
CARACTERÍSTICAS AFETIVAS DE PACIENTES NARCOLÉPTICOS AVALIADOS PELO RORSCHACH¹

ANTONIO CARLOS PACHECO E SILVA NETO

Universidade Paulista, Univ. São Judas Tadeu e Associação Brasileira de Rorschach
GABRIELA RODRIGUES ALVES, MÁRCIA LURDES DE CÁCIA PRADELLA-HALLINAN

Instituto do Sono da UNIFESP

MARIA RACHEL MOTTA JORGE, ANDRÉA PASCHKE DACCA, JULIANA CILTY REIS DE
ABREU PAIVA, MARCELO PASCHOAL PISSUTO, ÂNGELA TOLEDO PIZA

Universidade Paulista (UNIP)

SÉRGIO TUFIK · Departamento de Psicobiologia da UNIFESP

RESUMO

A narcolepsia é caracterizada por sonolência excessiva diurna com ataques de sono irresistíveis e cataplexia. O objetivo deste estudo foi avaliar, por meio da técnica de Rorschach, características afetivas de um grupo de 16 pacientes narcolépticos, comparados com um grupo de 20 indivíduos não-narcolépticos. A partir de revisão da literatura, três hipóteses foram testadas: os narcolépticos, em comparação com os não-narcolépticos deveriam apresentar: 1) menor engajamento nas situações afetivas; 2) maior constrição afetiva; 3) maior controle das expressões afetivas. As hipóteses 1 e 2 foram confirmadas, mas não a hipótese 3, pois os narcolépticos apresentaram menor controle das reações afetivas do que os não-narcolépticos. Os resultados mostram o impacto da doença na vida dos narcolépticos e indicam a importância de o tratamento incluir atenção aos aspectos psicossociais.

Palavras-chave: Narcolepsia; personalidade; Teste de Rorschach.

ABSTRACT

AFFECTIVE CHARACTERISTICS OF NARCOLEPTICS PATIENTS AS ASSESSED BY THE RORSCHACH TEST

Narcolepsy is characterized by excessive diurnal drowsiness with irresistible sleep attacks and cataplexy. The objective of this study was to assess, using the Rorschach test, affective characteristics of a sample of 16 narcoleptics patients compared to 20 non-narcoleptics subjects. Based on a literature review, three hypotheses were tested: narcoleptics, in comparison with non-narcoleptics, should demonstrate: 1) lower engagement in affective situations; 2) greater affective constriction; 3) greater control in affective expression. Hypothesis 1 and 2 were supported, but not hypothesis 3 because narcoleptics had shown lower control of affective reactions than non-narcoleptics. The results demonstrate the impact of the disease in the life of narcoleptics and indicate the relevance of psychosocial care in treatment.

Key words: Narcolepsy; personality; Rorschach Test.

1. Este artigo é uma reformulação da pesquisa *Aspectos afetivos de pacientes na prova de Rorschach*, apresentada como trabalho de conclusão de curso à Universidade Paulista em 2007. Agradecimentos ao Prof. Dr. Fernando Morgadinho Coelho dos Santos da UNIFESP e à Profa. Maria Inês Falcão.

Descrita inicialmente por Gelineau, em 1881, como doença com ataques de sono irresistíveis, a narcolepsia se caracteriza por sonolência excessiva diurna e cataplexia – o paciente perde o tônus muscular, porém sua consciência fica preservada –, sintoma que é desencadeado por um componente afetivo, seja ele riso, choro ou um susto. A narcolepsia pode ter alguns outros sintomas associados, como a paralisia do sono, alucinações hipnagógicas e fragmentação do sono (Yoss e Daly, 1957).

Esta doença pode limitar severamente o funcionamento diurno e seus sintomas podem causar severos transtornos psicossociais ao seu portador, que passa a evitar o envolvimento em atividades sociais, por medo de adormecer. Como os ataques de cataplexia são desencadeados por componentes afetivos, o paciente também costuma empenhar-se em controlar os afetos. A sonolência diurna também pode ser interpretada por familiares, amigos, professores ou colegas de trabalho como falta de interesse, preguiça, indiferença e até mesmo simulação de doença (Kales et al., 1982). Teixeira, Faccenda e Douglas (2004) estudaram o status funcional de narcolépticos no Reino Unido, utilizando a forma reduzida do Questionário de Qualidade de Vida (SF 36), encontrando prejuízo nos narcolépticos nos domínios funcionamento físico, desempenho de papéis sociais, funcionamento social, saúde mental, energia e vitalidade, dor e percepção geral da saúde, em comparação com indivíduos normais.

A narcolepsia também pode contribuir para que seus portadores apresentem transtornos mentais, principalmente depressão. Mosko et al. (1989) avaliaram sintomas de depressão em pacientes com transtornos do sono utilizando um questionário. Encontraram que 67% reportaram um episódio de depressão no período de até 5 anos antes desta avaliação, 26% descreveram-se como estando deprimidos no momento e a média das pontuações nos questionários foi alta, indicando a presença de sintomas depressivos nos pacientes com transtornos do sono. Também avaliaram se haveria melhora do humor com o tratamento, utilizando o questionário *Profile of Mood States* (escala que avalia o estado atual do humor), encontrando melhora em pacientes com apnéia obstrutiva do sono tratados cirurgicamente, pacientes com síndrome das pernas inquietas tratados com clonazepam, mas não em narcolépticos tratados com estimulantes, nem em insones com histórico de uso prolongado de drogas sedativo-hipnóticas e cuja medicação foi suspensa.

Alguns estudos investigaram características de personalidade de narcolépticos. Bleuter, Waren, Karacan e Thornby (1981) compararam 20 pacientes com apnéia obstrutiva do sono, 20 pacientes com narcolepsia e 10 indivíduos normais, utilizando como instrumentos o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) e o questionário *Profile of Mood States* (POMS). Os pacientes apresentaram perfis psicológicos diferentes dos perfis dos indivíduos normais, com os pacientes com apnéia apresentando características histéricas e hipocondríacas e os narcolépticos apresentando ansiedade e introversão social.

Sachs e Levander (1981) utilizaram inventários de personalidade, para avaliar pacientes narcolépticos em comparação com um grupo de não-pacientes, um grupo de pacientes psiquiátricos com ansiedade e um grupo de pacientes com sintomas psicossomáticos. Encontraram, nos narcolépticos, escores um pouco menores em extraversão do que nos outros grupos. Os narcolépticos também apresentaram escores elevados em ansiedade-neuroticismo (principalmente escores de ansiedade somática) e escores baixos em socialização. Os autores concluíram que os escores elevados em ansiedade-

neuroticismo podem decorrer dos efeitos das drogas estimulantes e/ou de uma labilidade da regulação autonômica associada com o transtorno. O estresse decorrente dos sintomas também pode ajudar a explicar os escores mais altos em ansiedade-neuroticismo e mais baixos em socialização.

Kales et al. (1982) estudaram narcolépticos utilizando o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), a escala *Symptom Checklist 90* (SCL-90) e técnicas projetivas (Rorschach, TAT e desenhos), encontrando como principal resultado a excessiva preocupação com controle afetivo, levando a uma falta de expressividade e à contenção dos afetos, resultando em tensão.

Oyarce, Guevara e Opazo (2004) avaliaram pacientes narcolépticos, utilizando o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), o teste das Cores de Luscher e o Teste de Rorschach (neste, avaliaram apenas os fenômenos especiais das áreas cognitivo-perceptual, do pensamento e afetiva). Os resultados indicaram identidade difusa, sensibilidade aos aspectos estéticos, sugestionabilidade e reações exageradas frente ao estresse; acentuada auto-exigência, perfeccionismo e utilização de mecanismos defensivos preferentemente hipomaníacos.

O objetivo deste estudo foi avaliar características afetivas de um grupo de pacientes narcolépticos, comparados com um grupo de indivíduos não-narcolépticos, utilizando-se a técnica de Rorschach. Esta pesquisa se justifica porque a afetividade desempenha importante papel na narcolepsia, principalmente por sua associação com o sintoma da cataplexia. A literatura também descreve o prejuízo psicossocial decorrente da evitação, busca de controle e constrição afetiva dos narcolépticos. Outra justificativa para este estudo foi não terem sido encontradas pesquisas brasileiras sobre a personalidade de narcolépticos, sendo relevante a comparação dos resultados de uma pesquisa brasileira com os de pesquisas estrangeiras. A maioria das pesquisas sobre a personalidade de narcolépticos utilizou inventários de personalidade, sendo então interessante investigar a personalidade por meio de uma técnica como o Rorschach, que fornece informações diferentes das obtidas com questionários: enquanto estes informam sobre o modo como o indivíduo se percebe e a imagem que deseja passar aos outros, o Rorschach fornece informações sobre propensões subjacentes ao comportamento aberto (Meyer, 1997). Uma pesquisa sobre a afetividade dos narcolépticos pode contribuir para uma maior compreensão destes pacientes e para se desenvolver ou ampliar medidas que contribuam para o tratamento.

MÉTODOS

Participantes

Foram comparados dois grupos de participantes: o grupo alvo, composto por 16 pacientes narcolépticos, e o grupo de comparação, composto por 20 indivíduos não-narcolépticos. Os participantes são uma parte dos participantes da pesquisa de F. Coelho (2008). Assim sendo, a seguir são apresentados os critérios de inclusão e exclusão, de acordo com a pesquisa de F. Coelho.

PACIENTES NARCOLÉPTICOS

Os pacientes narcolépticos foram recrutados dentre os atendidos no Ambulatório de Sonolência Excessiva Diurna do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Critérios de inclusão:

1. Diagnóstico de narcolepsia com cataplexia típica há mais de seis meses, conforme critérios da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono - ICSD-2 (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Para receberem o diagnóstico de narcolepsia, foram considerados os dados de um questionário sobre distúrbios do sono (desenvolvido pelo ambulatório), a avaliação clínica realizada por um neurologista, os resultados de um exame de polissonografia noturna (PSG) e de um teste de múltiplas latências do sono (TMLS);
2. Idade entre 18 e 65 anos;
3. Uso de medicações empregadas rotineiramente para o controle sintomático da narcolepsia, como metilfenidato (Ritalina®), nas dosagens entre 5mg a 50mg, atuando na sonolência excessiva e antidepressivos (Amitriptilina: dose de 25mg a 75mg ou Imipramina: dose de 50mg a 125mg), agindo na inibição da cataplexia;
4. Concordância em participar da pesquisa, assinando termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de exclusão:

1. Pacientes com doença conhecida do tipo auto-imune ou neoplásica, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), com ou sem uso de drogas imunossupressoras;
2. Presença de outros distúrbios do sono, além da narcolepsia;
3. História de abuso de álcool, hipnótico ou drogas ilícitas;
4. Utilização de outras medicações que não as utilizadas para controle da narcolepsia;
5. Presença de doenças clínicas, neurológicas ou psiquiátricas.

INDIVÍDUOS NÃO-NARCOLÉPTICOS

Como parte da pesquisa de F. Coelho (2008), foi composto um grupo de adultos sem queixas de problemas de sono nos últimos seis meses, com a finalidade de servir como grupo de comparação. Estes indivíduos foram recrutados pelos pacientes narcolépticos em seu ambiente de trabalho ou estudo. Os indivíduos deste grupo foram contatados e convidados a participar da presente pesquisa.

Critérios de inclusão:

1. Idade entre 18 e 65 anos.
2. Concordância em participar da pesquisa, assinando termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de exclusão:

1. Presença de doenças relacionadas ao sono ou hipersonolência diurna evidenciadas na história ou durante a realização da polissonografia (PSG) e teste de múltiplas latências do sono (TMLS);
2. Presença de doença conhecida do tipo auto-imune ou neoplásica, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS);

3. História de abuso de álcool, hipnótico ou drogas ilícitas;
4. Uso de drogas imunossupressoras;
5. Presença de doenças clínicas, neurológicas ou psiquiátricas.

Características sócio-demográficas dos participantes

A média de idade (em anos) foi $36,25 \pm 9,99$ no grupo de pacientes narcolépticos e $33,70 \pm 6,72$ no grupo de indivíduos não-narcolépticos. O grupo de narcolépticos foi composto por 7 mulheres e 9 homens; o grupo de não-narcolépticos, por 10 mulheres e 10 homens. No grupo de narcolépticos, predominaram participantes com ensino superior ($N = 9$), seguidos por participantes com ensino médio ($N = 5$); no grupo de não-narcolépticos, predominaram participantes com ensino médio ($N = 11$), seguidos por participantes com ensino superior ($N = 8$). Os grupos foram considerados semelhantes em termos de idade, gênero e instrução.

Instrumento

Para avaliação das características afetivas foi utilizada a técnica de Rorschach (Rorschach, 1921/1967). Este instrumento de avaliação da personalidade é composto por 10 cartões com manchas de tinta, que são apresentados ao indivíduo avaliado, que deve dizer com o que as manchas se parecem. As respostas são analisadas em termos de sua estrutura e temática, dados que expressam aspectos do funcionamento psicológico (personalidade) do indivíduo (Weiner, 1999). Existem diferentes sistematizações da técnica de Rorschach, cada uma delas com determinado procedimento de aplicação, categorias para a classificação das respostas, índices e regras para a formulação da interpretação dos resultados. Neste estudo foi utilizado o Sistema Anibal Silveira (Silveira, 1964; L. Coelho, 2007). A escolha deste sistema se deveu a este ser adotado pela Universidade Paulista (UNIP), na graduação em Psicologia, cursada pelos alunos que realizaram a pesquisa.

Procedimento

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Paulista (UNIP). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos resultados na pesquisa.

As aplicações da Prova de Rorschach foram realizadas no Instituto do Sono da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em sala bem iluminada e tranqüila, com hora marcada e aplicação individual. A técnica de Rorschach foi aplicada segundo o procedimento do Sistema Anibal Silveira, com uma modificação: não foi realizada repassagem dos cartões. O procedimento de repassagem – mostrar novamente os cartões e solicitar outras respostas – é indicado quando o testando fornece menos do que 15 respostas ou deixa de fornecer resposta a um ou mais cartões. Apesar de este procedimento eventualmente ser útil numa utilização do Rorschach em situação clínica (psicodiagnóstico), não parece ser indicado numa situação de pesquisa, por produzir resultados decorrentes de duas situações diferentes de aplicação (protocolos sem repassagem e protocolos com repassagem), o que poderia prejudicar a padronização.

As aplicações foram realizadas por dois autores desta pesquisa, na época alunos de Psicologia da Universidade Paulista (UNIP). Cada um dos aplicadores coletou oito protocolos do grupo de narcolépticos e 10 protocolos do grupo de não-narcolépticos.

As respostas do Rorschach foram classificadas por outros dois autores desta pesquisa, também alunos de Psicologia, e conferidas pelo aplicador. Posteriormente, as classificações foram supervisionadas por um outro autor da pesquisa, especialista com mais de 10 anos de trabalho com a técnica de Rorschach. Este procedimento para a classificação das respostas, realizado pelos pesquisadores em conjunto, visou garantir a acurácia das classificações.

Conforme comentado anteriormente, não foi utilizado o procedimento de repassagem dos cartões. Nesta pesquisa, não houve casos em que os testandos deixassem de fornecer respostas a qualquer um dos cartões. No entanto, foram obtidos três protocolos com menos do que 15 respostas em cada um dos grupos. Protocolos com poucas respostas podem ser pouco fidedignos, muitas vezes sendo recomendada sua não-inclusão em pesquisas (Weiner, 1995b). Nesta pesquisa, as variáveis foram investigadas incluindo-se e excluindo-se os protocolos com menos de 15 respostas, encontrando-se resultados semelhantes. Serão então apresentados os resultados **incluindo** os protocolos com menos do que 15 respostas, deste modo considerando um número maior de participantes nos grupos, o que é interessante do ponto de vista das análises estatísticas.

Variáveis investigadas

Pesquisas com a técnica de Rorschach devem selecionar as variáveis relativas às características de personalidade a serem investigadas e preferencialmente testar hipóteses, em vez de explorar as diversas variáveis do instrumento e explicar *a posteriori* os resultados encontrados (Weiner, 1995a).

- Índice de Afetividade [*Af*], que avalia o quanto o participante responde às pranchas coloridas, que representam as situações afetivas. Segundo Silveira (1964), o Índice de Afetividade avalia a sensibilidade afetiva, ou seja o quanto o indivíduo responde ou engaja-se nas situações afetivas.
- Proporção *FC* : *CF+C*, que compara as reações afetivas com consideração para com os demais, com afetos mais estáveis e de intensidade moderada (*FC*) versus as reações afetivas mais egocêntricas, com afetos mais intensos e instáveis (*CF+C*). A investigação da proporção *FC* : *CF+C* foi realizada considerando a diferença *FC* (*CF+C*), tomada como índice do grau de modulação afetiva, com resultados maiores indicando maior moderação ou controle nas reações afetivas.
- Respostas de cor acromática [*C'*]. Segundo Silveira (1964), estas respostas indicam prudência: o indivíduo aprendeu a conter suas reações afetivas, por ter passado por experiências concretas de desapontamento, quando se expressou afetivamente. Em outros termos, estas respostas indicam constrição afetiva.

Foram formuladas as seguintes hipóteses, que foram testadas:

- H1. O Índice de Afetividade [*Af*] deve apresentar valores menores nos pacientes narcolépticos, expressando sua menor responsividade ou menor engajamento nas situações afetivas.
- H2. A diferença $FC-(CF+C)$ deve apresentar valores maiores nos pacientes narcolépticos, expressando seu esforço de controle expressão afetiva.
- H3. O número de respostas de cor acromática [*C'*] deve ser maior nos pacientes narcolépticos, expressando sua maior constrição afetiva.

No cálculo dos determinantes de cor cromática (*FC*, *CF* e *C*) e do número de respostas de cor acromática [*C'*], os determinantes principais receberam peso 1,0 e os determinantes adicionais receberam peso 0,5, conforme indicado no Sistema Anibal Silveira.

Para a comparação dos resultados obtidos em cada grupo e teste das hipóteses formuladas foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, estatística não-paramétrica de escolha para situações em que os grupos contêm números diferentes de participantes, bem como para amostras pequenas.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta estatísticas descritivas das variáveis investigadas, no grupo de pacientes narcolépticos e no grupo de indivíduos não-narcolépticos.

Tabela 1. Estatísticas descritivas das variáveis *Af*, $FC-(CF+C)$ e *C'*

	Narcolépticos					Não Narcolépticos				
	M	DP	Med	Ass	Curt	M	DP	Med	Ass	Curt
<i>Af</i>	1,29	0,39	1,19	0,25	-1,27	1,59	0,51	1,51	0,75	0,22
$FC-(CF+C)$	0,34	1,50	0,00	0,77	0,11	1,08	1,59	1,00	0,15	0,18
<i>C'</i>	1,25	0,95	1,00	0,10	-0,90	0,88	1,39	0,50	2,83	9,82

M = média; DP = desvio-padrão; Med = mediana; Ass = assimetria; Curt = curtose

Viglione (1997) sugere que o primeiro passo nas pesquisas com o Rorschach seja a visualização das distribuições de valores das variáveis. Na presente pesquisa, os grupos foram de tamanhos diferentes ($N = 16$ no grupo de narcolépticos e $N = 20$ no grupo de não-narcolépticos). Assim sendo, com a finalidade de comparar visualmente as distribuições de valores em cada um dos grupos, os números de participantes foram transformados em porcentagem, nas Figuras de 1 a 3, a seguir.

A Figura 1 apresenta a distribuição de valores do Índice de Afetividade [*Af*] nos grupos, permitindo visualizar a amplitude menor e o predomínio de valores mais baixos no grupo de narcolépticos.

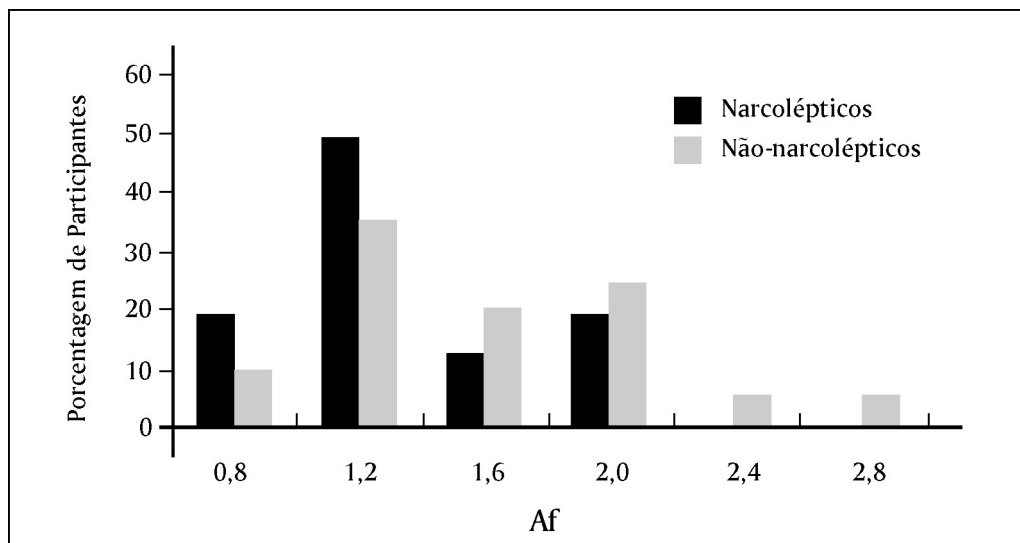


Figura 1. Distribuição de valores do Índice de Afetividade [Af] nos grupos

O Índice de Afetividade [Af] apresentou média = $1,29 \pm 0,39$ no grupo de pacientes narcolépticos e média = $1,59 \pm 0,51$ no grupo de indivíduos não-narcolépticos. A diferença entre as médias foi de magnitude moderada ($d = 0,67$) e estatisticamente significativa ($U = 104,500$, $p = 0,04$ unicaudal), confirmando a hipótese H1, de que os pacientes narcolépticos apresentariam menor engajamento nas situações afetivas.

A Figura 2 apresenta a distribuição de valores da diferença $FC-(CF+C)$ nos grupos. Para facilitar a visualização, valores não-inteiros foram agrupados com valores inteiros. Nota-se a maior porcentagem de pacientes narcolépticos com escores iguais a -0,5 e 0,0, e a maior porcentagem de indivíduos não-narcolépticos com escores maiores do que 0,0.

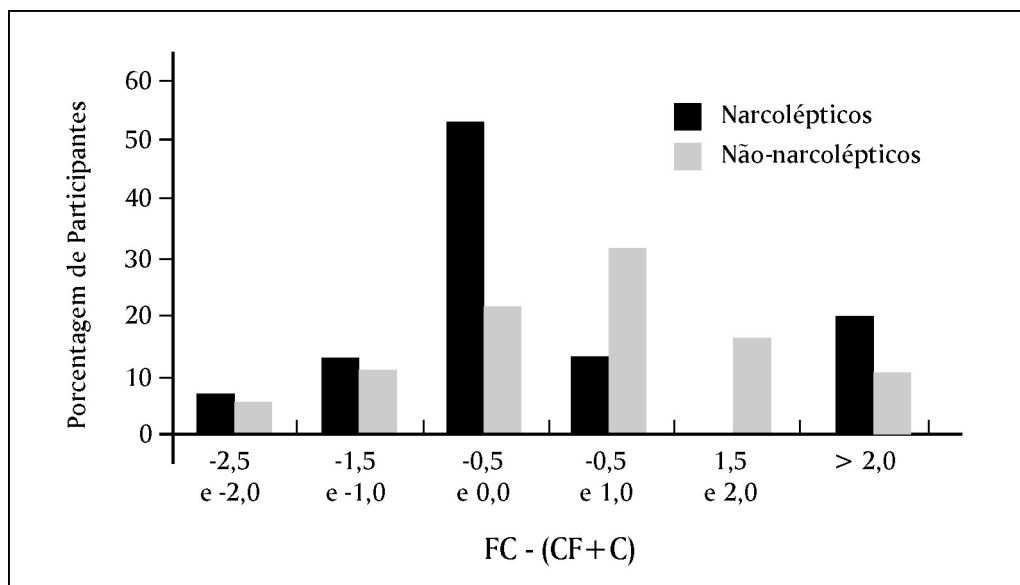


Figura 2. Distribuição de valores de $FC-(CF+C)$ nos grupos

A diferença $FC-(CF+C)$ apresentou média = $0,34 \pm 1,50$ nos pacientes narcolépticos e média = $1,08 \pm 1,59$ nos indivíduos não-narcolépticos. A diferença entre os grupos foi em sentido contrário à hipótese H2 formulada, pois os narcolépticos apresentaram **menor** controle das reações afetivas do que os não-narcolépticos.

A Figura 3 apresenta a distribuição de valores de cor acromática [C'] nos grupos. Para facilitar a visualização, valores não-inteiros (decorrentes de determinantes C' adicionais) foram agrupados com valores inteiros de C'. Nota-se a maior porcentagem de casos com C' = 1, 5 e 2,0 nos pacientes narcolépticos e a maior porcentagem de casos com C' = 0 no grupo de indivíduos não-narcolépticos.

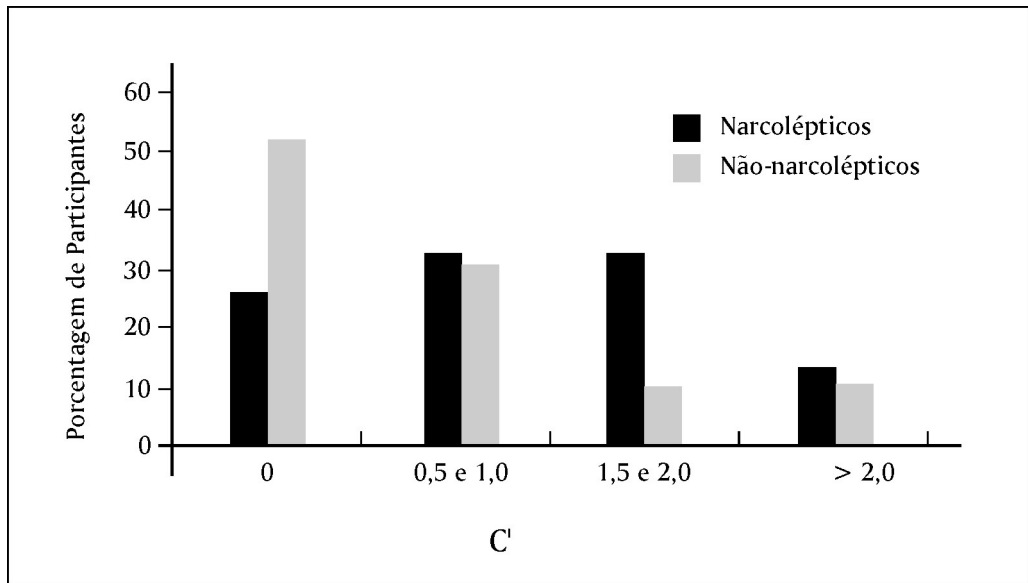


Figura 3. Distribuição de valores de cor acromática [C'] nos grupos

O número de respostas de cor acromática [C'] apresentou média = $1,25 \pm 0,95$ nos pacientes narcolépticos e média = $0,88 \pm 1,39$ nos indivíduos não-narcolépticos. A diferença entre os grupos foi de magnitude pequena ($d = 0,32$) e estatisticamente significativa ($U = 108,500$, $p = 0,04$ unicaudal), confirmando a hipótese H3, de que os pacientes narcolépticos apresentariam maior prudência (constrição afetiva) do que os indivíduos não-narcolépticos.

DISCUSSÃO

Este estudo comparou um grupo de pacientes narcolépticos com um grupo de indivíduos não-narcolépticos em relação a características afetivas avaliadas pela técnica de Rorschach. Para o Índice de Afetividade [Af], foi encontrada uma diferença de magnitude moderada e estatisticamente significativa entre os grupos, com o grupo de narcolépticos apresentando valores menores, conforme a hipótese formulada de que os narcolépticos envolvem-se menos com as situações afetivas do que indivíduos sem narcolepsia. Esta menor responsividade ou

menor envolvimento em situações afetivas parece indicar que os narcolépticos evitam estas situações – o que é compreensível, pois, nestas, estão mais vulneráveis à ocorrência de cataplexia.

As respostas de cor acromática [C'] indicam prudência ou constrição da expressão afetiva. A diferença entre os grupos foi de magnitude pequena e estatisticamente significativa, com os pacientes narcolépticos apresentando mais respostas C', o que indica que tendem a conter os afetos mais do que os indivíduos não-narcolépticos, conforme a hipótese formulada.

A proporção $FC : CF+C$ compara a afetividade socialmente adaptada, ou seja, afetos estáveis e de intensidade moderada (FC) com a afetividade egocêntrica, ou seja, afetos mais instáveis e intensos (CF+C). Formulou-se a hipótese de que os narcolépticos deveriam apresentar maior moderação em suas reações afetivas, de acordo com a descrição, encontrada na literatura, de busca de controle sobre os afetos. Nesta pesquisa, os resultados foram em sentido contrário à hipótese formulada, pois os pacientes narcolépticos apresentaram menor modulação da expressão afetiva do que os indivíduos não-narcolépticos. No caso de outras pesquisas encontrarem resultados semelhantes, a descrição do funcionamento psicológico dos narcolépticos deverá ser reformulada, no sentido de caracterizar suas reações afetivas como mais intensas do que controladas, o que talvez possa indicar um aspecto constitucional de sua vulnerabilidade afetiva, próximo à caracterização de labilidade da regulação autonômica, postulada por Sachs e Levander (1981).

Como conclusão, pode-se formular a compreensão de que os narcolépticos evitam se engajar nas situações afetivas, o que parece ser um modo de se defenderem da vulnerabilidade que experimentam frente aos afetos. Deve-se lembrar que a maioria das situações afetivas envolve relações interpessoais, portanto os narcolépticos devem apresentar menor engajamento também nas situações sociais. Estes resultados são compatíveis com os achados das pesquisas de Bleuter et al. (1981), Sachs e Levander (1981) e Kales et al. (1982).

É importante destacar que o delineamento utilizado, uma comparação entre grupos com características sócio-demográficas semelhantes, é sempre mais indicado do que comparar os resultados de um grupo alvo com os resultados de uma amostra normativa, porque se tem maior segurança de que as diferenças encontradas se devam às diferenças planejadas ao se compor os grupos – nesta pesquisa, a diferença entre os grupos foi a presença ou ausência de narcolepsia – e não a diferenças sócio-demográficas entre o grupo alvo e a amostra normativa. Também o número de participantes de uma amostra normativa costuma ser maior do que o de um grupo alvo, o que traz problemas estatísticos ao se comparar os resultados (Ritzler e Exner, 1995; Weiner, 1995b).

Sugere-se a continuação das pesquisas sobre a personalidade dos narcolépticos. No caso da utilização do Rorschach, seria importante investigar a capacidade conativa (controle voluntário), já que a narcolepsia se caracteriza por ataques de sono irresistível e cataplexia, sintomas que, do ponto de vista do funcionamento psicológico, talvez possam ser aproximados a dificuldades de controle.

Os pacientes narcolépticos estavam medicados. Os estimulantes, como o metilfenidato aumentam a ativação nos gânglios basais, uma estrutura do cérebro envolvida na cognição e no comportamento. A ação do estimulante provoca aceleração do funcionamento mental, aumentando a liberação e o tempo de atuação dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina no cérebro.

Assim, há uma alteração nas funções de raciocínio, emoções, visão e audição, provocando sensação de satisfação e euforia. As pessoas sob o efeito desses remédios apresentam diminuição da fadiga e sonolência, podendo melhorar a percepção, desempenho mental e cognitivo (Shafritz et al., 2004). Os pacientes narcolépticos também estavam medicados com antidepressivos tricíclicos, utilizados para controle da cataplexia. Esta medicação pode ter contribuído para diminuir sentimentos depressivos e o sofrimento emocional dos narcolépticos.

O fato de os pacientes narcolépticos estarem medicados pode ter contribuído no sentido de uma normalização de sua afetividade, mas, mesmo assim, eles apresentaram diferenças em comparação com os não-narcolépticos. Assim, o tratamento medicamentoso, mesmo contribuindo para uma melhora da qualidade de vida, não elimina totalmente o prejuízo psicossocial – uma vida afetiva e social mais limitada, adotada pelos pacientes para se proteger de situações afetivas às quais estão mais vulneráveis. Portanto, os aspectos psicossociais merecem atendimento específico, para além do tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International Classification of Sleep Disorders – Diagnostic and coding manual*, (ICSD-2). (2nd ed.). Westchester: American Academy of Sleep Medicine.
- Bleuter, L.E.; Waren, J.C.; Karacan, I. & Thornby, J.I. (1981). Differentiating psychological characteristics of patients with sleep apnea and narcolepsy. *Sleep*, 4 (1), 39-47.
- Coelho, F.M.S. (2008). *Estudo de características clínicas e de imunidade celular em pacientes com narcolepsia*. Tese de doutorado. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo.
- Coelho, L.M.S. (2007). *Rorschach clínico: Manual básico*. (3^a edição revista e ampliada). São Paulo: Terceira Margem.
- Kales, A.; Soldatos, C.R.; Bixler, E.O.; Caldwell, A.; Cadieux, R.J.; Verrechio, J.M. & Kales, J.D. (1982). Narcolepsy-cataplexy psychosocial consequences and associated psychopathology. *Archives of Neurology*, 39 (3), 169-171.
- Meyer, G.J. (1997). On the integration of personality assessment methods: The Rorschach and the MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), 297-330.
- Mosko, S.; Zetin, M.; Glen, S.; Garber, D.; DeAntonio, M., Sassin, J.; McAnich, J. & Warren, S. (1989). Self-reported depressive symptomatology, mood rating, and treatment outcome in sleep disorders patients. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (1), 51-60.
- Oyarce, M.L., Guevara, R.D.C. & Opazo, C.J. (2004). Aproximación a los rasgos de personalidad de pacientes con narcolepsia. *Terapia Psicológica*, 22 (1), 43-56.
- Ritzler, B. & Exner, J.E.Jr. (1995) Special issues in subject selection and design. In: J. E. Exner Jr. (Ed.) *Issues and methods in Rorschach research*. (pp. 123-143). Mahwah: Erlbaum.
-

- Rorschach, H. (1967). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1921).
- Sachs, C. & Levander, S. (1981). Personality traits in patients with narcolepsy. *Personality and Individual Differences*, 2 (4), 319-324.
- Shafritz, K. M.; Marchione, K. E.; Gore, J. C.; Shaywitz, S. E. & Shaywitz, B. A. (2004). The effects of methylphenidate on neural systems of attention in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161 (11), 1990-1997.
- Silveira, A. (1964). *Prova de Rorschach: Elaboração do psicograma*. São Paulo: Brasileira.
- Teixeira, V. G.; Faccenda, J. F. & Douglas N. J. (2004). Functional status in patients with narcolepsy. *Sleep Medicine*, 5 (5), 477-483.
- Viglione, D. J. (1997). Problems in Rorschach research and what to do about them. *Journal of Personality Assessment*, 68 (3), 590-599.
- Weiner, I. B. (1995a). Variables selection in Rorschach research. In: J. E. Exner Jr. (Ed.) *Issues and Methods in Rorschach research*. (pp. 73-97). Mahwah: Erlbaum.
- Weiner, I. B. (1995b). Methodological considerations in Rorschach research. *Journal of Personality Assessment*, 7 (3), 330-337.
- Weiner, I. B. (1999). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yoss, R.E. & Daly, D.D. (1957). Criteria for the diagnosis of the narcoleptic syndrome. *Proceedings of the staff meetings, Mayo Clinic*, 32 (12), 320-328.

Recebido em 13/04/09

Revisto em 05/10/09

Aceito em 10/10/09