.C. foi hospitalizada 2 vezes por coma hiperglicêmico, tendo, nas duas ocasiões sofrido choques emocionais intensos que provocaram a hiperglicemia.

E.W. (Caso 10), 28 anos, embora não tenha necessitado de hospitalização, ao sentir-se infeliz e abandonada pelo marido, passou a comer de tudo, inclusive latas de leite condensado, pois queria se auto-destruir. Não entrou em coma, mas apareceram feridas profundas nas pernas que chegaram a atingir o osso.

Como pudemos verificar, só em um dos casos, a hospitalização se deu devido a problema infeccioso que elevou consideravelmente o nível glicêmico.

De modo geral, o equilíbrio emocional é o fator mais importante a considerar, porém é o mais constantemente negligenciado. A atitude do médico que controla o diabetes do enfermo deve ser de compreensão e não de recriminação ao verificar que este não segue as prescrições. Nestes casos, na falta de um psicólogo, o médico deveria ser também um conselheiro, permitindo-se estabelecer um clima de confiança, de modo que o doente não necessite esconder seus excessos. Só assim, através de um diálogo franco, se tornariam conhecidas as verdadeiras causas de seu desequilíbrio metabólico.

O paciente dever sentir que o interesse é por seus problemas e bem estar e, não somente, pelos resultados dos exames laboratoriais.

Concordamos com Lidz (46) que afirma que estes en-

fermos chegam à acidose, não como consequência de insignificantes transgressões dietéticas, mas que trabalharam para isso, esquecendo-se propositalmente dos cuidados necessários. Procurando fugir de alguma dificuldade na vida, buscam refúgio no hospital ou no suicídio. Nem todos, porém, adotam esta atitude destrutiva; isto dependendo muito do tipo de personalidade e força do ego do indivíduo e dos fatores ambientais que podem criar pressões ou favorecer o ajustamento dos pacientes.

3.1.7 - Formas de tratamento do diabete - reação dos pacientes

QUADRO XIV

Formas de tratamento atual

| Controle da glicemia é obtido através de: | Grupo I n = 10 | Grupo II n = 11 | Grupo III n = 12 |
|--|-------------------|--------------------|---------------------|
| Hipoglicemiantes orais | - | 8 | 5 |
| Insulina N P H | 2 | 2 | - |
| Insulina N P H mais doses extras de insulina simples | 7 | - | - |
| Somente Dieta | 1 | 1 | 7 |

O tipo de tratamento do diabetes depende da gravidade da enfermidade; nos diabéticos leves, a glicemia poderá ser controlada através de uma dieta qualitativa, nas quais estão excluídos o açúcar e os doces e há a restrição de alimentos de alto conteúdo de hidratos de carbono, tais como, arroz, cereais, pão e cerveja e, em alguns casos, restrição das gorduras.

Se a dieta não for suficiente para controlar a gli

cemia, utiliza-se os hipoglicemiantes por via bucal, utilizando-se a insulina se a hiperglicemia for persistente.

No diabetes moderadamente grave, é possível obter controle com uma só injeção matutina.

A maioria dos diabéticos Tipo Maturidade consegue manter bom controle com dieta ou hipoglicemiantes orais e só alguns casos necessitam de insulina.

A maioria dos jovens, entretanto, desenvolve rapidamente uma cetose, se não se administra insulina, necessitando 70% da nossa amostra do Grupo I, doses extras, duas ou três vezes por dia, em geral, antes das principais refeições.

Os pacientes do Grupo I sofrem mais com o tratamento, pois a quantidade de injeções diárias já é um fator traumático, especialmente tratando-se de crianças. O maior problema, entretanto, é a dieta. As queixas dos pais são constantes e, se durante a fase pré-escolar, conseguiram algum sucesso neste setor, logo desanimam quando a criança vai à escola, pois longe de sua vigilância, quase todas comem doces e sorvetes.

Por outro lado, a vigilância excessiva cria em geral, uma preocupação exagerada e regressiva em relação à comida. Temos vários exemplos: uma criança considerava seus pais "bons", porque lhe compravam balas, geléias e outros alimentos dietéticos; uma outra desenha maçãs e comida, como a "coisa que mais gosta", etc. Alguns adultos, especialmente os obesos, têm muita dificuldade em seguir a dieta. Ao menor sinal de frustração afetiva ou problema vital, desencadeia nestes uma vontade insaciável de comer, mecanismo este que tem a função de reduzir a ansiedade. Outros utilizam esse mecanismo para mostrar rebelião contra a dominação de pais ou médicos (hipofagia reativa).

Por este motivo, é difícil obter a redução do pe-

so sem um estudo prévio da personalidade do indivíduo. Em muitos casos, é necessário uma avaliação da importância emocional que o ato de comer tem para o paciente ou se algum "stress" emotivo especial pode ser a causa do aumento do consumo de alimentos. A instabilidade emocional observada nestes pacientes pode ser, na maioria dos casos, o denominador comum nos distúrbios alimentares deste tipo de paciente.

3.2. - Teste de Rorschach

3.2.1 - Análise Estatística

A) - Condições afetivo-emocionais

a) - Índice de reatividade aos estímulos emocionais do ambiente ($\leq C$)

QUADRO XV

Média das respostas de cor obtidas nos diferentes grupos

| Grupos | N | \bar{x} |
|-------------------|----|-----------|
| 1 - Experimentais | | |
| I | 10 | 2,9 |
| II | 11 | 1,32 |
| III | 12 | 1,92 |
| 2 - Controles | | |
| IV | 10 | 1,5 |
| V | 15 | 1,93 |

Para compararmos as médias entre os grupos utilizamos o "t de Student" (grau de confiança $\alpha = 0,05$)

$$H_0: u_1 - u_2 = 0$$

$$H_a: u_1 - u_2 \neq 0$$

QUADRO XVI

Cálculo do "t de Student" estabelecendo a comparação das mé-
dias entre os grupos relativos aos índices de reatividade
emocional

| Grupos | t | g.l. | nível 0,05 (bicaudal) |
|----------|--------|------|--------------------------|
| I x IV | 1,29 | 18 | n.s. |
| I x II | 1,50 | 19 | n.s. |
| II x V | -1,31 | 24 | n.s. |
| II x III | 1,24 | 21 | n.s. |
| III x V | -0,022 | 25 | n.s. |

Como pudemos observar no Quadro acima, não há diferença significativa no grau de reatividade dos estímulos emocionais do ambiente, entre os diabéticos e os não diabéticos.

Não há diferença significativa no grau de reatividade dos estímulos emocionais do ambiente, ao compararmos os diferentes grupos de diabéticos entre si.

b) - Tipo de vivência
(Relação entre M : \leq C)

QUADRO XVII

Distribuição dos sujeitos no Grupo Experimental e no Grupo de Controle em relação aos diferentes tipos de vivência

| Tipo de vivência | Grupo Experimental | | | Grupo de Controle | |
|------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| | Grupo I (n=10) | Grupo II (n=11) | Grupo III (n=12) | Grupo IV (n=10) | Grupo V (n=15) |
| M > C | 4(+) | 7 | 1 | 5 | 8 |
| M < C | 5 | 2 | 10 | 5 | 4 |
| M = C | - | - | - | - | 3 |
| O : O | 1 | 2 | 1 | - | - |

(+) - número de indivíduos observados em cada categoria.

Ao compararmos a probabilidade de ocorrência entre os grupos quanto a esta relação, obtivemos os seguintes resultados:

QUADRO XVIII

Cálculo do Z estabelecendo a comparação entre os resultados
obtidos pelos diferentes grupos em relação aos tipos de vivência

| Grupos | M > C Z= | nível 0,05 (bicaudal) | M < C Z= | nível 0,05 (bicaudal) | M:C Z= | nível 0,05 (bicaudal) | O:O Z= | nível 0,05 (bicaudal) |
|----------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| I x IV | 0,43 | n.s. | 0 | n.s. | 0 | n.s. | 1 | n.s. |
| I x II | -1,0602 | n.s. | 1,5429 | n.s. | 0 | n.s. | -0,52 | n.s. |
| II x V | 0,51 | n.s. | -0,499 | n.s. | 1,87 | n.s. | 1,495 | n.s. |
| III x V | -2,88 | sig. | 3,454 | sig. | 1,87 | n.s. | 1,019 | n.s. |
| II x III | 3,21 | sig. | 3,922 | sig. | 0 | n.s. | 0,316 | n.s. |

Há diferença significativa entre os Diabéticos Tipo Maturidade, doentes recentes (Grupo III), em relação ao Grupo de Controle não Diabético (Grupo V). Este mesmo grupo (III) apresenta uma diferença significativa quando comparado com o de Diabéticos Tipo Maturidade Doentes Crônicos.

No Grupo III há um nítido predomínio significativo da proporção $M < C$, enquanto que no grupo não diabético (V) e o grupo de Diabéticos Tipo Maturidade Crônicos (II) predomina a proporção contrária $M > C$.

Quanto às demais proporções, $M : C$, e $O = \emptyset$ não há diferença significativa entre os 5 grupos.

c) - Estrutura da afetividade - Tipo de reatividade emocional

QUADRO XIX

Cálculo do χ^2 estabelecendo a comparação entre o Grupo de Diabéticos e não Diabéticos

| Tipo de reatividade emocional | Grupo Experimental (Diabéticos) | Grupo de Controle (Não Diabéticos) |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Estabilidade $FC > FC^- + CF + C$ | 6 ⁽⁺⁾ | 13 |
| Labilidade $FC < FC^- + CF + C$ | 20 | 10 |
| Repressão Respostas de Cor = 0 | 7 | 2 |
| N = | 33 | 25 |
| | $\chi^2 = 7,84$ niv. sign. 0,05 | |

(+) Número de indivíduos observados em cada categoria.

A probabilidade de ocorrência dos três tipos de reatividade emocional são significativamente diferentes entre os dois grupos, conforme o χ^2 calculado ($\chi^2 = 7,84$; nível de significância de $\alpha = 0,05$).

Nota-se maior ocorrência de labilidade e repressão emocional no Grupo Experimental, ao passo que há maior frequência de estabilidade no Grupo de Controle.

QUADRO XX

Distribuição do sujeito do Grupo Experimental e do Grupo de Controle nos três tipos de reatividade emocional

| Respostas de cor | Grupos Experimentais | | | Grupos de Controle | |
|--|----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| | Grupo I (n=10) | Grupo II (n=11) | Grupo III (n=12) | Grupo IV (n=10) | Grupo V (n=15) |
| Índice de estabilidade emocional $FC^+ > FC^- + CF + C$ | 0 ⁽⁺⁾ | 4 | 2 | 6 | 7 |
| Índice de labilidade emocional $FC^+ < FC^- + CF + C$ | 7 | 5 | 8 | 3 | 7 |
| Índice de Repressão Emocional Respostas de Cor=0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |

(+) Número de indivíduos observados em cada grupo

Ao compararmos a probabilidade de ocorrência destes três índices entre os 5 diferentes grupos obtivemos os seguintes resultados:

QUADRO XXI

Cálculo do Z, estabelecendo a comparação entre os resultados obtidos pelos 5 diferentes grupos, relativos ao tipo de reatividade emocional

| Grupos | Estabilidade Emocional $FC > FC^- + CF + C$ | Nível 0,05 | Labilidade Emocional $FC^- + CF + C > FC$ | Nível 0,05 | Repressão Emocional $FC:CF+C$ 0 : 0 | Nível 0,05 |
|----------|--|---------------|--|---------------|---|---------------|
| I x IV | Z = - 3,67 | sign. | Z = 1,85 | sign. | Z = 1,0954 | n.s. |
| I x II | Z = 2,396 | n.s. | Z = 1,175 | n.s. | Z = 0,6055 | n.s. |
| II x V | Z = 0,528 | n.s. | Z = 0,2766 | n.s. | Z = 0,7909 | n.s. |
| III x V | Z = 1,72 | sign. | Z = 1,0260 | n.s. | Z = 0,7664 | n.s. |
| II x III | Z = 1,04 | n.s. | Z = 1,002 | n.s. | Z = 0,091 | n.s. |

A um nível de significância de 5% verificamos que o Grupo de Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (Grupo I) apresenta menor estabilidade emocional e maior labilidade emocional que o grupo de Controle (Grupo IV). ($Z = -3,67$; $Z = 1,85$).

O grupo de Diabéticos Tipo Maturidade, doentes Recentes, (Grupo III) apresenta menor estabilidade emocional que o Grupo de Controle (Grupo V). ($Z = 1,72$, nível de significância 5%).

Os grupos de Diabéticos (Grupo I x II e Grupo II x III), não diferem significativamente entre si quanto a estrutura da afetividade (estabilidade, labilidade e repressão).

Nota-se que o Grupo de Diabéticos Tipo Maturidade, Doentes Crônicos (Grupo II) não apresenta diferença significativa do Grupo de Controle quanto à estrutura da afetividade (estabilidade, labilidade e repressão).

Quanto ao Índice de Repressão Emocional, não se observou diferença significativa entre Diabéticos e Não Diabéticos. Conclui-se, portanto, que quando separamos os grupos, nota-se que os Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (Grupo I) e os Diabéticos Tipo Maturidade Recentes (Grupo III) são os grupos que apresentam desvio significativo quanto à qualidade de suas reações afetivo-emocionais, demonstrando, portanto, menor índice de estabilidade e maior labilidade.

B - Relacionamento Interpessoal - Respostas de Conteúdo Humano

QUADRO XXII

Média do H% obtida nos diferentes grupos

| Grupos | N | \bar{X} |
|--------------------------|----|-----------|
| 1 - Grupos Experimentais | | |
| I ₁ | 7 | 16,14 |
| I ₂ | 3 | 30,67 |
| II | 11 | 17,73 |
| III | 12 | 6,92 |
| 2 - Grupos de Controle | | |
| IV ₁ | 6 | 17,5 |
| IV ₂ | 4 | 10,24 |
| V | 15 | 15,07 |

Para compararmos as médias entre os grupos utilizamos o "t de Student" (nível de confiança $\alpha = 0,05$).

$$H_0 : u_1 - u_2 = 0$$

$$H_1 : u_1 - u_2 \neq 0$$

QUADRO XXIII

Cálculo do "t de Student" estabelecendo a comparação das médias entre os grupos em relação ao H%

| Grupos | t | g.l. | nível 0,05 (bicaudal) |
|----------------------------------|--------|------|--------------------------|
| I ₁ x IV ₁ | -0,267 | 11 | não sign. |
| I ₂ x IV ₂ | 2,365 | 5 | " |
| I x II | 0,540 | 19 | " |
| II x V | 0,766 | 24 | " |
| II x III | 2,397 | 21 | signif. |
| III x V | -2,535 | 25 | " |

Há diferença significativa quanto à ocorrência de conteúdo humano entre o Grupo de Diabéticos Tipo Maturidade Doentes Recentes (III) e o Grupo de Controle Não Diabético (V). O grupo III se caracteriza pela ocorrência reduzida da categoria H, o mesmo não ocorrendo com o Grupo de Diabéticos Tipo Maturidade Doentes Crônicos, que não difere significativamente do Grupo de Controle Não-Diabético.

Os grupos de Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (I₁, composto de adolescentes e I₂ de adultos) não diferem quanto à ocorrência de respostas de conteúdo humano, notando-se que no grupo I₂ (adultos) existe uma tendência a dar maior número destas que o grupo de controle.

C - Relacionamento com o mundo exterior - Índice de realidade de Neiger

QUADRO XXIV

Distribuição dos sujeitos do Grupo Experimental e do Grupo de Controle nas três categorias do índice de realidade

| Índice de realidade de Neiger | Grupo I n=7 | | Grupo II n=11 | Grupo III n= 12 | Grupo IV n=6 n=4 | | Grupo V n=15 |
|-------------------------------|------------------|----------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------|-----------------|
| | I ₁ | I ₂ | | | IV ₁ | IV ₂ | |
| 0-4 Hipoplástico | 5 ⁽⁺⁾ | - | 6 | 7 | 0 | 0 | 3 |
| 5-7 Normal | 2 | 2 | 5 | 4 | 5 | 3 | 10 |
| 8 Hiperplástico | - | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 2 |

(+) Número de indivíduos em cada grupo.

Para testarmos a existência ou não de diferença entre os grupos, utilizamos o teste U de Mann-Whitney (grau de confiança $\alpha = 0,05$).

Observação: - O I.R. referente a cada indivíduo consta nos Quadros a seguir.

QUADRO XXV

Cálculo do U de Mann Whitney estabelecendo as diferenças entre os grupos em relação ao índice de realidade

| Grupos | n= | Teste de U de Mann Whitney | Nível 0,05 (unicaudal) |
|----------------|-------|----------------------------|------------------------|
| I_1 x IV_1 | 7;6 | U = 5 | Significativo |
| I_2 x IV_2 | 3;4 | U = 3,5 | Não significativo |
| I x II | 10;11 | U =45 | Não significativo |
| II x V | 11;15 | U =49 | Significativo |
| II x III | 11;12 | U =59 | Não significativo |
| III x V | 12;15 | U =52,5 | Significativo |

Há diferença significativa quanto ao Índice de Realidade entre o Grupo de Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (I_1 = adolescentes) e o Grupo de Controle Não-Diabético (IV_1). Não há diferença significativa entre o Grupo de Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (I_2 - Adultos) e o Grupo de Controle (IV_2).

Há diferença significativa entre os grupos de Diabéticos Tipo Maturidade, Doentes Recentes e Doentes Crônicos (III e IV) quando comparados com o Grupo de Controle não Diabético (V).

Não há diferença significativa quanto ao Índice de Realidade dos Diabéticos quando comparados entre si (I x II e II x III).

3.2.2 - Interpretação dos Resultados

O psicodiagnóstico de Rorschach realizado em 33 pacientes diabéticos nos permitiu concluir em que medida o aspecto afetivo-emocional, o meio ambiente e o relacionamento interpessoal poderiam estar contribuindo como fator desencadeante da doença, e o papel destes fatores no ajustamento vital dos pacientes.

Os dados obtidos não abarcam todos os níveis da personalidade dos pacientes, mas somente aspectos restritos, tendo-se usado este método pela possibilidade de nos fornecer dados objetivos e mensuráveis com a mesma precisão de paciente para paciente.

A) - Aspectos afetivos emocionais

a) - Quanto à disposição geral de reatividade dos estímulos emocionais do ambiente (ΣC), os 3 grupos de diabéticos não diferiram entre si e entre os grupos não diabéticos. Quanto ao aspecto "quantitativo" da afetividade, representado pela soma das respostas de cor, os 5 grupos obtiveram uma reatividade abaixo do normal, demonstrando pouca capacidade de resposta à influências ambientais, pois nenhum dos grupos obteve a média cromativa 3, considerada ideal, segundo Klopfer e Davidson (38). Somente o grupo de diabéticos Infanto-Juvenis se aproximou desta média ($\bar{X} = 2,9$) cujos resultados parecem ter se deslocado nesta direção por influência dos casos ns. 1 e 4 ($\Sigma C = 10$; $\Sigma C = 7$), que manifestaram uma reatividade intensa, sobrepujando os índices encontrados por I. Adrados (2) em recente pesquisa com adolescentes da Guanabara, cujas médias eram de 3,29 para o sexo masculino e 3.33 para o sexo feminino.

b) - Entretanto, como o próprio Rorschach (63) afirmou, "os valores absolutos de \underline{M} e \underline{C} , por maior que seja essa importância dos representantes do trabalho de interiorização, isto é, dos momentos afetivos, por si próprios não

oferecem senão representações insuficientes: o essencial é a sua relação mútua.

Verificamos aqui, que nos grupo de Diabéticos Tipo Maturidade (Doentes recentes), predomina a proporção $M < C$, o que significa que predomina nestes, maior labilidade a fetiva, visto não possuírem a seu favor o "fator M (cinestésias) que é um dos fatores de estabilização da afetividade" (Bohm, 16).

As cinestésias representam a capacidade criadora, a interiorização, a reflexão, e de certo modo, é um dos aspectos de mais importância da inteligência. Nos indivíduos com muitas M, a emotividade aparece de forma mais dominada, sendo "tonificada" por este fator. É provavelmente o que ocorre, especialmente, com o grupo de Diabéticos Tipo Maturidade Crônica e em parte com o Grupo de Diabéticos Tipo Infante-Juvenil, que não diferem quanto ao grupo de controle, conseguindo através da interiorização atingir um equilíbrio emocional mais estável.

c) - O "tipo" ou qualidade da reação emocional é o fator mais importante para a nossa pesquisa, pois através das relações existentes entre os 3 tipos de respostas de cor (forma cor (FC); cor forma (CF) e cor pura (C), podemos obter, segundo Bohm, (16) uma visão da afetividade que "permanece dentro das pessoas em oposição à afetividade manifesta", embora outros fatores como a reflexão (respostas M) e a inteligência (F%) possam ocultar para o mundo exterior uma afetividade lábil e impulsiva.

Vemos, portanto, que quando consideramos os 3 grupos de Diabéticos (I, II, III) como um todo, notamos que estes diferem de forma bastante significativa do grupo de Controle, sendo menos estáveis, mais lábeis e com maior tendência à repressão.

A observação mais acurada entre os grupos, ressaltou que somente os grupos de Diabéticos Infante-Juvenis (I)

e o de Tipo Maturidade Doentes Recentes mostram menor índice de estabilidade emocional.

Considerando-se também o fato dos sujeitos do Grupo III não apresentarem as respostas M em número suficiente, isto ainda os tornam mais lábeis, hiperemotivos e suggestionáveis, podendo, muitas vezes, entrar em oposição com o meio. É o tipo extratensivo egocêntrico que segundo Beizmann, (12) é comum em crianças de 10 a 13 anos, sendo considerado em adultos como um sinal de imaturidade e afetividade infantil regressiva.

Embora o tipo de ressonância íntima seja mais estável em um determinado indivíduo, devemos considerar a possibilidade de que neste caso em particular, os diabéticos - poderiam estar sofrendo no início da doença, um desequilíbrio psicofisiológico mais acentuado, tendo tendência a um controle relativo com o passar dos anos.

O grupo III, embora muitos casos não tenham características graves, seus membros encontram-se na grande maioria atravessando situações vitais difíceis, tendo que se adaptar à idéia de serem diabéticos, aprender a lidar com temores e dúvidas a respeito do tratamento. Este aspecto será mais amplamente discutido juntamente com os resultados da entrevista.

Quanto ao grupo Infanto-Juvenil, a dificuldade de manter os níveis de glicemia estáveis, a idade dos pacientes, a ansiedade e super-proteção dos pais e o ambiente familiar em geral, prejudicam e retardam o amadurecimento emocional dos pacientes.

O grupo II, por sua vez, mostra-se mais equilibrado pela presença estabilizadora da introversão e com índice de estabilidade emocional mais elevado.

B - O relacionamento interpessoal

Sullivan, Fromm e Kardiner (22) influenciaram de modo marcante a tendência atual a considerar as doenças psicossomáticas, demonstrando que estas dependiam também da cultura e das relações do indivíduo com o grupo.

Realmente, o resultado obtido com o Grupo III, de Diabéticos Tipo Maturidade, doentes recentes, foi bastante significativo. A média de respostas obtidas pelo grupo foi de apenas $\bar{X} = 6.92\%$, abaixo dos limites críticos (10%).

Dos 11 casos estudados, 6 casos obtiveram o escore 0%, o que é um indício de misantropia (Adrados (1) e 2 casos obtiveram somente 4%.

Entretanto, o que nos pareceu mais significativo, foi a presença maciça de conteúdos de despersonalização. A despersonalização, segundo alguns autores indica uma adaptação à realidade, perturbação da consciência de si, regressão narcisista, revelando o início de um processo dissociativo. M. Augras (8), entretanto, verificou o aparecimento destes conteúdos no Rorschach em psicogramas normais, tendo concluído que "mais que um quadro de perturbações da consciência de si, a despersonalização seria um modo do indivíduo expressar sua insegurança em relação a si próprio e em relação ao mundo. Esta insegurança, segundo a autora, "poderia encontrar-se em quadros clínicos vários, indo da simples ansiedade perante a realidade até a vivência de disjunção esquizofrênica.

Em 4 casos deste Grupo (Ns. 22, 23, 25 e 28) aparecem temas de deteriorização de um órgão canceroso. Exs: caso 25, na lâmina X, no verde inferior vê: "acho que seja uma doença na barriga de uma pessoa, é um bicho comendo uma pessoa por dentro." Na IX, vê conteúdo semelhante. O caso 28 vê também na X: "É o organismo interno do ser humano, aqui (na parte azul superior) é um câncer". O caso 23, por sua vez, obteve 85% de respostas anatômicas, repetindo nas

pranchas III, IX e X a seguinte resposta: É o corpo, aqui, o coração, o pulmão, etc. Pode-se ver doenças, não indica saúde perfeita. Já vi pessoas morrerem com câncer aberto. O 22 vê, também, câncer na parte azul na lâmina X. Nos casos destes pacientes, esses conteúdos sugerem grande dose de angústia, parecendo que a doença ou conflitos interiores estariam representando ameaça, destruição e morte.

Nos casos ns. 24 e 32, a presença de preocupações com a saúde física (estão presentes com perseveração de conteúdo anatômico (chapas de Raio X, 16% e 56% respectivamente). Segundo Rappaport (61) este tipo de conteúdo deve ser preferivelmente nulo e nunca superior a 10%.

No caso nº 27, a despersonalização se mostraria sob a forma do conteúdo máscaras na lâmina III, com $H\% = 0$, indicando falta de contato afetivo e busca da recomposição da figura humana, após a ação da angústia.

A porcentagem de respostas anatômicas e sexuais se apresentou muito elevada nos casos 29, 30 e 33, o que é considerado um índice significativo da presença de angústia.

Não é de se estranhar que este grupo apresente características tão típicas e concordamos com Williams (74) - que diz que é frequente que os indivíduos se sintam desarvorados logo após o diagnóstico, especialmente porque não é raro que esta se manifeste pela primeira vez quando o indivíduo enfrenta alguma situação delicada.

Quanto ao $H\%$ nos Diabéticos Tipo Maturidade Crônicos não diferiram do grupo não diabético.

Só um dos pacientes obteve 0% de H, notando-se quanto ao conteúdo dos H dos pacientes restantes, uma proporção maior do tipo (H), tais como bonecos, estátuas, palhaços, espantalhos, Papai Noel, Homem das Neves, Primata e Corcunda-de Notre Dame (6 casos). Segundo Anzieu (5), os H indicam atitudes infantis e lúdicas, uma imaturidade afetiva. Este tipo de conteúdo também se apresentou em alguns protocolos

do Grupo de Controle Não Diabético (V), notando-se, porém, que 60% dos pacientes deste último grupo apresentaram respostas H normais, tais como, homens, mulheres, crianças, etc.

Quanto ao Grupo de Diabéticos Infanto-Juvenis (I), não foi também constatada diferença significativa do H% do Grupo Não Diabético (IV).

Entretanto, ao analisarmos o conteúdo das respostas, verificamos a existência de grande quantidade de respostas tipo Hd (detalhe humano), em 6 casos, 1 caso com 0% de H e somente 3 casos com respostas H dentro da normalidade.

Segundo Anzieu (5), o aumento dos Hd ocorre especialmente com crianças e adolescentes que têm preocupações em suas relações com pessoas da família. Para Adrados (1) isto pode ocorrer quando a figura humana foi incorporada negativamente e constitui fonte de ansiedade. Reflete inibição e incapacidade de ver o ser humano em seu conjunto, devido a problemas emocionais e orgânicos.

Um dos casos apresentou várias vezes o conteúdo de esqueleto, ossos, indicando com este conteúdo de desvitalização, a presença de angústia perante a morte. No único caso com H = 0% há sinais de preocupação com a saúde no conteúdo de X, "corpo de uma pessoa por dentro".

Concluimos, portanto:

O Grupo I - Tipo Infanto-Juvenil, também não apresentou diferença quanto ao H% do Grupo de Controle, porém pelo tipo de resposta escolhida (Hd), observa-se a presença de ansiedade em relação à figura humana.

O Grupo II, Tipo Maturidade, Doentes Crônicos, não apresenta diferença quanto ao H% do Grupo de Controle, mas demonstra pelo tipo de resposta escolhida (H), atitudes infantis e maior imaturidade afetiva.

O Grupo III, Tipo Maturidade, Doentes Recentes, a

presenta a média de H% abaixo da normalidade. O conteúdo das respostas apresenta frequentes temas de despersonalização, expressando intensa angústia perante a realidade.

C - Relacionamento com o mundo exterior

Os Diabéticos Tipo Maturidade, Crônicos e Recentes (III) e os Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil do Grupo I₁ - adolescentes, mostraram diferença significativa dos Grupos de Controle Não-Diabéticos.

Estes 3 grupos de diabéticos não diferiram entre si quanto ao I.R. obtido, mostrando estarem, no momento, segundo Bohm (16), mantendo um relacionamento anormal com o espaço, o tempo, os valores; um afastamento do mundo exterior, tanto devido a um Eu débil que se acha exposto a uma intensa pressão instintiva ou da consciência e que vive em um mundo de sonhos, ou devido a um Eu forte, mas autista, que ultrapassa os limites da realidade.

O grupo de Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (adultos) (Grupo I₂ n = 3) não diferiu neste aspecto do Grupo de Controle Não Diabéticos.

Segundo Neiger, (16) um índice de 0 a 4 pontos aparece mais frequentemente em crianças com menos de 14 anos, histéricos, epilépticos genuínos e traumáticos, esquizofrênicos e orgânicos. O índice de 5-7 aparece em pessoas normais ou doentes mentais com controle de realidade bem conservado. O índice 8 é encontrado em jovens menores de 18 a nos e indivíduos formalistas e hiperconvencionais e em problemas mentais como na obsessão e na depressão.

Procuramos verificar quais das pranchas usadas estariam envolvidas na diminuição do I.R. pois sabemos que muitas vezes as respostas vulgares são omitidas em determinadas pranchas, especialmente quando estão relacionadas com problemas básicos dos indivíduos.

Vejamos o que indica de modo geral cada lâmina:

A prancha III é considerada a "lâmina da normalidade". Tem relação com identificação sexual e de interesse pelas relações humanas. Pessoas normais costumam ver nela pessoas ou bonecos. Não ver seres humanos significa frieza e incapacidade de relações com o próximo. Na lâmina V pode-se ver a atitude perante a realidade. A ausência de resposta pode indicar traços esquizóides ou esquizofrenia latente. A lâmina VIII é útil para verificar a vida afetiva. A lâmina X é a lâmina do meio ambiente em um sentido amplo e afastado. Pode-se avaliar a sensibilidade e dificuldades do indivíduo em relação ao mundo externo. Pessoas normais costumam dar nessa prancha, 10% do total das respostas (Portuondo, 60) e (Adrados, 1).

Nos grupos em estudo observou-se o seguinte:

No Grupo III: aparecimento de 3 casos de perseveração anatômica com um I.R. = 0; nos casos restantes especialmente nas lâminas VIII e X, a resposta de realidade ou estava ausente ou precedida por uma resposta de conteúdo anatômico e ausência de movimento humano na lâmina III.

No Grupo II: substituição do I.R. por respostas anatômicas na VIII e na X e, em alguns casos, ausência de movimento humano na III.

O I.R. obtido pelos Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (adultos) estava dentro da normalidade. Nos Infanto-Juvenis (adolescentes): falta de respostas globais na lâmina III, sendo substituídas em maior grau por respostas de Detalhe Humano (Hd) e, algumas vezes, por respostas anatômicas; presença de conteúdo anatômico na lâmina X.

De modo geral, a resposta de realidade na lâmina V esteve presente em todos os grupos de Diabéticos.

Como pudemos observar, a diminuição do I.R. em todos os grupos deve-se principalmente à ansiedade em relação à saúde física, que chega a provocar, na maioria dos casos, inadaptação social ao mundo exterior. A falta da I.R. da lâ

mina III é também significativa, indicando problemas na área de relacionamento humano.

QUADRO XXVI

Índices do Teste de Rorschach do Grupo de Diabetes Infantil-Juvenil

Grupos I₁ e I₂

| Número de Ordem | FC ⁺ : FC ⁻ + CF + C | M : C | Escala 0-8 | H% |
|-----------------|--|----------------|---------------------|---------------------------------|
| | Respostas de cor | Tipo vivencial | Índice de realidade | Respostas de Conteúdo do Humano |
| 1 | 2 - 3 4 | 2 10 | 4 | 15% |
| 2 | 1 - 1 1 | 1 2,5 | 6 | 17% |
| 3 | 0 - 1 0 | 0 1 | 2 | 0% |
| 4 | 2 - 5 0 | 2 7 | 6 | 17% |
| 5 | 0 - 0 0 | 2 0 | 2 | 20% |
| 6 | 0 - - 0 | 2 0 | 4 | 25% |
| 7 | 0 - - 0 | 0 0 | 2 | 19% |
| 8 | 0 - 2 0 | 3 2 | 6 | 47% |
| 9 | 2 - 2 0 | 4 3 | 8 | 30% |
| 10 | 2 - 1 1 | 3 3,5 | 7 | 15% |

QUADRO XXVII

Índices do Teste de Rorschach do Grupo de
Diabetes Tipo Maturidade (doentes crônicos)

Grupo II

| Número de Ordem | FC ⁺ : FC ⁻ + CF + C | M : C | Escola 0-8 | Índice de realidade | Índice de respostas de Conteúdo Humano |
|-----------------|--|----------------|------------|---------------------|--|
| | Respostas de cor | Tipo vivencial | | | |
| 11 | 1 - 0 0 0 | 1 0,5 | 6 | 6 | 27% |
| 12 | 0 1 0 0 0 | 1 0,5 | 5 | 5 | 9% |
| 13 | 6 - 0 0 0 0 | 0 0 | 4 | 4 | 0% |
| 14 | 4 - 1 0 0 0 | 7 3 | 4 | 4 | 26% |
| 15 | 1 - 0 0 0 0 | 2 0,5 | 4 | 4 | 20% |
| 16 | 2 - 0 0 0 0 | 0 3 | 3 | 3 | 5% |
| 17 | 0 - 0 0 0 0 | 0 0 | 6 | 6 | 8% |
| 18 | 0 - 1 0 0 0 | 2 1 | 7 | 7 | 16% |
| 19 | 0 - 2 0 0 0 | 1 2 | 4 | 4 | 20% |
| 20 | 1 - 1 0 0 0 | 3 1,5 | 3 | 3 | 26% |
| 21 | 3 - 1 0 0 0 | 5 2,5 | 6 | 6 | 38% |

QUADRO XXVIII

Índices do Teste de Rorschach do Grupo de
Diabetes Tipo Maturidade (doentes recentes)

Grupo III

| Número de ordem | FC ⁺ : FC ⁻ + CF + C | M : C | Índice de realidade | Escala 0-8 | E% Respostas de Conteúdo Humano |
|-----------------|--|----------------|---------------------|------------|---------------------------------|
| | Respostas de cor | Tipo vivencial | | | |
| 22. | 0 - 3 0 0 | 1 3 | 6 | | 13% |
| 23 | 0 - 1 0 0 | 0 1 | 0 | | 0% |
| 24 | 3 - 0 0 0 | 0 1,5 | 6 | | 4% |
| 25 | 0 - 2 0 0 | 1 2 | 0 | | 33% |
| 26 | 0 - 0 0 0 | 2 0 | 8 | | 18% |
| 27 | 3 - 0 1 0 | 0 3 | 3 | | 0% |
| 28 | 0 - 3 0 0 | 0 3 | 0 | | 0% |
| 29 | 1 - 2 0 0 | 1 2,5 | 7 | | 4% |
| 30 | 1 - 1 0 0 | 0 1,5 | 4 | | 0% |
| 31 | 0 - 0 0 0 | 0 0 | 4 | | 0% |
| 32 | 1 1 1 0 | 1 2 | 4 | | 11% |
| 33 | 1 - 3 0 0 | 0 3,5 | 5 | | 0% |

QUADRO XXIX

Índices do Teste de Rorschach do
Grupo de Controle IV (não diabéticos)

| Número de ordem | FC ⁺ : FC ⁻ + CF + C | | | M : C | | Escala 0-8 | H% |
|-----------------|--|----------------|---------------------|------------------------------|---|------------|----|
| | Respostas de cor | Tipo vivencial | Índice de realidade | Respostas de Conteúdo humano | | | |
| 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 8 | 32% | |
| 2 | 1 | 0 | 1 | 2,5 | 5 | 10% | |
| 3 | 2 | 0 | 5 | 1 | 6 | 25% | |
| 4 | 3 | 0 | 2 | 2,5 | 6 | 11% | |
| 5 | 1 | 0 | 3 | 0,5 | 7 | 11% | |
| 6 | 1 | 0 | 3 | 1,5 | 6 | 11% | |
| 7 | 3 | 0 | 0 | 1,5 | 6 | 11% | |
| 8 | 3 | 0 | 1 | 2,5 | 5 | 4% | |
| 9 | 1 | 0 | 0 | 0,5 | 6 | 7% | |
| 10 | 1 | 0 | 2 | 2,5 | 8 | 19% | |

QUADRO XXX

Índices do Teste de Rorschach do
Grupo de Controle V (não diabéticos)

| Número de Ordem | FC ⁺ : FC ⁻ + CF + C | M : C | Escola 0-8 | H% |
|-----------------|--|----------------|---------------------|---------------------------------|
| | Respostas de cor | Tipo vivencial | Índice de realidade | Respostas de Conteúdo do Humano |
| 11 | 0 | 1 | 5 | 8% |
| 12 | 4 | 3 | 7 | 13% |
| 13 | 1 | 1 | 8 | 7% |
| 14 | 1 | 3 | 5 | 20% |
| 15 | 1 | 7 | 6 | 27% |
| 16 | 0 | 2 | 6 | 12% |
| 17 | 1 | 0 | 8 | 14% |
| 18 | 1 | 1 | 3 | 17% |
| 19 | 5 | 5 | 5 | 19% |
| 20 | 2 | 1 | 6 | 7% |
| 21 | 3 | 1 | 7 | 11% |
| 22 | 4 | 7 | 6 | 22% |
| 23 | 1 | 3 | 4 | 9% |
| 24 | 0 | 2 | 4 | 24% |
| 25 | 3 | 4 | 7 | 16% |

3.3 - Inteligência do Diabético e problemas observados na área da aprendizagem

Os resultados obtidos no Teste das Matrizes Progressivas de Raven podem ser verificados no Quadro a seguir:

QUADRO XXXI

Resultados do Teste das Matrizes Progressivas de Raven

| Teste Raven | Grupo I n = 10 | Grupo II n = 11 | Grupo III n = 12 |
|--------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| Superior | 10% | - | - |
| Superior à M | 20% | 18,2% | - |
| Média | 20% | 9,1% | 50% |
| Inf. à Média | 50% | 72,7% | 41,7% |
| Deficiente | - | - | 8,3% |

Este é um assunto muito controvertido. Kubany, 42 p. 464) encontrou uma média QI igual a 103 (portanto, dentro da média) em um grupo de 58 diabéticos no qual aplicou o Stanford Binet.

Breuler (15) acredita que há entre os diabéticos um número relativamente maior de pessoas inteligentes e eficientes do que na população em geral. Silva (69) obteve com Diabéticos Infanto-Juvenis, utilizando o WAIS-WISC, um QI = 85, portanto, na faixa médio inferior.

Como a nossa amostra se constitui de apenas 15% de indivíduos com formação universitária e uma proporção muito grande de indivíduos com apenas o curso primário, preferimos não fazer afirmações apressadas.

Notamos, apenas, que o Grupo I constituído todo

por estudantes, 50% dos casos encontram-se na faixa Inferior à Média e os restantes 50% se distribuem na faixa média e acima da média.

Entre os adultos, são poucos os que exercem uma atividade intelectual, o que talvez explique o resultado pouco satisfatório no Raven, pois este mede a capacidade de raciocínio abstrato, sendo muito sensível ao nível de escolaridade do sujeito.

O que pudemos observar como principal distúrbio na área intelectual estão de acordo com os encontrados por Geist (30). A falta de memória e deficiência em tarefas que exijam a atenção são as queixas mais frequentes. Um de nossos pacientes (caso 15) teve que abandonar o emprego porque sua deficiência de memória interferia com seu trabalho. Alguns estudantes têm dificuldade de reter o material aprendido, notando-se que esse distúrbio é mais acentuado nos pacientes cuja glicemia não está bem controlada.

Indiretamente, o cansaço e, algumas vezes, uma certa sonolência, prejudicam tanto o rendimento intelectual como o bom andamento de tarefas domésticas. Entretanto, há exceções, pois alguns conseguem manter um nível de atividade intensa sem demonstrar cansaço.

4 - CONCLUSÕES

Para avaliarmos alguns dos fatores expostos em "Objetivo da Pesquisa", utilizamos tanto as técnicas de entrevista psicológica, como também o Teste Rorschach.

O Teste de Rorschach nos possibilitou examinar dinamismos não conscientes, com a vantagem adicional de uma a valiação estatística bastante precisa.

As entrevistas psicológicas, entretanto, nos proporcionaram meios de compreender, sentir o paciente como indivíduo único, com problemas específicos e vivência própria.

A análise conjunta das informações obtidas possibilitou fundamentar as diretrizes de um trabalho futuro orientado para o atendimento psicoterápico de crianças com Diabetes Infanto-Juvenil.

Tentaremos sintetizar as conclusões e resultados mais importantes.

1 - Quanto aos fatores desencadeantes do Diabetes (Quadro V - pág. 39) podemos constatar que a tensão ou choque emocional tem uma participação muito intensa, especialmente nos Grupos II e III de Diabetes Tipo Maturidade (73% e 58,3%) contra 40% do Grupo I de Diabetes Infanto-Juvenil. Neste último grupo, 40% dos casos não foi possível obter da dos esclarecedores a respeito do fator responsável pela eclosão da doença, notando-se, apenas, que o aspecto genético é bastante significativo (90%).

Outros fatores, como doenças, operações, tratamentos medicamentosos, acidentes e gestações, estão também presentes, porém, em grau não representativo.

2 - Quanto à incidência de Diabetes na família (Quadro VII - pág. 49) no Grupo I de Diabetes Infanto-Juvenil e no Grupo II de Diabetes Tipo Maturidade, ela é bastante elevada (Grupo I = 90%, Grupo II = 81,8% e Grupo III=50%)

- Quanto a doenças endócrinas, notou-se maior incidência de doenças da Tireóide nos familiares do Grupo de Diabetes Infanto-Juvenil (40%).

- A obesidade é mais comum nos familiares do Grupo II (63%), embora a proporção seja semelhante nos Grupos I e III (30% e 25%).

- O aspecto mais significativo, entretanto, é o índice muito elevado de doenças do Sistema Nervoso (80%) e enfermidades mentais (80%) encontrado no Grupo Infanto-Juvenil. Há incidência maior de indivíduos ansiosos e tensos nos familiares deste grupo, especialmente, nos pais. Nos Grupos II e III os mesmos sintomas aparecem também nos pais, porém, em menor grau e a natureza dos conflitos familiares parece ter tido repercussão menos dramática na infância desses pacientes.

3 - A estrutura emocional dos pacientes foi avaliada pela entrevista (auto-avaliação) e pelo Teste de Rorschach.

a) - Pela entrevista (Quadro VIII - pág. 52) foi constatada que a maioria dos pacientes se considerava normal em muitos aspectos, porém não hesitaram em afirmar que, atualmente, são muito nervosos e instáveis (Grupo I = 90%; - Grupo II = 90,9%; Grupo III = 83,4%). Alguns já eram instáveis antes do aparecimento da doença (Grupo I = 50%; Grupo II = 72,7% e Grupo III = 41,7%), tendo 40% do Grupo I - Infanto-Juvenil manifestado sintomas de irritabilidade somente após o diagnóstico, em decorrência dos problemas e restrições causados pela doença.

b) - A comparação entre pacientes Diabéticos e Não Diabéticos e dos grupos de Diabéticos entre si, quanto às condições afetivo-emocionais no Teste de Rorschach, nos permite concluir:

1) - Os grupos de Diabéticos não diferem dos Não Diabéticos e entre si, quanto à reatividade emocional; isto quanto ao aspecto "quantitativo" da afetividade (Quadro XVI - pág. 63).

2) - Quanto ao tipo de vivência (Quadros XVII e XVIII - pág. 64 e 65), o Grupo III de Diabéticos Tipo Maturidade, doentes recentes diferem do Grupo de Controle e do Grupo II de Diabéticos Tipo Maturidade, doentes crônicos. - Predomina neste grupo a proporção $M < C$, significando que predomina nestes, maior labilidade afetiva, visto não possuírem a seu favor, o fator M (cinestésias), que é um dos fatores de estabilização da afetividade.

3) - Quanto ao tipo ou "qualidade" da reação emocional, os Diabéticos diferem dos Não Diabéticos, sendo menos estáveis, mais lábeis e com maior tendência à coartação (Quadro XIX - pág. 66).

Ao estudarmos os grupos de Diabéticos entre si, observamos que o Grupo III de Diabéticos Tipo Maturidade, doentes recentes, é o que se mostra mais lábil e hiperemotivo, parecendo estar sofrendo um desequilíbrio psico-fisiológico bastante acentuado. O Grupo I de Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil também apresenta menor estabilidade emocional que o Grupo de Controle (Quadros XX e XXI - pág. 67 e 68). Somente o Grupo II, de Diabéticos Tipo Maturidade crônicos, parece ter obtido uma certa estabilidade, não diferindo do Grupo de Controle.

4 - Quanto ao relacionamento interpessoal:

a) - A avaliação psicológica obtida através da entrevista (Quadro XII - pág. 55) mostrou que o grupo Infanto-Juvenil tem tendência a ter dificuldades de relacionamento com os pais, devido às restrições, desajustes e ansiedade - causados pela doença e, também em alguns casos, a desavenças e conflitos existentes entre o casal.

Nos Grupos Tipo Maturidade, nota-se maior dificuldade em relação ao cônjuge, estando incluídos na categoria M, (Quadro XII acima referido) (Grupo II = 50% e Grupo III = 64%) os casos em que o casal já se separou, não mantém mais vida sexual ou vive em intenso conflito.

Em relação às pessoas fora do ambiente familiar, os Diabéticos Tipo Maturidade mostram um bom nível de ajustamento interpessoal. Quanto a este aspecto, os Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil caracterizam-se pela sensibilidade e retraimento, possuindo, alguns deles, uma personalidade de tipo esquizóide.

b) - Quanto ao relacionamento humano observado no Teste de Rorschach, concluímos que: (Quadros XXII e XXIII - pág. 70 e 71).

- O Grupo I, de Diabetes Infanto-Juvenil não apresentou diferença significativa quanto ao H% do Grupo de Controle. Porém, pelo tipo de resposta de conteúdo humano escolhida (Hd), observa-se a presença de ansiedade em relação à figura humana.

- O Grupo II, de Diabetes Tipo Maturidade, doentes crônicos, não apresenta diferença quanto ao H% do Grupo de Controle, mas demonstra, pelo tipo de resposta escolhida (H), atitudes infantis e imaturidade afetiva.

- O Grupo III, de Diabéticos Tipo Maturidade, doentes recentes, apresenta a média de H% (Quadro XXII - pág. 70) abaixo da normalidade, indicando dificuldades sérias no relacionamento interpessoal. O conteúdo das respostas com frequentes temas de despersonalização expressa intensa angústia perante a realidade.

5 - O relacionamento com o mundo exterior (Quadros XXIV e XXV - pág. 72 e 73) testado através do índice de realidade de Neiger mostrou que:

- Somente os Diabéticos Tipo Juvenil (Grupo I₂; n = 3) obtiveram índices dentro da normalidade.

- Os Grupos II e III de Diabéticos Tipo Maturidade, inclusive os Diabéticos Tipo Infanto-Juvenil (Grupo I₁ - adolescentes), quando comparados com os Grupos de Controle mostraram um afastamento e inadaptação social ao mundo exterior. As causas da diminuição deste índice, segundo nossa observação, deve-se, principalmente, à ansiedade em relação à saúde física e a problemas na área de relacionamento humano.

6 - Atitude dos pacientes em relação à doença, por ocasião do diagnóstico, na época da entrevista e em relação ao futuro (Quadros IX, X e XI - págs. 53 e 54).

Observa-se que na ocasião do diagnóstico, 50% dos pacientes com Diabetes Tipo Infanto-Juvenil (Grupo I) reagem normalmente, pois desconhecem a doença. O desconhecimento provoca em alguns, medo intenso (30%), os restantes reagem com revolta (10%) e aborrecimento (10%).

Atualmente, somente 30% (Grupo I) continuam mantendo esta reação de despreocupação, porém 20% já conscientizam a necessidade de seguir as orientações médicas. O aborrecimento em relação às restrições aumenta de 10% para 30% e a depressão diminuiu ligeiramente de 30% para 20%.

- A atitude do Grupo I em relação ao futuro, modifica-se, pois de total despreocupação, passa para a conscientização de que uma vida normal (50%) vai depender de cuidados especiais em relação ao tratamento. Alguns, evitam pensar no futuro, vivem no presente. Este fato pode sugerir uma real despreocupação quanto à idéia da morte, como também, um mecanismo de defesa, pois preferem não pensar nas possíveis complicações da doença.

- Os pacientes do Grupo II Tipo Maturidade, doentes crônicos, inicialmente, reagiram mais com aborrecimento, me

do e revolta (63,3%), tendendo esta reação negativa a diminuir ligeiramente (45,5%). Em relação ao futuro, também (45,5%) não acreditam que possam sobreviver à doença. Muitos pacientes deste grupo apresentam doenças cardíacas, o que explica, em parte, o pessimismo em relação ao futuro, pois sabemos que 50% dos diabéticos morrem em consequência deste tipo de problema.

- Os pacientes do Grupo III Tipo Maturidade, doentes recentes, conscientemente são os menos preocupados, porém acreditamos que essa despreocupação é um mecanismo de defesa, pois são os que têm mais medo da morte e preocupação com o futuro (58,3%). Isto confirma os resultados do Teste de Rorschach, onde manifestam intensa angústia em relação à saúde, através dos conteúdos das respostas.

7 - Quanto à porcentagem de hospitalização devido à coma, é o Grupo Tipo Infanto-Juvenil (Quadro XIII - pág. 57), o mais sujeito a este problema (50%). Os diabéticos - Tipo Maturidade (Grupo II = 9%; Grupo III = 0%), geralmente, necessitam somente de tratamento de ambulatório.

De modo geral, todas as hospitalizações foram causadas direta ou indiretamente por problemas emocionais. Muitos pacientes reagem a problemas vitais, comendo demais, abusando da bebida, o que provoca o descontrole metabólico. Outros adoecem quando sofrem algum choque emocional, sendo este a causa direta. Só um dos casos de hospitalização se deu devido à problema infeccioso.

8 - Quanto à forma de tratamento (Quadro XIV - pág. 60), notamos que os pacientes do Grupo I necessitam de maior número de injeções para o controle da doença. Além disso, a vigilância excessiva dos pais, em relação à comida, cria nestes pacientes, uma preocupação exagerada e regressiva em relação à comida. Estes dois fatores criam, tanto para crian

ças como para adolescentes, problemas emocionais reativos.

Os pacientes dos Grupos II e III não necessitam de insulina, pois a maioria consegue manter os níveis glicêmicos bem controlados, utilizando hipoglicemiantes orais ou somente dieta. Entretanto, mesmo nos adultos, a necessidade de controle dietético é fonte de frustração e aborrecimento.

9 - Quanto à inteligência, encontramos os seguintes resultados (Quadro XXXI - pág. 88):

Os pacientes do Grupo de Diabetes Infanto-Juvenis distribuíram-se 50% na faixa Inferior à Média e os 50% restantes na faixa Média, Superior à Média e Superior.

Os pacientes dos Grupos de Diabetes Tipo Maturidade (II e III) distribuíram-se mais ao redor da faixa Média e Inferior à Média, dando um resultado mais homogêneo.

O resultado mais elevado do Grupo I deve-se principalmente ao fato de todos serem mais jovens e estarem, no momento, estudando, o que permite maior flexibilidade mental.

Quanto aos pacientes dos Grupos II e III, a maioria só tem curso primário e está há muitos anos sem estudar.

Estes fatores e o número pequeno da nossa amostra não nos permitiu tirar uma conclusão definitiva.

As principais queixas em relação a problemas na área da aprendizagem são a falta de memória e deficiência em tarefas que exijam atenção. Estas dificuldades ocorrem especialmente em pacientes, cuja glicemia não está bem controlada.

5 - ANEXO I

- ROTEIRO DA ENTREVISTA -

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Idade: Cor: Data
do Nascimento: Sexo: Estado Civil:
..... Nacionalidade: Instrução:
Profissão: Salário: Residência: ...
..... Bairro: Telefone:

II - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL E ETIOLOGIA

Início da doença: Em que situação foi diagnos
ticada:

III - ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças (data): Acidentes (data):
Operações cirúrgicas (data): Tratamentos me-
dicamentosos efetuados na época ou anteriores ao diag-
nóstico (ACTH, hormônios tiroidianos, outros):
Número de gestações: Saúde durante as gesta-
ções: Física: Psicológica:
..... Como se sentiu ao saber que ia ter um filho?
..... Peso das crianças ao nascer: Natimor -
tos Falecimento de Recem-Nascidos:
Prematuros: Parto cesariano: Abort
tos: Espontâneos: Provocados: ...
..... Menopausa: Vida Sexual:
Frigidez: Impotência: Peso do pa-
ciente ao nascer: Evolução da linguagem: ...
..... Evolução da marcha: Idade de ingres-
so na escola: Nível escolar atingido:
..... Esportes praticados: Peso atual:

Maior peso atingido: Se emagreceu ou engor-
dou, em que ocasião este fato ocorreu: Altu-
ra:

Apresenta alguns destes sintomas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dormência |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polifagia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polidipsia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emagrecimento | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poliúria |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispneia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prurido |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dores articulares | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doenças de pele |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dor nos M. Inferiores | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Confusão mental |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervosismo | |

(Marcar no primeiro parêntese se já apresentou no pas-
sado, no segundo, se está apresentando atualmente).

- Nervosismo:

Como se manifesta(ou) este nervosismo? O ner-
vosismo é contínuo? Em que ocasiões específi-
cas? Quais? Há quanto tempo sente-se nervo-
so(a)? Como se sentia na infância? Era nervo-
so(a)? Na adolescência? Na idade a
dulta? Comportamento mais comum após o abor-
recimento:

IV - ATITUDE DO PACIENTE EM RELAÇÃO À DOENÇA

Como se sentiu ao ser diagnosticada a doença?
Como se sente agora em relação à doença?
Como se vê daqui a 10 ou 20 anos? Preocupa -
se com a possibilidade de casar e/ou ter filhos?

V - ATITUDE DOS FAMILIARES EM RELAÇÃO À DOENÇA

Reação de seus familiares em relação à doença (pai, mãe,
filhos, esposo(a), outros.....)

VI - PESQUISA NÃO DIRETIVA DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS

1 - Acontecimentos importantes na vida do paciente. Precisar a época: 2 - Situações consideradas especialmente difíceis durante sua vida. (Data aproximada de cada uma delas): 3 - Situações que exigiram um esforço físico ou emocional fora do normal (Data aproximada): 4 - Época mais feliz de sua vida. Por que? 5 - Época em que teve mais problemas ou foi particularmente infeliz. Por que?
... 6 - Pessoas que são ou foram importantes para o paciente: 7 - Casos de morte, afastamento ou outras situações ocorridas com estas pessoas. Data aproximada..... 8 - Como considera seu trabalho? (agradável, desagradável, cansativo, etc.) Por que?.....
9 - Tempo de permanência no trabalho atual e nas ocupações exercidas anteriormente..... 10 - Razões destas mudanças:

- Relacionamento com familiares e pessoas mais chegadas:

1) Pai: 2) Mãe:..... 3) Irmãos:.....
4) Parentes: 5) Esposo(a) 6) Filhos:
7) Colegas de trabalho: Como descreveria a personalidade de sua Mãe? (especialmente para solteiros e adolescentes): E de seu Pai?

VII - ANTECEDENTES FAMILIARES

Em sua família há casos de:

() Diabéticos () Obesos () Gotosos () Nervosos
() Enfermidades endócrinas () Alcoolismo
() Enfermidades mentais () Epilépticos () Magros
() Outros

VIII - AValiação CLÍNICA

Exames clínicos: Presença de oscilações cons

tantes no nível glicêmico: Ocorrem em ocasiões es
peciais? Presença de corpos cetônicos: () Cons-
tante () Ocasional Hospitalizações devido ao pré-co-
ma ou coma diabético? Em que épocas? Medicação utilizada
mais frequentemente? Segue a dieta prescrita?

IX - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA FINAL

Apresentação geral e características gerais do entrevista-
do.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Adrados, I. - Teoria e Prática do Teste de Rorschach-Rio de Janeiro - Fundação Getulio Vargas, Serviço de Publicação, 1967.
- 2- Adrados, I. - Rorschach na Adolescência Normal e Patológica - Petrópolis - Editora Vozes, 1976.
- 3- Alexander, F. - Psychosomatic Medicine - New York, Norton Company, 1950.
- 4- Alexander, Franz - Los aspectos psicológicos de la medicina em Contribuciones a la Psicología Médica de Weider A. - Buenos Aires - Edit. Eudeba, 1953.
- 5- Anzieu, D. - Los Métodos Proyectivos - Buenos Aires - Editora Kapelusz, 1962.
- 6- Ardila R. - Manual de Psicología Fisiológica - Mexico - Editorial Trillas, 1973.
- 7- Arduino, F. - Diabetes Mellitus e suas complicações - Rio de Janeiro - Editora Guanabara Koogan S.A., 1973.
- 8- Augras, M. - Temas de despersonalização nos conteúdos do Teste de Rorschach - Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada - Rio de Janeiro, 22(4): 61-82 Out.Dez., 1970.
- 9- Averill, Opton, Lazarus, Cross - Cultural Studies of psychophysiological responses during stress and emotion, em Society, Stress and Disease - London - Ed. Levil.

Oxford Medical Publications, 1971.

- 10- Bakwain e Bakwain - Clinical Management of Behavior Disorders in Children - Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1958 - Caps. 24, pág. 137.
- 11- Barcai, A. - Emotional factors and control in Juvenile Diabetes in: Habilitation and Rehabilitation of Juvenile Diabetics - Laron H. E. Stenfert Kroese N.V. Leiden, 1970.
- 12- Beizmann C. - El Rorschach en el niño de tres a diez años. - Madrid, Edit. Aguilar, 1968.
- 13- Bertalanffy, L - Teoria Geral dos Sistemas - Petrópolis - Editora Vozes Ltda., 1971.
- 14- Bertalanffy, L. - Robots, Hombres y mentes - Edit. Guadarrama, 1971.
- 15- Bleuler, M. - Psiquiatria Endocrinologica - Buenos Aires - Manuel Finchelmann y Cia. S.R.L. Editores, 1956.
- 16- Bohm, E. - Manual del Psicodiagnostico de Rorschach - Madrid Ediciones Morata, S.A., 1968.
- 17- Cannon, W. - The wisdom of the body - New York, Norton & Company, 1939.
- 18- Coelho S. L. C. - Epilepsia e Personalidade - São Paulo - Editora Ática S.A., 1975.
- 19- Cofer & Appley - Motivation: Theory and Research - New York, John Wiley & Sons, Inc., 1966.
- 20- Danowski, T. S. - Emotional stress as a cause of diabe-

- tes mellitus - Diabetes, 12, 183, 1963.
- 21- Danowski, T.S. - Endocrine system diseases and disorders - Encyclopaedia Britannica - Chicago, 15th - Edit. 1975 - Vol. VI, pg. 836.
- 22- Delay, J. - Introduccion a la Medicina Psicomatica - Barcelona - Edit. Toray - Masson, 1965.
- 23- Delgado, H. - Curso de Psiquiatria - Barcelona - Editorial Cientifico Medica, 1969.
- 24- Dunbar, F. - Medicina Psicomatica y Psicoanalisis de Hoy - Buenos Aires - Edit. Paidós, 1965.
- 25- English S. O. - Enfoque terapeutico de los problemas psicomaticos. Em: Medicina Psicomatica y Psicoanalisis de Hoy - Dunbar - Buenos Aires - Edit. Paidós, 1965.
- 26- Ellenberg, Rifkin - Diabetes Mellitus: Theory and Practice - New York - McGraw Hill Book Company, 1970.
- 27- Ey, Henry - Tratado Psiquiatria - Barcelona - Toray-Masson S.A., 1969.
- 28- Fonberg, E. - Control of emotional behavior through the hypothalamus and amygdaloid complex. Em: Physiology, Emotion & Psychosomatic Illness - Amsterdam - Elsevier Excerta Médica - Cyba Foundation Symp, 1972.
- 29- Fraise, P. - Tratado de Psicologia Experimental -Vol.V Motivação, Emoção e Personalidade - Rio de Janeiro - Editora Forense, 1969.

- 30- Geist, H. - The Psychological aspects of diabetes -
Springfield, Illinois - Charles C. Thomas Publisher,
1964.
- 31- Gray, A.J. - The structure of the emotions and limbic
system. In: Physiology, Emotion & Psychosomatic Ill-
ness - Amsterdam - Elsevier Excerta Medica - Ciba
Foundation Symp, 1972.
- 32- Grinker, R. R. - Psychosomatic Research - New York - Gro
ve Press, Inc. - 1961.
- 33- Grossman, S.P. - A textbook of Physiology - John Wiley
& Sons, Inc., 1967.
- 34- Hess, R. - El electroencefalograma en los transtornos en
docrinos. En: Psiquiatria Endocrinologica de Breuler,
M. - Buenos Aires - Edit. Manuel Finchelman & Cia.,
1956 - pág. 379.
- 35- Hilgard, Atkinson - Introduction to Psychology - New York,
Harcourt, Brace & World, Inc., 1967.
- 36- Hinde, A.R. - Concepts of Emotions. Em: Physiology, Emo-
tion & Psychosomatic Illness - Amsterdam, -Elsevier
Excerta Medica - Ciba Fndation Symp, 1972.
- 37- Houssay - Fisiologia Humana - Buenos Aires - Edit. El A
teneo, 1972.
- 38- Klopfer, D. - Tecnica del Rorschach - Buenos Aires -Edit.
Paidós, 1969.
- 39- Klopfer, D. - Tecnica del Psicodiagnostico de Rorschach
- Buenos Aires - Edito. Paidós, 1974

- 40- Kravitz, A. R., Isenberg, P. - Emotional Factors in Diabetes Mellitus. Em: Joslin's Diabetes Mellitus - Ed. Marble A., White, P., Bradley, R.F. e Krall, L.P., Philadelphia, Lea & Febiger, 1971.
- 41- Krosnick, A. - Psychiatric Aspects of Diabetes. Em: Diabetes Mellitus: Theory and Practice - New York - Edit. Ellenberg e Rifkin, McGraw Hill Book Company, 1970.
- 42- Kubany, Danowski, Moses - The personality and Intelligence of Diabetics. Diabetes, 5: 462, 1962.
- 43- Lachman, S. - Distúrbios psicossomáticos: uma interpretação behaviorista - Rio de Janeiro - Livros Técnicos e Científicos, 1974.
- 44- Lazarus, R., Averill, J., Opton, E. - Towards a cognitive theory of emotion - Em: Society, Stress and Disease - London, Oxford Medical Publications - Ed. Le - vil.L. 1971 - Vol. I.
- 45- Lehmann, Gladys - El Rorschach y la Analizabilidad en Analizabilidad, Alcances y Limites del Psicoanálisis, C.A.Paz, - Buenos Aires - Edit. Paidós, 1971.
- 46- Liberman, D.A.M. - Psicología del Obeso - Buenos Aires - Rodolfo Alonso Editor, 1971.
- 47- Lidz, T. - Aspectos psicológicos de la "Diabetes Mellitus". Em: Progressos en Medicina Psicossomática - Buenos Aires - Edit. Universitaria, 1966. Wittkwer, Cleghorn.
- 48- Maclean, P. - New findings relevant to the evolution of psychosexual functions of the brain. Em "Sex Research" - Holt Rinehart and Wiston, 1965.

- 49- Macleod, Wittkower, Margolin - Conceptos Basicos de Medicina Psicosomática. Em: Progressos en Medicina Psicosomatica - Wittkower y colaboradores - Buenos Aires - Edit. Universitaria, 1966.
- 50- Mead, Margaret - El Concepto de Cultura y el enfoque psicomatico. Em: Contribuciones a la Psicologia Medica, Weider - Buenos Aires - Edit. Eudeba, 1962.
- 51- Meyer, Bollmeier, Alexander - Correlation between emotions and carbohidrate metabolism in two cases of diabetes Mellitus. Em: Psychosomatic Medicine -New York - The Ronald Press Company, 1948.
- 52- Murray, Edward - Motivação e Emoção - Rio de Janeiro - Edit. Zahar, 1967.
- 53- Myager, V. - Psychic Trauma and Cortical-Diencephalic Inter-relationship. Em: "Society, Stress and Disease" - Ed. Levi, L.- London, Oxford Medical Publications, 1971.
- 54- Oakley, Pyke, Taylor - Diabetes y su tratamiento - Buenos Aires - Editorial Bernardes, 1974.
- 55- Overmire, G.T.- "Homeostasis" Em: Encyclopaedia Britannica - Chicago, 15th Edit., 1975 - Vol. VIII,pg.1014
- 56- Paim, I. - Curso de Psicopatologia - Rio de Janeiro - Edit. Fundo de Cultura, 1969.
- 57- Paulsen, Colle - "Diabetes Mellitus". Em: Enfermidades Geneticas y Endocrinas de la Infancia, de Gardner,L. - Barcelona - Edit. Salvat, 1971.

- 58- Piaget, J. - El Estructuralismo - Buenos Aires - Edit.-
Proteo, 1969.
- 59- Pina, M. - Patologia Psicossomática en la Clinica Medica
y Psicologica - Barcelona - Editorial Científica Me-
dica, 1973.
- 60- Portuondo, A.J. - El psicodiagnostico de Rorschach en
Psicologia Clínica - Madrid - Biblioteca Noeva, 1970.
- 61- Rapaport, D. - Testes de diagnostico psicologico - Bue-
nos Aires - Editorial Paidós, 1965.
- 62- Reiss, M. - Psychoendocrinology - New York - Grune &
Stratton, 1958.
- 63- Rorschach, H. - Psicodiagnóstico - São Paulo - Editora
Mestre Jou, 1967.
- 64- Rodrigues, Aroldo - A Pesquisa Experimental em Psicolo-
gia e Educação - Petrópolis - Editora Vozes, 1975.
- 65- Routtenberg, A. - The Two-arousal hypothesis: reticular
formation and limbic system. Em: Psychological Re-
view - Vol. 75, nº 1, 51-80, 1968.
- 66- Schachtel, G. E. - On color and affect. Em: A Rorschach
reader - New York, International Universities Press
Inc. Ed. Sherman, 1960.
- 67- Schneider, K. - Psicopatologia Clínica - Rio de Janeiro
- Editora Mestre Jou, 1968.
- 68- Selye, H. - Estado atual de la investigacion del stress.
Em: Endocrinologia psicossomática, de Meng, H.-Madrid
- Ediciones Morata, 1966.

- 69- Silva, M. G. R. - Diabetes Infanto Juvenil: Aspectos Emocionais - Rev. Med. Est. Guanabara, 39 (4): 262 - 268, 1972.
- 70- Spitz, R. - El primer año de vida del niño - Madrid - Ediciones Aguillar, 1968.
- 71- Sullivan, H. S. - La teoria interpeessoal de la psiquiatria - Buenos Aires - Editorial Psiqué, 1954.
- 72- Sullivan, H. S. - La fusion de la psiquiatria y de las ciencias sociales - Buenos Aires - Editorial Psique, 1968.
- 73- Thompson, R. - Fondations of Physiological Psychology - New York - Harper & Row, 1967.
- 74- Williams, R. - Tratado de Endocrinologia - Barcelona - Salvat Editores S.A., 1971.
- 75- Wolf, W. - Fundamentos de Psicologia - São Paulo - Edit. Mestre Jou, 1967.
- 76- Zeidel, A. - Emotional Adjustment of Juvenile Diabetics and their families. Em: Habilitation and Rehabilitation of Juvenile Diabetics. - Ed. Laron, Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1970.

Tese apresentada aos Professores:

Charles Alfred Esberard

CHARLES ALFRED ESBERARD

Orientador

Miguel Chalub

MIGUEL CHALUB

Monique R.A. Augras

MONIQUE AUGRAS

Vista e permitida a impressão

Rio de Janeiro, fevereiro de 1976

Atílio Cavaliere Augusto Aguiar de

Coordenador dos Programas de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia e
Ciências Humanas