

CARMEN SYLVIA DE ALCÂNTARA OLIVEIRA PROENÇA

**Narcolepsia: muito além do sono; eficácia adaptativa do
ego, equilíbrio psíquico e destinações inconscientes**

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de mestre em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de
Assis Reimão

T 325/2003

SÃO PAULO
2003

Carla

Maria Aparecida de Castro Santos
Bibl. Superv. Técnica de Serviço (RB 8/2/24)
Serviço de Atualização e Divulgação
Serv. Bibl. Doc. Fac. Medicina USP

W4-DB8
SB-USP
FM-1
P957-mar

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Proença, Carmen Sylvia de Alcântara Oliveira

Narcolepsia : muito além do sono; eficácia adaptativa do ego, equilíbrio psíquico e destinações inconscientes / Carmen Sylvia de Alcântara Oliveira
Proença. -- São Paulo, 2003.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

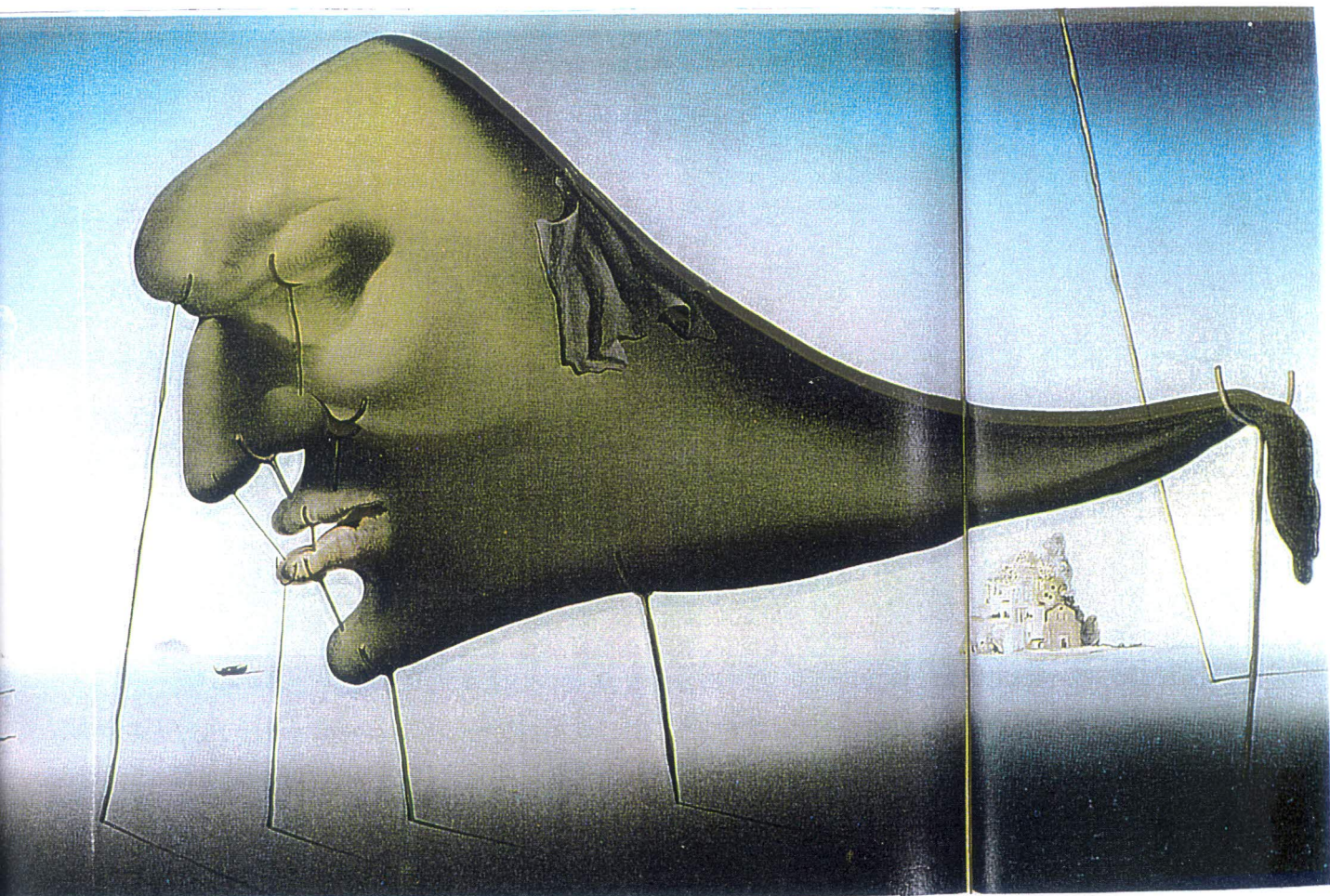
Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão.

Descritores: 1.NARCOLEPSIA/psicologia 2.COMPORTAMENTO SOCIAL
3.DISTÚRBIOS DO SONO POR SONOLÊNCIA EXCESSIVA/psicologia
4.DISTÚRBIOS DO SONO SONOLÊNCIA EXCESSIVA/fisiopatologia
5.TÉCNICAS PROJETIVAS 6.ESCALAS 7.QUESTIONÁRIOS
8.QUALIDADE DE VIDA 9.ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA

USP/FM/SBD-187/03

O sonho, de Salvador Dalí.



El sueño, de Salvador Dalí. Según el artista, las horquillas que sostienen la cabeza son símbolo del "equilibrio psíquico" que hace posible el sueño. Quitá una, decía, y se producirán insomnios.

Holroyd S, *El mundo de los sueños*
Barcelona, Ed. Noguer, 1977

Eros e Psique

(Fernando Pessoa, *Cancioneiro*)

*Conta a lenda que dormia
Uma Princesa encantada
A quem só despertaria
Um Infante, que viria
De além do muro da estrada.*

*Ele tinha que, tentado,
Vencer o mal e o bem,*

*Antes que, já libertado,
Deixasse o caminho errado
Por o que à Princesa vem.*

*A princesa Adormecida,
Se espera, dormindo espera.
Sonha em morte a sua vida,
E orna-lhe a fronte esquecida,
Verde, uma grinalda de hera.*

*Longe o Infante, esforçado,
Sem saber que intuito tem,
Rompe o caminho fadado.
Ele dela ignorado.
Ela para ele é ninguém.*

*Mas cada um cumpre o Destino
Ela dormindo encantada
Ele buscando-a sem tino
Pelo processo divino
Que faz existir a estrada.*

*E, se bem que seja obscuro
Tudo pela estrada fora,
E falso, ele vem seguro,
E, vencendo estrada e muro,
Chega onde em sono ela mora.*

*E, inda tonto do que houvera,
À cabeça, em maresia,
Ergue a mão, e encontra hera,
E vê que ele mesmo era
A Princesa que dormia.*

DEDICATÓRIA

Para meus pais,
Pedro, por toda dedicação e incentivo até hoje,
Sylvia, por ter sido fonte de amor e exemplo,
(Muito cedo esticou a saudade... ao infinito).

Para meu marido e companheiro Rodrigo,
Para minhas filhas, Carolina, Luisa e Mariana,
por toda a espera e amor compartilhados.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar meus agradecimentos e minha profunda gratidão a todos os meus familiares e amigos que tanto colaboraram para que eu pudesse realizar este trabalho e, especialmente:

Rodrigo, por seu amor e incentivo. Companheiro de muitas “conquistas”, viagens inesquecíveis, muitas fraldas trocadas e finais de semana nos brinquedos de shoppings.

A espera de muitos momentos “roubados” pôde reverter-se na obra realizada.

Carolina, Luisa e Mariana, por esperarem-me pacientemente... “Mãe, já acabou a tese?” “Destas vezes você vai na reunião da escola?”(...), “Você não vai na piscina com a gente e o papai?”(...).

Tereza, minha sogra e mãe “adotiva”, por sua bondade, compreensão e ajuda com as crianças. Meus cunhados queridos, Caio pela “força” na digitação e pesquisa dos mitos gregos, Eduardo pelo empréstimo generoso do notebook.

Meu pai, que nunca permitiu que eu desistisse e meus irmãos, Guilherme, Frederico e Beatriz, pelo amor que sempre nos une e nos faz crescer.

Prof. Dr. Rubens Reimão, profissional e pessoa notável, pelo exemplo de objetividade, incessante espírito científico, dedicação e apoio.

Prof. Dra. Sueli Rossini, pelo grande privilégio de ter me tornado sua amiga, aprendido tanto em termos de vida e de psicanálise. Por ter sido “um bom e generoso continente”.

Prof. Dr. Gregório Santiago Montes (*in memoriam*), pela oportunidade de aprimoramento científico e profissional na pós-graduação.

Equipe técnica do Departamento de Fisiopatologia Experimental.

Angela Massi, que me fez acreditar em minhas possibilidades e superar obstáculos internos e externos através de sua habilidade terapêutica, sensibilidade, amor e generosidade.

Prof. Dr. Wilhelm Kenzler, “Willy”, pelo privilégio de estar ao seu lado como Professora Assistente da Disciplina de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina – UNISA, há tantos anos. Por poder compartilhar até hoje, momentos inesquecíveis com nossos alunos e pacientes. Pelo apoio, aprendizagem, força e por ter me tornado um ser humano muito melhor depois que nos conhecemos.

Prof. Dra. Maria Cristina F. S. Cury, Prof. Dr. Jairo Vaidergorn, diretora e vice-diretor da Faculdade de Medicina – UNISA, Prof. Dr. G. C. Genofre Netto, diretor de pesquisa da UNISA, pela confiança depositada, incentivo e apoio.

Equipe técnica da Faculdade de Medicina - UNISA, Rosely, Ângela, Nair e Felipe.

Aos colegas da disciplina de Psicologia Médica da UNISA, Eliana e João Lourenço e demais colegas das disciplinas de Psiquiatria e Psicossomática, pelo apoio, amizade e compreensão.

Dra. Beatriz Lefèvre, com quem iniciei minha aprendizagem de pesquisa científica no Ambulatório de Neurologia do HCFMUSP em 1988, pelo incentivo de sempre, amizade e exemplo de profissionalismo.

Dra. Mara C. de Souza De Lucia e aos demais colegas psicólogos e funcionários da Divisão de Psicologia – DIP-HC da FMUSP, pela jornada.

Equipes técnica e administrativa da Divisão de Clínica Neurológica do HCFMUSP, pelo apoio e confiança.

Prof. Dr. José Tolentino Rosa, pela oportunidade de conhecer e aprender a aplicação do Teste de Relações Objetivas de Phillipson (TRO) em pesquisa científica.

Dra. Matilde Neder, com quem muito aprendi sobre Psicologia Hospitalar, desde a minha inserção profissional no Hospital das Clínicas, em 1988 e por ter me incentivado a iniciar a pós-graduação.

Prof. Dra. Elza Grassano, que gentil e generosamente enviou de Buenos Aires sua valiosa contribuição interpretativa de alguns TROs.

Valéria de Vilhena Lombardi, bibliotecária da Faculdade de Medicina – USP, pelo auxílio inestimável na pesquisa bibliográfica.

Suely Campos Cardoso, bibliotecária da FMUSP pela ajuda na editoração desta dissertação.

Laís de Almeida Cardoso, pela ajuda na correção ortográfica.

Altay, promissor psicólogo e pesquisador, pela contribuição na estatística.

Meus alunos da Faculdade de Medicina – UNISA, a quem devia este título e que muito me ajudaram na vivência de muitas aulas a me tornar mestre, especial carinho às turmas 33 e 34 por algumas ausências.

Pacientes que participaram desta pesquisa, com quem muito aprendi e que me confiaram seu sofrimento.

Ao apoio recebido da Fapesp e da UNISA para a realização desta pesquisa.

A ARTE DE CURAR

(Prof. Dr. Wilhelm Kenzler)

Ouvir...de verdade, ouvir... a melodia do ser....
Perceber o tema, a essência do humano viver.
Discernir a dissonância do doentio padecer....
Sintonizar o poder do seu sadio querer.
Entender, compreender...bem querer...
Empatizar, se identificar....bem afinar
Para então....e só então:

Falar, dialogar, diagnosticar
Sugerir, intervir, agir.
Tratar, medicar, operar...

Com clara firmeza e....suave delicadeza,
Com profunda certeza e....harmônica **beleza**,
Reavivando a **verdade**; científica, fria, dura,
Com estética, artística....com **bondade**....com ternura.

(Esta é uma pequena homenagem a um amigo e mestre, que tem dedicado a vida a ensinar seus alunos de medicina a essência da arte de curar.)

Sumário

Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 O sono normal.....	04
1.2 Arquitetura do sono nas etapas de vida.....	05
1.3 Classificação dos distúrbios do sono.....	06
1.4 Definição.....	07
1.5 Prevalência.....	08
1.6 Etiologia.....	09
1.7 Evolução.....	11
1.8 Descrição clínica dos sintomas.....	12
1.8.1 Diagnóstico e tratamento.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 Aspectos históricos.....	22
2.2 Aspectos psicossociais da narcolepsia.....	25
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 Geral.....	35
3.2 Específicos.....	35
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	36
4.1 População em estudo.....	37
4.2 Local da pesquisa.....	39
4.3 Instrumentos.....	40
4.3.1 Entrevista e EDAO.....	41
4.3.2 O Teste das Relações Objetais de Phillipson – TRO.....	44
4.3.3 Questionário do sono.....	47
4.3.4 Escala de sonolência Epworth.....	47
4.2.5 Classificação socioeconômica.....	48
4.4 Procedimento.....	48
5 RESULTADOS.....	50
5.1 Caracterização da amostra.....	51
5.1.1 Quanto ao sexo.....	51
5.1.2 Quanto à idade.....	51
5.1.3 Quanto ao nível socioeconômico.....	51
5.1.4 Quanto à escolaridade.....	52
5.1.5 Quanto à situação profissional.....	53
5.1.6 Quanto ao aparecimento do sintoma.....	54
5.1.7 Escala de sonolência Epworth e presença / ausência de cataplexia e alucinações hipnagógicas.....	55
5.1.8 Quanto à situação conjugal e percepção do relacionamento de acordo com o sexo.....	56
5.2 Avaliação do equilíbrio adaptativo e da sonolência excessiva.....	57
5.3 Medicamentos utilizados no tratamento dos sintomas e sua relação com a intensidade dos sintoma.....	59

5.4 Teste das Relações Objetais (TRO).....	60
5.5 Questionário do sono (Giglio).....	62
5.6 Dados obtidos durante as entrevistas.....	64
5.7 Análise estatística I.....	65
5.7.1 Análise do qui-quadrado.....	69
5.7.2 Análise estatística II – Grupos comparativos.....	70
6 DISCUSSÃO.....	75
6.1 Características da população estudada quanto à participação no processo de avaliação.....	76
6.1.1 Quanto à idade e ao tempo de doença.....	77
6.1.2 Quanto ao nível socioeconômico.....	78
6.1.3 Quanto à escolaridade, produtividade e situação profissional.....	79
6.1.4 Quanto à época de aparecimento da doença.....	80
6.1.5 Escala de sonolência Epworth e presença/ausência de cataplexia e alucinações hipnagógicas.....	83
6.1.6 Quanto à situação conjugal e à percepção do relacionamento de acordo com o sexo.....	85
6.2 Relação entre o equilíbrio adaptativo e a sonolência excessiva diurna... ..	87
6.2.1 Casos ilustrativos.....	91
6.2.2 Grupos comparativos.....	97
6.3 Medicamentos utilizados no tratamento dos sintomas e sua relação com a intensidade dos sintomas.....	98
6.4 O universo psíquico dos pacientes (Teste das relações objetais de Phillipson – TRO).....	100
6.4.1 Análise qualitativa nas pranchas de um, dois e três personagens e de grupo.....	104
6.4.2 Análise da prancha em branco.....	117
6.4.3 Análise comparativa do grupo de insônia nas pranchas em branco.....	119
6.4.4 Análise das séries.....	119
6.4.5 Análise comparativa com os grupos de diabetes tipo 2 de mau e bom controle glicêmico.....	121
6.4.6 Síntese diagnóstica.....	122
6.5 Questionário do sono (GIGLIO).....	123
7 CONCLUSÕES.....	125
8 ANEXOS.....	130
9 REFERÊNCIAS.....	146

RESUMO

PROENÇA, Carmen Sylvia de Alcântara Oliveira. *Narcolepsia: muito além do sono; eficácia adaptativa do ego, equilíbrio psíquico e destinações inconscientes*. São Paulo, 2003. 154p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Narcolepsia é uma doença neurológica crônica caracterizada por sonolência diurna excessiva e ataques de sono. Ocorre na população de uma para cada mil pessoas. Fenômenos de sono REM (*rapid eye movement*), cataplexia, paralisia do sono e alucinações hipnagógicas podem também ocorrer. Afeta todos os aspectos da vida e pode causar dificuldades para os pacientes em manter seus empregos, nos relacionamentos interpessoais e riscos de acidentes devido à sonolência excessiva e à cataplexia. Acredita-se que seja causada por um interjogo de fatores genéticos e ambientais. O risco para familiares de primeiro grau é estimado em de 1-2%. Recentemente foi demonstrado que os pacientes com narcolepsia têm uma deficiência de hipocretina também chamada de orexina na parte lateral do hipotálamo. O presente trabalho teve como objetivos: a) caracterizar os aspectos psicodinâmicos mais freqüentes da amostra; b) verificar a eficácia adaptativa do ego; c) verificar o equilíbrio e o funcionamento psíquico e relacionar com aspectos clínicos dos pacientes. A amostra foi de 23 pacientes portadores de narcolepsia, 15 mulheres e 8 homens, com média de idade de 44 anos. Eles foram avaliados através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), de R. Simon. O Questionário do Sono, de Giglio, foi utilizado para levantar os principais problemas no sono e as conseqüências na qualidade de vida dos pacientes. A Escala de Sonolência Epworth avaliou a intensidade da sonolência diurna. A dinâmica do funcionamento mental foi avaliada através do Teste das Relações Objetivas de Phillipson (TRO), segundo os pressupostos teóricos da psicanálise. Os resultados mostraram que: 1) a narcolepsia está associada a sério prejuízo na eficácia adaptativa, com diagnóstico de Adaptação Ineficaz Moderada e Severa na maioria dos sujeitos; 2) sonolência severa excessiva diurna, ataques de sono e sono noturno fracionado; 3) a análise do funcionamento psíquico revelou que estes pacientes apresentam respostas, as quais, na maioria das vezes, impedem seu desenvolvimento. Os principais mecanismos de defesa, mais freqüentes, são pertinentes à posição esquisoparanóide, medo de rejeição e abandono e desejo de proteção e contato. Revelou também dificuldades em relação aos vínculos interpessoais, com mecanismos de fuga e evitação principalmente nas situações grupais e de três pessoas.

SUMMARY

PROENÇA, Carmen Sylvia de Alcântara Oliveira. *Narcolepsy: way beyond sleep; ego's adaptive efficiency, psychological equilibrium and unconscious destinations*. São Paulo, 2003. 154P Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Narcolepsy is a chronic brain disorder characterized by excessive daytime sleepiness and sleep attacks. It affects up to one in a thousand people. Rapid eye movement (REM) sleep phenomena such as cataplexy, sleep paralysis and hypnagogic hallucinations can also occur. The condition impinges on every aspect of life, and can make it difficult for sufferers to keep their jobs as well as personal relationships. There can be accident risks caused by the excessive sleepiness and cataplexy. It is believed to be caused by an interplay between genetic and environmental factors. The risk to first-degree relatives is estimated at 1-2%. Patients with narcolepsy have recently been shown to be deficient in hypocretin, also called orexin, in the cerebrospinal fluid and have a reduction in hypocretin cells in the lateral hypothalamus. The present study characterizes a sample of 23 patients suffering from narcolepsy, of which 15 female and 8 male patients, 44 years-old in average. They had their adaptive efficiency evaluated by R. Simon's Adaptive and Operationalised Diagnostic Scale (AODS). Major sleep disorders and their effects on patient's life quality were surveyed by Giglio's Sleep Questionnaire. Intensity of sleepiness was evaluated through Epworth Sleepiness Scale. Mind functioning dynamics was assessed by Phillipson Test (ORT) obeying psychoanalytic theoretical presuppositions. Up to the moment, results show that: 1) narcolepsy is associated to serious damage to adaptive efficiency, with moderate and severe inefficient adaptation, prevailing in most patients; 2) severe excessive daytime sleepiness, sleep attacks and fractioned nocturnal sleep are frequent in most of patients even when medicated with stimulants; 3) the analysis through ORT showed that these patients presented responses that for most of the time, impede their progress. Paranoid-schizoid position defense mechanisms were frequent, with fears of being rejected and abandoned. The Object Relations Test revealed interpersonal links impairment, mainly in group and triangular situations.

O SONHO DE CHUANG TZU

Chuang Tzu sonhou que era uma borboleta e não sabia, ao acordar, se era um homem que tinha sonhado ser uma borboleta, ou uma borboleta que agora sonhava ser um homem.

Hebert Allen Giles, *Chuang Tzu*
(1889)

In: Borges, J.L. Livro dos sonhos.
São Paulo, Difel, 1982.

1 INTRODUÇÃO

A década de 90, a última do século passado, foi designada pelo Congresso dos EUA como a década do cérebro. Nos últimos 10 anos, os esforços dos cientistas para entenderem este órgão foram enormes e as pesquisas evoluíram muito no sentido de desvendar a fisiologia, as estruturas e as patologias cerebrais.

Seguindo na mesma direção, para Dement e Mignot (1992), estes últimos dez anos marcaram também a década do cérebro dormindo, pois muitas pesquisas foram feitas e grandes passos foram dados em direção a desvendar os mistérios do cérebro adormecido, e novos tratamentos surgiram para as doenças do sono, entre elas, as que provocam sonolência excessiva diurna, como a narcolepsia.

Apesar de passarmos aproximadamente um terço de nossas vidas dormindo, somente há duas décadas, e mais especificamente na última, é que este intrigante aspecto do comportamento humano está sendo mais focalizado com pesquisas não só biomédicas, mas também psicossociais.

Contudo, não podemos esquecer que Freud, no início do século passado, há exatamente cem anos, em sua monumental obra *A Interpretação dos Sonhos* (1900), já nos revelava a importância da função reparadora do sono e de como só através dos sonhos podíamos permanecer dormindo, chamando estes de guardiões do sono.

Em outro trabalho, *Conferências Introdutórias* no capítulo “Sobre os sonhos”, encontramos:

“A finalidade biológica do sono parece ser, portanto, a recuperação, e sua característica psicológica a suspensão do interesse pelo mundo. Nossa relação com o mundo, ao qual viemos tão a contragosto, parece incluir também nossa impossibilidade de tolerá-lo ininterruptamente. Assim de tempos em tempos nos retiramos para o estado pré-mundo, para a existência dentro do útero” (Freud, 1916).

Hoje, muito se sabe sobre a fisiologia do sono e suas patologias, contudo seus conceitos mais sólidos e bem definidos são ainda pouco incorporados aos currículos de graduação e pós-graduação no Brasil. Isso faz com que os médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde, quando se deparam com distúrbios do sono, muitas vezes não estejam atualizados para tal (Reimão, 1989).

Avaliações populacionais extensas mostram que os distúrbios do sono acometem um terço da população adulta e 17% destes procuram o médico (Reimão, 1989).

Para um manejo acertado é necessário conhecer as bases do sono normal, seus estágios e ciclos que compõem a chamada arquitetura do sono, pois muitos dos distúrbios são especificamente associados a determinados ciclos ou estágios. As drogas também agem modificando aspectos particulares desta arquitetura (Reimão, 1989).

1.1 O sono normal

A partir de 1950, quando registros polissonográficos passaram a ser feitos rotineiramente, durante noites inteiras, foi possível ver o sono como uma seqüência de estágios que, juntos, formam ciclos (Anexo A).

Quando as pessoas se deitam, passam-se de cinco a dez minutos normalmente até adormecerem, sendo este período denominado latência do sono (Lt.). O início do sono ou sonolência é chamado de estágio 1, no qual há o desaparecimento do ritmo alfa do eletroencefalograma (EEG), que é próprio da vigília relaxada. Sucessivamente, de acordo com as características do traçado polissonográfico, passa-se para os estágios 2, 3 e 4.

Em seguida ao estágio 4, surge o estágio dos movimentos oculares rápidos ou REM (*rapid eyes movements*). Este último caracteriza-se por EEG semelhante ao estágio 1 e atonia da musculatura esquelética. É no estágio REM que aparecem os sonhos.

Cada seqüência de estágio REM e NREM (*non rapid eyes movements*, que é dividido em quatro estágios de acordo com a sua profundidade) forma um ciclo do sono. O ciclo toma 90 a 120 minutos e se repete de 4 a 6 vezes por noite.

Os primeiros ciclos da noite têm estágios 3 e 4 longos, e estes diminuem progressivamente, estando ausentes nos ciclos finais. Em contrapartida, o estágio REM é muito curto nos primeiros ciclos, durando de 2 a 5 minutos, e se prolongam nos ciclos seguintes até atingir 20 a 30 minutos no final da noite (Reimão; Diamant, 1985).

1.2 Arquitetura do sono nas etapas de vida

A duração do sono diminui progressiva e acentuadamente com a idade (Anexo A).

O recém-nascido dorme cerca de 16 horas a cada dia. Este índice reduz-se progressivamente até quase 10 horas aos dez anos de idade, e estabiliza-se ao redor de 7,5 h entre adultos jovens; decresce novamente a partir dos 45 anos de idade, atingindo 6,5 h no idoso. A variabilidade individual normal deve ser sempre considerada.

Os despertares durante a noite também variam com a idade. O recém-nascido acorda geralmente de 3 em 3 horas para ser alimentado, entre 5 e 10 anos acorda uma vez por noite, por um breve período, por vezes só detectável pela polissonografia.

Com a idade aumentam o número e a duração dos despertares. Estes, a partir dos 40 anos, aumentam até atingirem 8 despertares, mais prolongados aos 70 ou 80 anos.

É importante lembrar que o tempo que o paciente diz dormir à noite é um índice que deve ser valorizado com reservas, pois muitas patologias afetam a qualidade do sono e não a sua duração. Assim, na narcolepsia, apnéia do sono, nas mioclonias noturnas, ou naquelas com padrão alfa-delta ao eletroencefalograma, a duração do sono noturno é normal, mas este não é repousante, levando ao cansaço e à sonolência no dia seguinte.

Numerosos distúrbios independem do número de horas do sono, ex: sonambulismo, terror noturno, enurese, ranger de dentes e algumas formas de epilepsias relacionadas ao sono.

A sensação do dormir é por vezes discordante das medidas objetivas, principalmente em quadros de ansiedade (Reimão, 1989).

1.3 Classificação dos distúrbios do sono

A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, publicada pela *American Sleep Disorders Association – ICSD (1997)*, permite a avaliação prática e sistematizada destes pacientes, pois os separa em grupos de acordo com a queixa principal. Por ser adotada internacionalmente, permite a comparação de dados entre os Centros de Pesquisas e os citados na literatura e, desta forma, facilita a troca de informações e pesquisas.

Segundo essa classificação, a narcolepsia é um dos distúrbios do sono que provoca sonolência excessiva diurna, chamada de dissônia, sendo classificada como um distúrbio intrínseco do sono, junto com outros distúrbios como a insônia psicofisiológica e idiopática, apnéias do sono, síndrome das pernas inquietas, entre outros (Anexo B).

1.4 Definição

A narcolepsia pode ser definida por um estado de sonolência excessiva diurna, tipicamente associada a cataplexia (queda brusca do tônus muscular, desencadeada por estímulos emocionais) e manifestações anormais do sono REM (ICSD, 1997), que incluem: paralisia do sono (o cérebro acorda enquanto o corpo continua no estado REM) e alucinações hipnagógicas e hipnopômpicas (sonhos de vívida intensidade, nos quais há a falsa impressão de alucinações auditivas e visuais) e comportamentos automáticos.

Quando todos esses sintomas estão presentes, chamamos de "Tétrade Narcoléptica" ou "Tétrade de Gelineau", pois foi esse pesquisador quem primeiro descreveu a doença, como síndrome em 1880.

Contudo, para o diagnóstico da narcolepsia não é necessária a presença de todos os sintomas. Apenas 10% dos pacientes, de acordo com Pegran e Hyde (1980), apresentam todos os elementos da tétrade. Em 80% dos pacientes com narcolepsia observam-se apenas sonolência excessiva diurna e cataplexia, segundo Guilleminault et al. (1976).

1.5 Prevalência

Sua prevalência não é rara, sendo maior que a esclerose múltipla, 2 a 6/10000 (Billiard, 1996).

Vários estudos sobre a prevalência da doença foram feitos em diferentes grupo étnicos e foi observado que a prevalência varia de acordo com o grupo.

Como exemplo, a prevalência da narcolepsia entre os japoneses é de 0,16%, um pouco maior do que na população em geral e muito maior se comparada à dos israelenses, que é baixíssima, 0,0002%; a prevalência estimada nos Estados Unidos é de, 0,05% (Thorpy, 2001).

Contudo, segundo o mesmo autor, a verdadeira prevalência da narcolepsia é subestimada, pois, de uma maneira típica, costuma ocorrer um longo intervalo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e os sintomas mais definitivos.

A prevalência entre os sexos é a mesma, parecendo haver um discreto predomínio entre os homens (Billiard et al., 1984).

No Ambulatório de Distúrbios do Sono do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), temos uma prevalência de 30 pacientes portadores de narcolepsia para 300 pacientes portadores de outros distúrbios do sono.

1.6 Etiologia

Na década de 80, a pesquisa genética encontrou mecanismos imunológicos na provável etiologia da doença, os antígenos HLA, DR2 e DQ6 foram confirmados em 96% dos caucasianos portadores de narcolepsia (Honda, 1988). Um pouco mais tarde descobriu-se um antígeno mais específico, HLA DQB1*0602 em 76% dos portadores de narcolepsia com cataplexia e 46% dos portadores sem cataplexia (Mignot et al., 1994).

Descobertas recentes (De Lecea et al., 1998) conseguiram identificar a mutação no gene do receptor de dois novos neurotransmissores, produzidos pelo hipotálamo, nomeados como hipocretina 1 e 2 ou orexina, responsáveis pelas sensações de manter-se acordado e de fome. Em 2000, observou-se que estas substâncias são praticamente inexistentes nos pacientes com narcolepsia em comparação com pessoas normais e inclusive entre os animais portadores da mesma doença (Nishino, 2000).

Estudo anatomopatológico mostrou ausência de neurônios com hipocretina no hipotálamo de narcolépticos (Peyron et al., 2000).

Uma das possíveis correlações entre os achados do antígeno HLA e hipocretina é que um processo autoimune possa afetar a produção de hipocretina ou de seu receptor (Thorpy, 2001).

Sabe-se, contudo, que em estudos realizados com gêmeos monozigótico, apenas 25% foram concordantes para narcolepsia (Montplaisir; Poirier, 1987).

Honda et al. (2001) descrevem mais recentemente que, em gêmeos monozigóticos, um dos irmãos desenvolveu a narcolepsia de uma forma típica e o outro de uma forma atípica, bem mais tarde na vida, por volta dos 50 anos, tendo sido desencadeada por fatores estressantes. Para os autores, essa pesquisa comprova o modelo multifatorial na gênese da doença.

É interessante lembrar que Freud (1916) utilizou a noção de Séries Complementares para explicar a etiologia da neurose. Segundo ele, seria importante levar em consideração fatores hereditários, congênitos, histórico-constitucionais (primeiras experiências infantis), que formariam a disposição e, que somados a traumatismos ulteriores, desencadeariam a doença. Percebemos que essa teoria de Séries Complementares é válida até hoje para a descrição da etiologia de várias doenças:

“Eu não tenho inclinação para deter o domínio da oscilação psicológica como ela está, no ar, sem uma fundamentação orgânica... deixemos os biólogos irem tão longe quanto puderem, nós iremos tão longe quanto possível. Algum dia os dois nos encontraremos” (Freud).

De fato, a jovem neurocientista brasileira, Suzana Herculano-Houzel (2002), afirma o seguinte:

“A meu ver, fatores genéticos, temperados por acontecimentos ao acaso ao longo do desenvolvimento, fornecem apenas uma base de trabalho, a matéria bruta a partir da qual cérebro e comportamento serão esculpidos. Somem-se a isso influências do ambiente e da própria experiência de vida de cada um, e é possível transcender as potencialidades de apenas 30 mil genes - a estimativa atual do número de genes necessários para “montar” um cérebro humano - para estruturar os trilhões de conexões entre as células nervosas, criando o arco-íris de possibilidades da natureza humana”.

Orellana et al. (1994) constataram que 80% dos pacientes narcolépticos haviam passado por algum evento realmente estressante até um ano antes do aparecimento da doença, confirmando a etiologia multifatorial da doença.

1.7 Evolução

A sintomatologia da narcolepsia manifesta-se em geral entre 10 e 30 anos de idade, mais freqüentemente durante a adolescência, embora possa surgir em qualquer faixa etária, sem distinção de sexo. Estima-se que 20% dos casos apresentam sonolência excessiva diurna antes dos 11 anos. Muitas vezes, quando o adulto recebe o diagnóstico de narcolepsia, os familiares referem episódios de sonolência excessiva durante o dia, associados a distúrbios da aprendizagem e comportamento hiperativo durante a infância e adolescência.

Um fator que contribui para a dificuldade de diagnóstico, nessas duas etapas do desenvolvimento citadas acima, é que os sintomas narcolépticos podem variar de intensidade e muitas vezes ocorrer apenas esporadicamente.

Na evolução típica da doença, os ataques de sono iniciam-se vários anos antes da cataplexia. A severidade e a freqüência dos sintomas tendem a aumentar com o progredir da idade (Reimão; Diament, 1985).

Segundo trabalho clássico de Yoss e Daly (1957), todos os pacientes costumam ter história de ataques de sonolência; 68% têm cataplexia; 24% apresentam paralisia do sono e 30% relatam alucinações hipnagógicas.

Para Reimão e Diament (1985), o comprometimento das atividades diurnas nos pacientes narcolépticos é moderado ou severo, dependendo do grau de sonolência neste período e da frequência dos ataques de sono e cataplexia.

A narcolepsia pode dar origem a muitas complicações, entre as quais estão os acidentes domésticos, no trabalho e principalmente no trânsito, efeitos colaterais das drogas, formação de hábito com drogas estimulantes e depressão reativa. Pode também comprometer o desempenho, mesmo nos casos menos severos, prejudicando o relacionamento interpessoal, profissional e social (Reimão; Diament, 1985; Reimão; Proença, 2001).

1.8 Descrição clínica dos sintomas

A narcolepsia é uma doença neurológica crônica, na qual os limites entre acordar, dormir e sonhar ficam misturados. O estar acordado é sentido com muito sono. O sono é fragmentado. A presença anormal do sono REM pode ser deflagrada durante o dia, provocando a cataplexia e imagens oníricas podem também afetar o estado acordado do paciente (Mitler; Poceta, 1998).

Na literatura, nos textos escritos de forma magistral por Lewis Carrol, *Aventuras de Alice no País das Maravilhas* e *Através do Espelho...*, encontramos inúmeras passagens onde Alice não sabe mais o que é sonho e o que é realidade e onde perde também por diversas vezes os próprios referenciais de identidade, espaço

e tempo. É portanto neste contexto confuso e paradoxal que muitos dos pacientes portadores de narcolepsia referem encontrar-se (Proença; Reimão, 2000).

Episódios inesperados de sono ocorrem várias vezes ao dia, não apenas em circunstâncias favoráveis, como atividades monótonas e sedentárias, mas também em situações muito inadequadas, como no chuveiro, comendo e no ponto do ônibus.

A duração dos episódios pode variar de alguns minutos, se o sujeito está em uma posição desconfortável, até uma hora ou mais se a pessoa está em uma posição reclinada. Em geral os narcolépticos acordam “refeitos” desses “cochilos” e existe um período refratário até o próximo episódio.

Além dos episódios de sono, os pacientes sentem-se anormalmente sonolentos e isso faz com que permaneçam todo o dia com uma desconfortável sensação de alerta baixo, sendo responsável por performances indesejáveis no trabalho, lapsos de memória e com automatismos de gestos e falas muitas vezes desconexos da situação em que a pessoa está inserida. Esse alerta baixo persiste mesmo com a medicação estimulante.

A cataplexia é um dos sintomas clássicos da narcolepsia e que pode ou não fazer parte da sintomatologia. Caracteriza-se por uma diminuição abrupta e reversível do tônus muscular. Frequentemente é eliciada por emoções, como: risada, raiva, surpresa e susto.

Pode envolver certos músculos (especialmente a musculatura proximal) ou toda a musculatura.

A severidade e a extensão do ataque cataléptico pode variar de um estado de absoluta falta de força que parece comprometer toda a musculatura até um limitado envolvimento de certos grupos de músculos ou apenas a uma sensação de fraqueza

que se estende mais ou menos por todo o corpo. Apesar de se pensar que o músculo extra-ocular não estaria envolvido na cataplexia, pode haver sensação de fraqueza ocular e o paciente pode se queixar de visão turva ou dupla (Mittler; Poceta, 1998). A paralisia completa do músculo extra-ocular nunca foi relatada, contudo, as pálpebras podem ser afetadas. A fala e a respiração podem ficar irregulares durante o ataque.

A perda total do tônus muscular pode causar sérios ferimentos, inclusive fraturas. Contudo, normalmente, os ataques não são assim tão repentinos e podem ser percebidos pela própria pessoa que pára e procura apoio, ou por pessoas que estejam próximas. Um ataque, por exemplo, pode consistir em apenas um dobrar de joelhos ou derramar líquido de xícaras e copos. O tempo do ataque pode variar de 2 até 30 minutos.

Muitas vezes os ataques podem ser eliciados apenas por lembrar uma situação engraçada ou triste, assistir a um programa de televisão, ler um livro ou assistir a um filme no cinema que provoquem algum tipo de emoção. Há relatos também de ataques desencadeados após uma refeição pesada ou por fadiga devido a exercícios físicos mais intensos.

Paralisia do sono é um outro sintoma associado à narcolepsia entre o dormir e o acordar ou vice-versa. Os pacientes referem que acordam e não conseguem mover um só músculo, mal podendo falar e até mesmo respirar. Isso dura de alguns segundos a alguns minutos. Pessoas com sono normal podem ter esse sintoma sem outras indicações diagnósticas e prognósticas. Embora seja um sintoma benigno, os pacientes relatam muito medo, principalmente de morrer, e também muita ansiedade.

Os episódios de sono durante o dia e mesmo à noite, nos pacientes com narcolepsia, são em geral acompanhados por alucinações chamadas de hipnagógicas

ou hipnopômpicas que, na verdade, são sonhos muito intensos durante a atividade anormal do estágio REM, que provocam sensações táteis, auditivas, visuais e olfativas muito vívidas e (ou) bizarras de sentirem-se tocadas por insetos, ou de estarem se vendo dormindo, no teto da sala ou do quarto, por exemplo.

Sem dúvida alguma, a narcolepsia é responsável por várias dificuldades no trabalho, escola e (ou) atividades cotidianas, familiares e sociais. É responsável ainda por vários tipos de acidentes pessoais, de trabalho e principalmente de trânsito, demissões, repetência na escola e problemas conjugais (Kales et al., 1982; Goswami, 1992, 1998; Douglas, 1998; Mitler; Poceta, 1998; Reimão, 2001).

Impotência sexual, perda de libido e depressão também são complicações frequentes (Merritt et al., 1992; Adda et al., 1997; Goswami, 1998).

Os aspectos biomédicos da narcolepsia têm ganhado recentemente mais atenção dos pesquisadores, mas a dimensão psicossocial desta doença crônica ainda continua pouco explorada.

Enquanto medicações podem aliviar os sintomas físicos, as conseqüências dos sintomas nas pessoas afetadas, tais como seus sentimentos, relações interpessoais, produtividade e a qualidade de vida, continuam pouco pesquisadas (Goswami, 1992).

1.8.1 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico do paciente narcoléptico pode ser realizado de várias maneiras, a começar das características clínicas, seguindo por exames laboratoriais, como a

Polissonografia e o Teste das Latências Múltiplas do Sono (TLMS), e questionários padronizados.

Testes imunogenéticos fazem parte da investigação, pois sabe-se que os antígenos leucocitários humanos HLA, DR e DQ são codificados pelos genes do Complexo Maior de Histocompatibilidade e relacionam-se com a narcolepsia (Piana, 1999).

Testes neuropsicológicos podem ser utilizados como forma de avaliar a inteligência, atenção, concentração, rapidez e coordenação de movimentos, tempo de reação a estímulos e memória, tais como: *Wechler Adult (or Children) Intelligence Scale (Wais/Wisc)*, *Bender Gestalt Test*, *Crown-Crisp Experimental Index*, *Trial Making (Forma A e B)*, *Gooved Pegboard*, *Figura Complexa de Rey e Escala Wechsler de Memória* (Lesak, 1976; Lefèvre et al., 1990).

A característica mais marcante nos cochilos dos narcolépticos é seu início com sono REM, fato este não encontrado em indivíduos normais. Apresentam também fragmentação do sono durante a noite e incapacidade de manutenção do mesmo nível de alerta durante o dia, se comparados com indivíduos normais.

Para o diagnóstico, na polissonografia, a latência do sono é inferior a 10 minutos e a latência para entrar no sono REM é inferior a 20 minutos. No TLMS, é significativa uma latência inferior a 5 minutos e dois ou mais episódios de sono REM (Thorpy, 2001).

O tratamento da narcolepsia é sintomático; a sonolência excessiva diurna pode ser aliviada por esquemas regulares de cochilos durante o dia ou, quando mais severa, utilizam-se drogas estimulantes do sistema nervoso central, o Sulfato de Benzedrina ou Metilfenidato em geral e, mais recentemente, o Modafinil, que tem

mostrado bons resultados, com reduzido grau de efeitos colaterais e tolerância ao longo do uso.

Para a cataplexia, usam-se mais freqüentemente antidepressivos e, para a paralisia do sono e as alucinações hipnagógicas, não são necessárias medicações.

Lefèvre et al. (1995, 1996) descreve os benefícios da psicoterapia individual e de grupo para os pacientes e seus familiares no sentido de uma melhor aceitação da doença e de melhoria da qualidade de vida.

A narcolepsia é uma doença que por sua sintomatologia pode repercutir de forma muito incapacitante na vida produtiva, psicoafetiva e social de uma pessoa, além de facilitar riscos de acidentes, como nos mostra a literatura especializada. O conhecimento das peculiaridades da dinâmica psicológica dos pacientes pode auxiliar na busca de meios mais eficazes de como ajudá-los e a seus familiares, depois de diagnosticada a doença.

Outra questão importante que se apresenta é até que ponto a severidade dos sintomas correlacionam-se com a eficácia adaptativa do ego e o sistema tensional inconsciente.

Em pesquisa realizada por nós em 1989, no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas – FMUSP, apresentada no III Congresso Brasileiro de Sono, em 1990, utilizamos além de entrevistas psicológicas, Murray (Teste de Apercepção Temática - TAT) e Machover (Figura Humana) e através destes instrumentos, avaliamos indícios psicopatológicos e o grau de comprometimento social e familiar destes pacientes.

Apesar da amostra ser reduzida, na ocasião constituía o número total de pacientes atendidos no Hospital das Clínicas - FMUSP.

Na época (1989), foram estudados 12 pacientes com idade variando de 12 a 61 anos, sendo 8 homens e 4 mulheres. Dois casos entre os homens haviam iniciado os sintomas na infância, entre 5 e 9 anos; cinco dos pacientes tiveram o início dos sintomas na adolescência e outros cinco, na idade adulta.

Não foi possível determinar através dos testes aplicados um perfil único da personalidade do paciente narcoléptico, mas algumas características de padrões emocionais predominaram mais do que outras. Foi possível detectar, na maioria dos sujeitos estudados, pobre colorido emocional no relacionamento com outras pessoas (58%); auto-imagem negativa (75%); ansiedade (58%); rigidez interna (58%); tendência à negação de conflitos (66%) e tendência à depressão (91%).

Com relação às conseqüências psicossociais da doença, observamos que 100% dos pacientes demonstraram não aceitar as limitações impostas pela enfermidade, 66% descreveram os relacionamentos com familiares e interpessoais como insatisfatórios. Foi possível perceber também um grau significativo de comportamento de dependência em relação aos familiares (66%), assim como certas atitudes predominantes, tais como: passividade diante da vida (58%), tendência ao isolamento (75%) e dificuldades no relacionamento sexual (41%).

Tanto na vida escolar como na profissional, observamos grandes dificuldades, sendo que 86% dos pacientes em vida escolar apresentaram desinteresse e sentiam-se discriminados pelos colegas e professores; 28% chegaram a abandonar a escola e 43% tiveram que mudar várias vezes de escola.

Dentre os pacientes que exerciam atividades profissionais, 57% apresentavam desinteresse, 71% sentiam-se discriminados; 28% chegaram a abandonar o trabalho e 28% mudaram constantemente de ambiente profissional.

Passados quatorze anos, observamos muita ênfase na literatura em relação à utilização de novos medicamentos e menor atenção para a necessidade de se entender melhor a dinâmica psicológica destes pacientes e de buscar formas mais adequadas de atendimento psicológico (concomitante à medicação), na tentativa de fortalecer os aspectos egóicos e favorecer uma melhor adaptação social, emocional e talvez, assim, diminuir a quantidade de drogas prescritas.

Sabemos que as experiências dolorosas de qualquer tipo reativam mecanismos depressivos que simbolicamente são equivalentes ao luto.

Segundo Freud (1917), no luto anormal, a excessiva e interminável ligação com o morto ou a negação da perda não permitem a superação da ansiedade depressiva. A incapacidade de experimentar tristeza pela perda ou o seu contrário, a tristeza em demasia, leva à paralisação das emoções e à pobreza afetiva. A superação da dor no luto normal, porém, pode fazer despontar aspectos criativos da depressão.

É esse o caso dos pacientes crônicos e, portanto, do paciente com narcolepsia, cuja experiência dolorosa da doença e suas conseqüências estabelecem o luto. A atitude do doente frente à doença, se é capaz ou não de suportar as perdas e limitações impostas pela narcolepsia e elaborar o luto, levam à possibilidade ou não de adaptação a esta nova realidade de vida.

Buscaremos, assim, ampliar os dados obtidos na primeira pesquisa tendo como uma das ferramentas o Teste das Relações Objetivas de Phillipson (TRO), que possibilita uma melhor compreensão da dinâmica de personalidade, através da análise do Sistema Tensional Inconsciente Dominante dos pacientes. Iremos também classificar a eficácia adaptativa dos mesmos, fazendo uso de uma escala diagnóstica, Escala Diagnóstica Operacionalizada – EDAO.

Utilizaremos a Escala de Sonolência – Epworth e, a partir dela, classificaremos a intensidade dos sintomas, avaliando a presença/ausência de cataplexia e alucinações hipnagógicas, o Questionário do Sono Giglio que verifica a ocorrência das queixas de insônia, sonolência excessiva e parassônias, assim como os padrões de sono.

Escolhemos o Teste de Phillipson (TRO), porque ele reúne características dos testes de Murray, Teste de Apercepção Temática (TAT), utilizado na pesquisa anterior e do Rorschach, sendo mais neutro na sua temática do que o TAT e mais conciso na interpretação do que o Rorschach.

A utilização da Escala de Diagnóstico Adaptativa Operacionalizada - EDAO permite, por sua fácil aplicação e rápida interpretação dos resultados, fazer um levantamento da população em estudo e classificá-los conforme a sua eficácia adaptativa nos quatro setores da adaptação do sujeito: afetivo-relacional, produtividade, sociocultural e orgânico.

Para a análise dos resultados iremos contrastar o grupo de adaptação, na Escala Adaptativa Operacionalizada (EDAO), com o Sistema Tencional Inconsciente Dominante, do Teste de Relações Objetivas (TRO), com características clínicas do paciente, tais como: intensidade dos sintomas, tempo de doença, tempo de tratamento, adesão ao tratamento, relações afetivas com cônjuges e outros familiares. Para isso, foi utilizada como referencial a teoria psicanalítica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos históricos

A palavra narcolepsia vem do grego narco = sonolência e lepsia = crise e foi usada primeiramente por Jean Baptiste Gelineau, em 1880. Contudo, desde Hipócrates o sintoma de sonolência excessiva é conhecido como manifestação de várias patologias; ele próprio afirmava que “sono ou vigília em excesso são manifestações de doença” (Jankovic et al., 1996).

Devemos a Gelineau, este médico francês nascido em 1828, na Gironda próximo a Bordeaux, a descrição dos sintomas da narcolepsia sonolência excessiva diurna com ataques de sono e cataplexia ou astasia, como eram chamados na época esses ataques de fraqueza – e sua incorporação em uma síndrome. Observou inclusive a correlação entre estímulo emocional e cataplexia (Jankovic et al., 1996).

Em 1881, Gelineau publicou o relato do caso de um rapaz de 38 anos que sofria de “maladie du sommeil” como prova de existência de uma nova doença, descrita um ano antes e à qual deu o nome de narcolepsia. No ano seguinte, publicou a monografia *La Narcolepsie*, apresentando 14 casos, próprios e tomados da literatura. Sua percepção clínica o levou a correlacionar eventos carregados de conteúdos emocionais aos ataques catapléticos e a diferenciar narcolepsia de epilepsia. Acreditava que a narcolepsia era uma entidade nosológica, uma doença “suis generis” mas admitia que ela poderia aparecer como um simples sintoma.

Os demais sintomas da doença foram associados com o correr dos anos, sendo os episódios de perda de tônus muscular chamados depois de “inibição cataplética” por Hennenberg (1916). Adie, em 1926, utilizou a denominação “cataplexia”. Atribuiu-se a Lowenfeld o reconhecimento em 1902, da associação comum de ataques de sono com paralisia da musculatura durante os estados emocionais, como raiva e riso.

A paralisia do sono foi descrita primeiramente em 1876, por Mitchel como “paralisia da noite”, mas somente em 1928 o primeiro termo foi empregado por Kinner Wilson.

As alucinações hipnopômicas e hipnagógicas só foram identificadas como fazendo parte da narcolepsia em 1930, por Lhermitte e Daniels (apud Reimão, 1993).

A união destas quatro características, a saber, sonolência excessiva diurna, cataplexia, paralisia do sono e alucinações hipnagógicas e hipnopômicas, recebeu o nome de “tétrade narcoléptica” ou “tétrade de Gelineau”, nome este atribuído por Yoss e Daly em 1957. Portanto, tal denominação surgiu há mais de doze décadas, após os originais trabalhos de Gelineau.

Nas publicações médicas brasileiras, faz-se menção à narcolepsia, inclusive citando o nome de Gelineau, já na tese de Almeida, em 1902, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (apud Reimão, 1993).

Da década de 20 até a de 60, a literatura é muitas vezes confusa, pois o termo “narcolepsia” aparece muitas vezes utilizado indiscriminadamente, como sinônimo de sonolência excessiva e, portanto, misturando-se com várias patologias. Paralelamente, o fato de ter sido introduzido o termo tétrade narcoléptica ou de Gelineau dificultou muito o diagnóstico, pois se achava que seria necessária a

presença da tétrede completa para a confirmação diagnóstica. Na realidade, hoje se sabe estar a tétrede completa em menos de um quarto dos indivíduos afetados (Reimão, 1993).

Da década de 70 para cá, a melhor definição do quadro clínico, assim como o desenvolvimento tecnológico, permitiu avaliações mais precisas e a constatação da existência relativamente comum desta patologia.

Atualmente, as pesquisas desenvolvem-se no campo da genética. A descoberta recente do déficit de hipocretina 1 e 2 no cérebro dos portadores de narcolepsia, sem dúvida nenhuma, é um avanço muito grande na direção da cura desta enfermidade.

As pesquisas de narcolepsia tentam buscar um meio para chegar à cura definitiva e uma das formas possíveis dentro deste novo milênio poderá ser no vetor da terapia genética. Uma outra forma seria o desenvolvimento de um acompanhamento capaz de tratar efetivamente todos os sintomas, sem que fizesse diferença a suscetibilidade genética do indivíduo. Nesse sentido, a hipocretina traz uma nova e importante abordagem para o tratamento da narcolepsia.

Johns et al. (2000) administraram doses sistemáticas de hipocretina tipo 1 em cães narcolépticos e perceberam uma redução dos ataques catapléticos e normalização do estado de alerta dos mesmos.

Dement e Mignot (1992) acreditam que entender a narcolepsia, significa compreender melhor o próprio sono e seus mecanismos, por conseqüência poder entender também outras doenças do sono como a insônia, por exemplo, e assim ajudar milhões de pessoas que sofrem de outros distúrbios do sono.

2.2 Aspectos psicossociais da narcolepsia

Na mitologia grega, Morfeu é o filho do Sono; ele mesmo é um Deus do Sono, além disso, é o primeiro dos sonhos, o único que anuncia a verdade. Representavam-no com asas de borboleta e com uma papoula na mão, com a qual tocava naqueles que queria adormecer (Spalding, 1965). O palácio do Rei do Sono fica em uma caverna, o silêncio ali reina; do fundo do rochedo, contudo, corre o Rio Letes, e seu murmúrio convida ao sono. Junto à entrada da caverna, crescem abundantemente papoulas e outras plantas, de cujo suco a Noite extrai o sono, que espalha sobre a terra escurecida. Ali, o Deus se recosta, com os membros relaxados pelo sono, em torno dele estão os sonhos, apresentando várias formas.

A partir da mitologia grega, podemos ter uma dimensão maior do que pode significar viver sob o domínio de Morfeu e de seu pai, o Rei do Sono, não só durante a noite como todos os mortais, mas também durante o dia (Bulfinch, 1999).

Em outra passagem da mitologia,

“Caos une-se com Nix (a noite) e dessa união nasce Eros, o Deus do amor, este trouxe para a terra muitas alegrias e as ninfas, dentre estas existia uma em especial, chamada Telkis, era linda e com um toque fazia o insone entrar em sono... porém na mitologia grega as figuras são ambíguas e contava-se naquele tempo que para alguns mortais, Telkis aparecia a qualquer hora e fazia-os entrar em um sonho estranho... que parecia com a morte... Não seria narcolepsia?” (Deitos, 2001, p.273).

Broughton e Ghanen (1976) foram os primeiros a estudar de forma sistemática o impacto da doença na vida do paciente. Eles encontraram dados nos

quais as pessoas portadoras apresentavam problemas constantes nas relações interpessoais, emprego, educação, lazer, e outras áreas da vida cotidiana.

Uma pesquisa posterior revelou os mesmos efeitos na vida de pessoas atingidas de diferentes culturas (Broughton et al., 1983).

Kales et al. (1982) encontraram altos índices psicopatológicos entre os pacientes narcolépticos; esses dados foram interpretados pelos pesquisadores como efeitos da doença. Foram utilizados os seguintes testes projetivos: “Minnesota Multiphasic Personality” (MMPI), Teste de Rorschach, Teste de Apercepção Temática (TAT), Desenho da Figura Humana e o Teste de Bender. Foram encontrados dados, tais como: sentimentos de inferioridade, pessimismo, preocupação crônica, dúvida de si mesmo, redução de prazer, estresse, controle emocional para evitar a cataplexia e sentimentos de inadequação. Os três traços psicopatológicos mais frequentemente encontrados foram: depressão, ansiedade e comportamento obsessivo-compulsivo, sendo que, 27% dos pacientes apresentavam depressão crônica. Entre os aspectos psicossociais, foram encontradas dificuldades sexuais, dificuldades no trabalho, na escola e na vida familiar.

Douglas (1998) afirmou que um dos maiores problemas para os pacientes com narcolepsia é a falta de informações a respeito da doença, tanto na população em geral, como na própria classe médica. Desta forma, o nível de tolerância e compreensão das pessoas com relação aos sintomas provocados pela narcolepsia é muito baixo, gerando sentimentos de rejeição e isolamento nos indivíduos afetados. Estes, por sua vez, demoram a achar que seus sintomas são merecedores de atenção médica. Na maioria das vezes, acham-se sonolentos e preguiçosos e são vistos da mesma maneira pelas outras pessoas ou inclusive como dependentes de drogas.

Goswami (1998) descreve um grande impacto na qualidade de vida dessas pessoas, além de uma alta incidência de distúrbios psicológicos e psiquiátricos. Os pacientes descrevem sérias dificuldades no relacionamento familiar; irritabilidade e ansiedade (esta última pode ser uma consequência do uso contínuo de anfetaminas); baixo índice de adequação à doença; altos índices de repetência e abandono escolar e desemprego.

Nos homens, são relatadas freqüentes disfunções sexuais, cuja etiologia pode ser a sonolência excessiva e a cataplexia ou os efeitos colaterais da medicação, indicada nos casos de cataplexia (antidepressivos) ou ainda a concomitância com a diabetes mellitus.

Para Honda et al. (1986), existe uma forte correlação entre diabetes tipo 2 e narcolepsia, muito maior do que na população em geral.

Wise (1998), do Departamento de Neurologia e Pediatria da Universidade do Alabama, ressalta a importância de um diagnóstico precoce no sentido de minimizar o impacto causado pela doença na qualidade de vida dos pacientes.

Segundo esse autor, um número crescente de estudos mais recentes vem sugerindo que possivelmente os sintomas da narcolepsia começam durante a infância ou na pré-adolescência e permanecem irreconhecíveis e sem diagnóstico durante anos.

Estudos retrospectivos sugerem que metade dos pacientes adultos com narcolepsia relata sofrerem dos sintomas da doença desde a infância ou começo da adolescência e que permanecerem sem um diagnóstico durante importantes anos de seu desenvolvimento.

A narcolepsia durante a infância é um excelente modelo, segundo o autor, para a compreensão do impacto da hipersonia diurna sobre o desenvolvimento social e cognitivo.

No caso das crianças com narcolepsia, é possível identificar sérios problemas de comportamento que muitas vezes são confundidos com outros diagnósticos, como: atraso mental, déficit de atenção e hipercinesia. Isso se dá porque nem sempre os sintomas da narcolepsia durante a infância manifestam-se como nos adultos, devido aos fatores do desenvolvimento.

Os problemas psicossociais e acadêmicos causados pela doença durante a infância e adolescência são as maiores preocupações dos pais e professores.

São relatados freqüentes estados de irritabilidade, labilidade de humor e crises nervosas. É observado também isolamento social e evasão durante atividades esportivas, devido principalmente à cataplexia. Na escola é comum que os colegas estigmatizem e ridicularizem a criança com narcolepsia devido às crises de sono ou aos ataques de cataplexia.

As dificuldades acadêmicas são freqüentes devido à dificuldade de manter a atenção pelo estado de sonolência, assim como são observados problemas em relação a memória.

É comum encontrarmos crianças e adolescentes portadores de narcolepsia com depressão, possivelmente devido às dificuldades de adaptação social, familiar e acadêmicas.

A obesidade é outro distúrbio encontrado entre crianças, adolescentes e adultos com narcolepsia, com uma incidência significativa. Segundo relata Kotagal et al. (1990), apesar de não se saber a razão para este fato, imagina-se que a

inatividade, a hipersonia e a ansiedade podem ser fatores importantes e que devem ser considerados (Wise, 1998).

Krahn et al. (2002) relataram que houve remissão dos sintomas de cataplexia em paciente obeso e com narcolepsia com administração de sibutramina e chama a atenção para a correlação entre obesidade e narcolepsia.

A descoberta da hipocretina, tipo 1 e 2, como sendo responsáveis pelas sensações de manter-se acordado e de fome poderá desvendar, em um futuro próximo, esta correlação.

Baird (1995) enfatizou que a observação clínica dos pacientes portadores de narcolepsia leva a um modelo multifatorial na etiologia da doença. Levanta a hipótese de a narcolepsia ser um distúrbio “borderline” ou fronteiroço (tal como é descrito nos estudos dos campos da matemática e da física), afirmando que essas teorias utilizam este modelo para explicar como vários sistemas movem-se para estados fronteiroços, como ocorre na transição da água para o gelo e vice-versa, em uma pequena diferença de tempo. Da mesma forma, como o estímulo emocional pode desencadear o ataque cataléptico e (ou) ataque de sono entre os pacientes com narcolepsia. Propõe que, além das pesquisas em relação aos tratamentos com as drogas e da terapia genética, possam ser feitos mais estudos com as terapias comportamentais no sentido de tentar modificar os circuitos cerebrais que levam a este desequilíbrio de sistemas e, conseqüentemente, aos estados fronteiroços frente aos estímulos emocionais.

É sabido que a narcolepsia correlaciona-se com outras disfunções, tais como: diabetes mellitus (Honda et al., 1986; Karacan et al., 1992), perda de libido nos

homens como sintoma secundário à sonolência diurna (Karacan et al., 1992) e depressão (Broughton et al., 1976; Merritt et al., 1992; Lefèvre et al., 1997).

Em todos os estudos feitos sobre a depressão e narcolepsia, constata-se um elevado índice de depressão em relação ao grupo controle.

Observa-se também um rebaixamento maior da auto-estima nos pacientes com sintomas mais severos, além de maior distanciamento social e sérias dificuldades conjugais (Cohen et al., 1992; Proença; Reimão, 1990, 2000).

Em estudo de caso feito com um adolescente portador de narcolepsia (Proença et al., 1993), observamos indícios de que os sintomas da doença têm valor de ganho secundário, como fuga da realidade e da depressão.

Lefèvre et al. (1999) encontraram os mesmos indícios de correlação entre a narcolepsia e ganho secundário dos sintomas, como fuga da realidade, em estudo de caso de uma criança com narcolepsia.

Richards (1995) abordou o “estado narcoléptico” durante a psicoterapia psicanalítica de uma paciente de 25 anos, portadora de bulimia e anorexia, e que não tinha narcolepsia, mas, que durante o segundo ano de tratamento, freqüentemente caía em sono profundo, em períodos longos durante as sessões.

Em outras vezes, a sensação de sonolência estendia-se aos dois, terapeuta e paciente, evidenciando a presença de uma parte da personalidade da paciente, paranóica e narcisista, que sentia o trabalho analítico como extremamente ameaçador e doloroso e que, por conseqüência, precisava ser evitado a todo custo. O autor observou que este fenômeno pode ajudar a entender o sono dos pacientes com narcolepsia do ponto de vista psicodinâmico.

Na pesquisa realizada por MacNamara et al. (2001), foi observado que na amostra de sujeitos com características de personalidade com maior insegurança afetiva e preocupações, estes eram capazes de lembrar mais de seus sonhos e de seus conteúdos, de um jeito mais intenso, com mais imagens e emoções do que os outros sujeitos sem as mesmas características. Os pesquisadores concluíram, então, que uma das funções do sonho e, portanto, do sono REM, é a promoção de vínculos, de uma forma inconsciente.

Schredl (1998) constatou que pacientes com narcolepsia lembravam-se mais de seus sonhos e com muito mais riqueza de detalhes do que o grupo controle. O conteúdo dos sonhos era também mais negativo e bizarro do que os do grupo controle. Segundo o pesquisador, essas evidências refletem as dificuldades interpessoais desses pacientes em suas vidas despertas.

Em vista do impacto psicossocial causado pelo distúrbio, vários autores enfatizam a necessidade da assistência multidisciplinar aos portadores da narcolepsia, bem como aos seus familiares.

Lefèvre et al. (1995, 1996), Proença e Reimão (2000) descreveram os benefícios trazidos aos pacientes no atendimento de grupo, tanto de pacientes, como de seus familiares.

Goswami et al. (1992) enfatizaram a necessidade de os pacientes e familiares serem abordados de diversas maneiras, além do tratamento medicamentoso. As questões psicológicas, hábitos de vida mais saudáveis, como esquema de cochilos (Reimão, 1995, 1996, 2001), reeducação alimentar e prática de exercícios físicos regulares, deveriam fazer parte do tratamento desses pacientes (Garma; Marchand, 1994).

Para estes dois últimos pesquisadores (1994), é possível um tratamento não medicamentoso, seguindo-se mudanças nos hábitos de vida, de comportamento, de alimentação e reorganização nos horários de estudo e trabalho.

As pesquisas neuropsicológicas em relação à narcolepsia demonstram que há déficits nas áreas de atenção, concentração e memória (auditiva, visual ou retenção visual).

Algumas funções intelectuais mostram-se prejudicadas naqueles pacientes mais jovens que sofrem de depressão e possuem severos sintomas visuais, principalmente na fluência verbal (Cohen et al., 1992).

Para Lefèvre (1990) e Cohen et al. (1992), o tempo de reação entre os pacientes com narcolepsia também é maior do que em relação aos grupos controle, porém esses resultados melhoram quando é permitido ao paciente cochilar. Em provas mais curtas, eles têm um desempenho melhor do que em provas mais longas (Lefèvre, 1990).

Em estudo de caso de criança com 9 anos de idade, Lefèvre et al. (1999) encontraram índice de inteligência acima da média com dificuldades leve/moderada de atenção, rapidez motora abaixo da média e memória visual e auditiva com leve dificuldade.

No processo de aprendizagem, os pacientes com narcolepsia beneficiam-se mais quando o modelo de ensino segue um padrão de maior uso de recursos gráficos, coloridos, mais interativos e menos explanativos (Cohen, 1992), o que nos aponta para a necessidade de novas estratégias de ensino, em se tratando de acadêmicos portadores de narcolepsia.

De uma forma geral, é possível observar que todas as pesquisas apontam para um grande impacto da doença nos setores: produtivo, escolar, relações interpessoais e sexuais.

O índice de acidentes (trânsito, domésticos e ocupacionais) é maior do que na população em geral e também maior em relação aos pacientes com apnéia obstrutiva do sono, distúrbio que também provoca sonolência diurna (Goswami, 1992; Reimão, 2000).

As pesquisas relativas ao uso do Teste das Relações Objetivas de Phillipson (1981) em pacientes com distúrbios do sono não são muito frequentes. Contudo, a escolha do TRO justifica-se como sendo um instrumento projetivo com estímulos neutros, de fácil aplicação e análise, cuja validade e importância têm sido ratificadas em pesquisas nas quais foi o instrumento principal (Rosa, 1995).

Rossini (1997) utilizou o TRO no estudo de dois casos de insônia e os analisou com base nos pressupostos de Bion, acerca do desenvolvimento do pensamento, concluindo que a insônia muitas vezes é resultante de falha na Função Alfa, sendo, portanto, um distúrbio do pensamento. Posteriormente (2001), a mesma pesquisadora, analisa, através de outro teste projetivo, TAT, a Função Alfa em uma amostra maior de pessoas com insônia crônica (16 pacientes), chegando aos mesmos resultados que na pesquisa anterior com o TRO.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Caracterizar os aspectos psicodinâmicos mais freqüentes dos portadores da narcolepsia, visando a compreensão do sistema tensional inconsciente dominante e o grau de comprometimento da eficácia adaptativa do ego nos setores: afetivo-relacional, sociocultural, produtivo e orgânico.

3.2 Específicos

- a) Correlacionar o sistema tensional inconsciente dominante com o grau de eficácia adaptativa do ego.
- b) Correlacionar a eficácia adaptativa do ego e o sistema tensional inconsciente dominante com características clínicas do paciente, tais como: intensidade dos sintomas, tempo de doença, tempo de tratamento, adesão ao tratamento, relações afetivas com cônjuges e outros familiares.
- c) Caracterizar o padrão dos hábitos de sono.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 População em estudo

Foram avaliados 23 pacientes, de um total de 30 pacientes diagnosticados com narcolepsia até 2003 que fazem acompanhamento ambulatorial no Hospital das Clínicas – FMUSP, com o Dr. Rubens Reimão.

Dos 23 pacientes, 15 eram do sexo feminino e oito do sexo masculino, com idades variando entre 24 anos e 70 anos. Desses, quatro pacientes não terminaram a avaliação psicológica (não fizeram o TRO), alegando dificuldades pessoais e, portanto, 19 pacientes terminaram toda a avaliação.

Dos sete pacientes diagnosticados com narcolepsia e que não fizeram parte do estudo, duas eram crianças e optamos por não incluí-las, duas outras recusaram-se a fazer parte da pesquisa e três não tinham possibilidades para viajar (moram no interior ou em outro Estado).

Os pacientes passaram pelos critérios diagnósticos da doença: sintomas clínicos (sonolência excessiva diurna, ataques de sono incontroláveis, e (ou) cataplexia, paralisia do sono, alucinações hipnagógicas), polissonografia e teste das latências múltiplas.

A partir do grau da sonolência diurna, avaliado pela aplicação da Escala Epworth de sonolência durante as entrevistas psicológicas, e a presença ou ausência

de cataplexia e (ou) alucinações hipnagógicas, foi possível estabelecer uma graduação da intensidade dos sintomas (Anexo C).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Pós-Infirmação após a leitura e esclarecimentos por parte da pesquisadora, de acordo com as normas da Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo E).

A escolaridade e o nível socioeconômico, segundo os critérios da ABIPEME (Anexo D), não foram considerados como critérios de exclusão, mas sim para estabelecer o perfil populacional.

Como grupo comparativo (1), elegemos o grupo de pacientes portadores de insônia crônica, por se tratar de uma outra enfermidade crônica que também provoca sonolência diurna. Esses pacientes foram diagnosticados e estão em acompanhamento no mesmo ambulatório do sono, pelo Dr. Rubens Reimão, no Hospital das Clínicas – FMUSP. Eles foram avaliados em outra pesquisa (Rossini, 2001), na qual se utilizaram basicamente os mesmos instrumentos de avaliação psicológica: entrevistas semidirigidas, EDAO e TAT (teste projetivo equivalente ao TRO), Questionário do Sono – GIGLIO (1988) e a Classificação socioeconômica desenvolvida pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado - ABIPEME.

Os resultados desta pesquisa também serão relacionados com outro grupo comparativo (2), constituído por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, acompanhados no Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e que fizeram parte da pesquisa realizada por Heleno (2000), que

utilizou os mesmos instrumentos de avaliação psicológica: entrevistas semidirigidas, EDAO e TRO, além da Classificação socioeconômica, ABIPEME.

A diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crônica e com certa frequência associa-se à narcolepsia, porém esta correlação ainda não está bem definida (Honda et al., 1986).

Obs. - O grupo comparativo (1) permitirá uma comparação qualitativa entre os testes projetivos (TRO e TAT), o grupo comparativo (2) possibilitará comparações qualitativas e quantitativas entre os resultados dos TROs, excluindo-se aqueles pacientes com narcolepsia e que também são portadores de diabetes tipo 2.

4.2 Local da pesquisa

Ambulatório da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC-FMUSP (Ambulatório de Sono, supervisão Dr. Rubens Reimão).

4.3 Instrumentos

➤ Entrevista psicológica semidirigida, através da qual tenta-se abordar os quatro setores principais da vida do indivíduo: afetivo-relacional, produtividade, sociocultural e orgânico.

➤ Escala de Diagnóstico Adaptativa Operacionalizada - EDAO, desenvolvida pelo Prof. Ryad Simon (1983), pela qual se diagnostica o grau de comprometimento da eficácia adaptativa do paciente.

➤ Teste das Relações Objetais de H. Phillipson, que ampliaria os resultados obtidos através da Escala (Phillipson, 1981).

➤ Escala de Sonolência de Epworth (ESE) (Johns, 1991).

➤ Escala de Intensidade dos Sintomas. Utilizaram-se os dados obtidos através da ESE acrescidos da avaliação da presença/ausência de episódios de cataplexia e alucinações hipnagógicas.

➤ Questionário GIGLIO (1988).

➤ Classificação sociocultural da ABIPEME.

Obs.- A justificativa da escolha dos instrumentos psicológicos está especificada na introdução.

4.3.1 Entrevista e EDAO

A entrevista foi conduzida segundo o modelo de “Entrevista em Prevenção”, proposto por Simon (1983, 2000) e tem como pressuposto básico a escuta da pessoa, com o objetivo de avaliar o equilíbrio adaptativo, obter dados do desenvolvimento do sujeito, da infância até o momento, e de fornecer orientações, esclarecimentos e encaminhamentos visando melhorar ou manter a qualidade de adaptação da pessoa.

Os dados colhidos foram utilizados na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) (Anexo F).

A EDAO é um instrumento de uso clínico e tem sido utilizado em várias pesquisas (Rossini, 1985; Rosa, 1995; Heleno, 1995, 2000; Rossini et al., 1999 a,b) confirmando o seu valor diagnóstico. Trata-se de importante instrumento de pesquisa por possibilitar uma avaliação quantitativa dos dados, uma visão integrada do sujeito, ser de fácil aplicação e avaliação e permitir comparações com outros instrumentos (Rossini, 2001). Possibilita também suporte para encaminhamentos e subsídios para uma entrevista devolutiva e ainda permitir a compreensão e seu uso por diferentes profissionais.

A adaptação do indivíduo engloba quatro setores: o afetivo-relacional, produtividade, orgânico e o sociocultural (Simon, 1989, 1998).

O setor afetivo-relacional (A-R) compreende os sentimentos, atitudes e ações do indivíduo com relação a si próprio e ao semelhante.

O setor produtividade (PR) relaciona-se com sentimentos e atitudes do indivíduo frente a qualquer atividade produtiva considerada como principal em sua vida.

O setor sociocultural (SC) engloba sentimentos e atitudes frente ao ambiente social, normas, valores e tradições na cultura em que vive.

O setor orgânico (OR) compreende o estado e funcionamento do organismo, e ainda os sentimentos, ações e cuidados do indivíduo em relação ao seu próprio corpo.

A adaptação pode ser classificada de acordo com o grau de eficácia e, para isso, leva-se em consideração três critérios de adequação:

Primeiro, se traz solução ao problema; segundo se traz algum grau de satisfação; e, por último, se a solução acarreta ou não algum grau de conflito intrapsíquico e/ou com o ambiente. Desta forma, temos então três tipos de respostas, de acordo com os critérios de adequação:

Resposta adequada (+++) é aquela que resolve o problema (+), dá prazer (+) e não leva a nenhum tipo de conflito intrapsíquico ou ambiental (+).

Resposta pouco adequada (++) é aquela que resolve o problema (+), é satisfatória (+), porém cria algum tipo de conflito ou, ainda, resolve o problema (+), mas sem dar prazer e sem criar conflito (+).

Resposta pouquíssimo adequada (+) é aquela que resolve o problema (+), mas, além de não dar satisfação, provoca algum conflito.

O **Diagnóstico do Equilíbrio Adaptativo** se faz a partir do conjunto de respostas que ele oferece às diferentes situações de vida, nos diferentes setores.

Os setores afetivo-relacional e produtividade são avaliados quantitativamente, pois ocupam posição de destaque na totalidade adaptativa; os demais setores são avaliados qualitativamente (Simon, 1998).

QUADRO 1 - Classificação diagnóstica quantitativa

GRUPO	CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA	PONTUAÇÃO	SOMA
1	Adaptação Eficaz	AR (+++) + PR (+++) = [3 + 2] =	5,0
2	Adaptação Ineficaz Leve	AR (++) + PR (+++) = [2 + 2] =	4,0
		ou AR (+++) + PR (++) = [3 + 1] =	4,0
3	Adaptação Ineficaz Moderada	AR (++) + PR (++) = [2 + 1] =	3,0
		ou AR (+++) + PR (+) = [3 + 0,5] =	3,5
		ou AR (+) + PR (+++) = [1 + 2] =	3,0
4	Adaptação Ineficaz Severa	AR (+) + PR (++) [1 + 1] =	2,0
		ou AR (++) + PR (+) = [2 + 0,5] =	2,5
5	Adaptação Ineficaz Grave	AR (+) + PR (+) = [1 + 0,5] =	1,5

No Quadro 1 estão relacionadas as possibilidades de adaptação, de acordo com a adequação das respostas aos setores.

Considerando ainda que a pessoa possa estar passando por situações de “crise adaptativa” (situações de mudanças positivas ou negativas, em qualquer um dos quatro setores, em um prazo inferior a trinta dias), teremos dez grupos adaptativos, conforme o Quadro 2 (Simon, 1998).

QUADRO 2 - Tipos de Grupo por Adaptação

Grupo	Diagnóstico de adaptação
01	Adaptação Eficaz
02	Adaptação Ineficaz Leve
03	Adaptação Ineficaz Moderada
04	Adaptação Ineficaz Severa
05	Adaptação Ineficaz Grave
06	Adaptação Eficaz em Crise
07	Adaptação Ineficaz Leve em Crise
08	Adaptação Ineficaz Moderada em Crise
09	Adaptação Ineficaz Severa em Crise
10	Adaptação Ineficaz Grave em Crise

4.3.2 O Teste das Relações Objetais de Phillipson – TRO

O TRO é um método projetivo que consiste em apresentar treze pranchas ao sujeito com figuras ambíguas e solicitar histórias (Anexo G e H). Baseia-se na teoria de que o indivíduo, ao elaborar histórias sobre os estímulos apresentados, recorrerá a suas próprias experiências e fantasias, expressando impulsos conscientes e inconscientes, defesas e conflitos (Rossini, 2001).

Phillipson (1981) utiliza, como pressuposto básico do seu teste, as relações interpessoais como sendo o núcleo das relações objetais no presente, explorando o conteúdo de realidade e o clima emocional que evocam (Rosa, 1995).

O TRO apresenta ainda elevado teor de saturação projetiva; reúne aspectos de forma e conteúdo; o movimento humano é indefinido; a influência cultural é escassa

e as personagens são inexpressivas e ambíguas, o que promove a amplitude das projeções. É um instrumento projetivo de fácil aplicação e análise e sua validade e importância têm sido ratificadas em pesquisas nas quais foi instrumento principal (Rosa, 1995).

A análise das histórias do TRO foi feita através do Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID), que compreende os principais desejos e as conseqüências temidas como resultado desses desejos, assim como os esforços defensivos que o sujeito realiza para evitar essas conseqüências, de acordo com a fundamentação teórica de Klein (1948).

Assim, conforme sugere Phillipson (1981), através da análise desta tríade, desejos, medos e defesas, podemos compreender a dinâmica do mundo interno. A maneira pela qual uma pessoa estabelece suas relações pessoais no presente é produto de seu manejo das primeiras relações objetais (Heleno, 2000).

Rosa (1995) mostra que, segundo o modelo das Relações Objetais de Melanie Klein, as relações estabelecidas com os objetos formam constelações que caracterizam as posições, que podem ser esquizoparanóide, depressiva e viscocárica.

Joseph (1992) explica que o termo “posição” implica uma atitude mental, uma constelação de fantasias e de relações de objeto associadas a ansiedades e defesas características. Segundo a psicanalista, a noção de posição nos ajuda como estrutura a compreendermos de que forma a mente do paciente está operando em determinado momento.

Por exemplo, o paciente pode estar visualizando seu mundo, externo ou interno, a partir de uma postura depressiva, com sentido de responsabilidade, dor e culpa, com o que tem de lidar, ou a partir de uma postura mais paranóide, com muita

excisão e projeção de impulsos e partes do self, muito medo, ou idealização dos objetos e fuga do contato com a realidade psíquica.

A posição viscocárica segundo Rosa (1995) sugere um modelo em que partes do “self” ficam enviscadas ou aglutinadas no núcleo. Apresenta características de não haver discriminação entre o eu e o não eu; fusão de objetos bons e maus; fusão de diferentes fases do desenvolvimento da personalidade.

Nas palavras de Bleger (1988), o núcleo enviscado constitui, no adulto, “as partes psicóticas da personalidade, geneticamente anterior à posição esquisoparanóide, que denomina viscocárica” (p.109).

A análise da dinâmica do mundo interno através do TRO foi feita qualitativamente e quantitativamente. A utilização de uma escala ordinal para atribuição de pontos no STID (Quadro 3), em substituição à graduação proposta por Phillipson (1981), foi utilizada inicialmente em um estudo de caso sobre dois pacientes depressivos por Rosa (1988). Posteriormente, foi usada por vários pesquisadores (Silva, 1989; Heleno, 1992, 2000; Rosa, 1995).

QUADRO 3 – Classificação e seriação do Sistema Tensional Inconsciente Dominante - TRO

Classificação	Seriação	Descrição das categorias
Phillipson	Rosa	
(--)	1	Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas
(-)	2	Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações negativas
(0-)	3	Tendência adaptativa com resultante negativa
(0)	4	Equilíbrio mantido podendo dar liberdade para relações positivas
(0+)	5	Tendência adaptativa com resultante positiva
(+)	6	Liberdade para estabelecer relações positivas
(++)	7	Liberdade para estabelecer relações muito positivas

4.3.3 Questionário do sono

O Questionário do sono foi elaborado por Giglio (1988), padronizado através de estudos com a população adulta da cidade de São Paulo, verificando a ocorrência das queixas de insônia, de sonolência excessiva diurna e das parassônias (Anexo I).

A inclusão deste instrumento na pesquisa justifica-se por permitir a obtenção de dados relativos às condições de sono do sujeito, horários de acordar e dormir, outros tipos de distúrbios do sono associados à narcolepsia, qualidade da vigília e a dinâmica do processo de dormir.

Questiona ainda a ocorrência de úlcera péptica, hipertensão arterial, peso e altura (sendo possível o cálculo do índice de massa corporal – IMC) e o uso de medicamentos para dormir ou para ficar acordado.

4.3.4 Escala de sonolência Epworth

A Escala de Sonolência Epworth (ESE), descrita em 1991 por Johns MW, é utilizada largamente em pesquisas de sonolência excessiva (Johns, 1991, 2000; Reimão, 1996), por sua vantagem de fácil aplicação e por estar voltada para condições usuais no dia-a-dia do entrevistado. Consta de questões sobre a percepção do paciente em relação à intensidade da sonolência diurna em situações monótonas,

como ao ler e dirigir. O paciente fornece uma nota para o grau de sonolência nessas situações. É quantificada a pontuação total (Anexo J).

Esta escala está traduzida, sendo largamente utilizada em Português.

Foi avaliada também com os dados obtidos pela ESE e pela avaliação da presença/ausência de cataplexia e alucinações hipnagógicas, o grau de Intensidade dos Sintomas (Anexo C).

4.3.5 Classificação socioeconômica

Para a classificação dos sujeitos, utilizaram-se os critérios de classificação socioeconômica desenvolvidos pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado - ABIPEME (Anexo D).

4.4 Procedimento

A pesquisa foi clínica; os dados foram coletados de modo que os resultados fossem analisados quantitativamente e qualitativamente.

Todos os instrumentos foram aplicados e avaliados pela pesquisadora e reavaliados por uma psicóloga (juiz dos testes).

Foram realizadas três entrevistas individuais, distribuídas na seguinte seqüência:

1ª Entrevista: foi iniciado o processo de avaliação através de uma entrevista semidirigida, na qual, por meio da narração espontânea foram abordados os quatro setores da vida do indivíduo, afetivo-relacional (A-R), produtivo (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (OR).

Posteriormente, esses dados foram classificados de acordo com a Escala de Diagnóstico de Adaptação Operacionalizada - EDAO e através desta, foi avaliado o grau de eficácia adaptativa de cada paciente.

2ª Entrevista: foi aplicado o Teste de Phillipson, que necessitou de uma hora (em média) para cada paciente.

Nesta ocasião, foram apresentadas uma a uma, 13 pranchas com figuras humanas ambíguas (sombreadas) e pediu-se ao paciente que relatasse o que imaginava ser aquela situação, que pessoa(s) era(m) aquela(s), o que estava(m) fazendo e o que iria acontecer depois. Toda comunicação do paciente foi registrada por escrito para posterior interpretação dos resultados.

3ª Entrevista: depois da aplicação do teste, foi marcada uma entrevista final (devolutiva), para que o paciente pudesse ter um “feedback” dos principais resultados encontrados, além da complementação dos dados da pesquisa. As informações foram comunicadas ao paciente na medida do seu entendimento e dos seus recursos internos para lidar com as mesmas.

Quando necessário, foram feitas orientações e encaminhamentos para tratamento psicoterápico.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

5.1.1 Quanto ao sexo

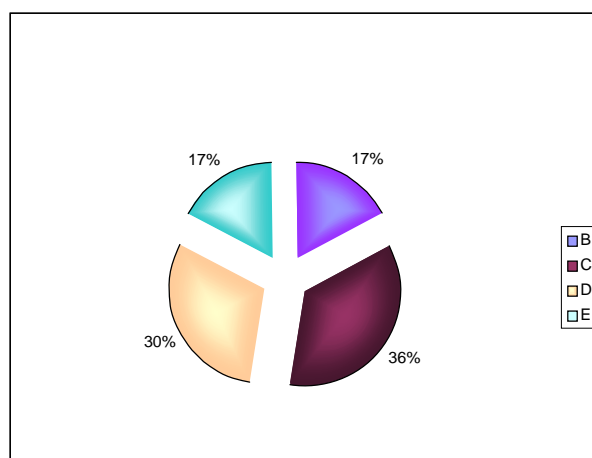
A amostra constou de 23 pacientes, dos quais, 15 eram do sexo feminino (65,2%) e 8, do sexo masculino (34,8%).

5.1.2 Quanto à idade

As idades variaram entre 24 e 70 anos (média = 44,3 anos).

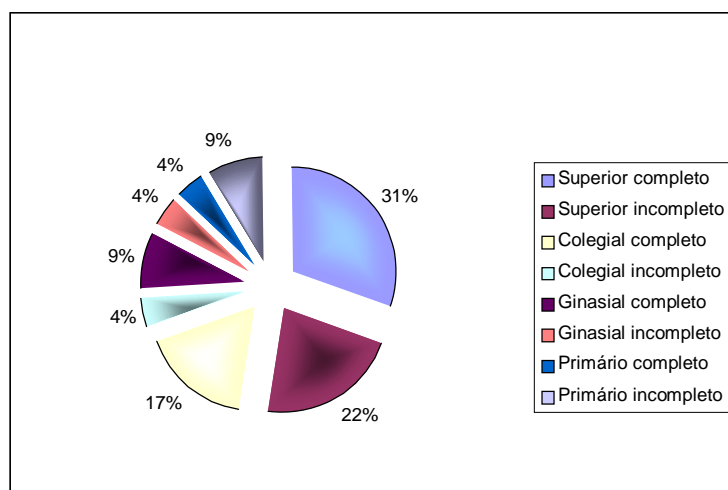
5.1.3 Quanto ao nível socioeconômico

A distribuição do nível socioeconômico permitiu verificar que 17,4% dos pacientes pertenciam ao nível B, 34,8% pertenciam ao nível C, 30,4% faziam parte do nível D e 17,4% do nível E (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Porcentagem de pacientes com relação ao nível socioeconômico

5.1.4 Quanto à escolaridade

Quanto à escolaridade, 31% dos pacientes possuíam nível superior completo e 22% nível superior incompleto; 17% tinham ensino médio completo e 4% ensino médio incompleto; 9% tinham feito o ensino fundamental completo e 4% o ensino fundamental incompleto, 4% fizeram até a 4ª série e 9% não completaram as 4 primeiras séries do ensino fundamental (Gráfico 2).

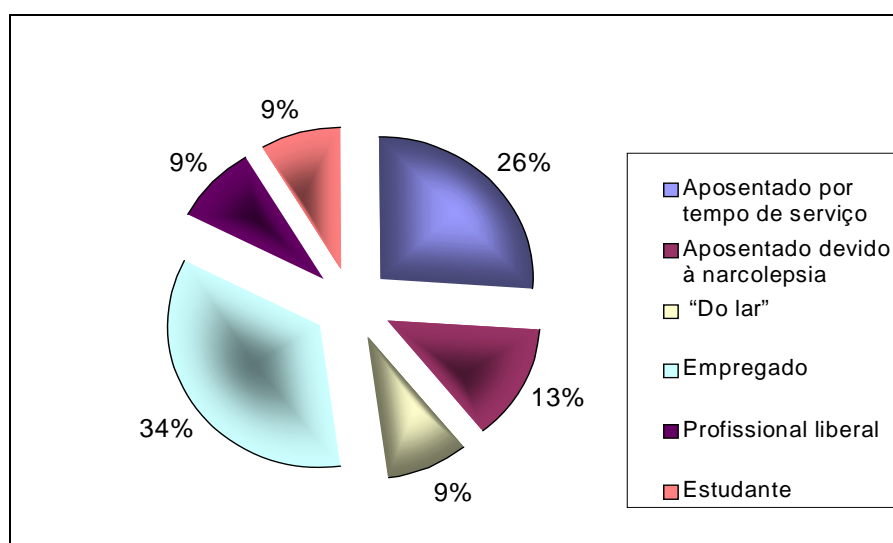
Gráfico 2 – Pacientes em relação à escolaridade

5.1.5 Quanto à situação profissional

A distribuição dos pacientes quanto à situação profissional permitiu verificar que 26% eram aposentados por tempo de serviço; 13% eram aposentados por invalidez devido à narcolepsia; 9% eram “do lar”; 34%, empregados (destes, 75% sofriam em seus empregos pelas limitações causadas pela narcolepsia, que os impediam de ascender profissionalmente, fazendo-os mudar constantemente de seus empregos); 9% eram estudantes universitários (todos se queixaram das dificuldades provocadas pela narcolepsia na vida acadêmica) e 9%, profissionais liberais, que expressaram maior grau de satisfação em suas atividades profissionais, contudo tinham que elaborar certas estratégias de cochilos para minimizar a sonolência excessiva diurna.

Do total dos pacientes, 13% afirmaram que não puderam continuar os estudos (curso superior), devido aos sintomas da narcolepsia, principalmente devido à sonolência excessiva (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Situação profissional dos pacientes



5.1.6 Quanto ao aparecimento dos sintomas

A idade de aparecimento dos sintomas variou de 5 a 57 anos, com média de 23 anos. Em 44% dos pacientes os sintomas apareceram entre 11 e 15 anos e em 13%, entre 21 e 30 anos, sendo que em 74% dos pacientes os sintomas apareceram até os 30 anos. Na primeira década de vida, os sintomas apareceram em 17% dos pacientes.

Para 31% dos pacientes, decorreram de 1 a 5 anos desde o aparecimento dos sintomas até o diagnóstico da doença; 22% levaram entre 10 e 20 anos até o diagnóstico; 18,5% tiveram o diagnóstico entre 20 e 30 anos depois dos primeiros sintomas; 9% e 18,5% levaram entre 20 e 30 anos e 30 e 40 anos, respectivamente, até o diagnóstico, demonstrando o quanto a doença é pouco conhecida entre a população em geral e inclusive na classe médica. A maior frequência do aparecimento dos sintomas foi no período da puberdade e adolescência (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Faixa etária de aparecimento dos sintomas

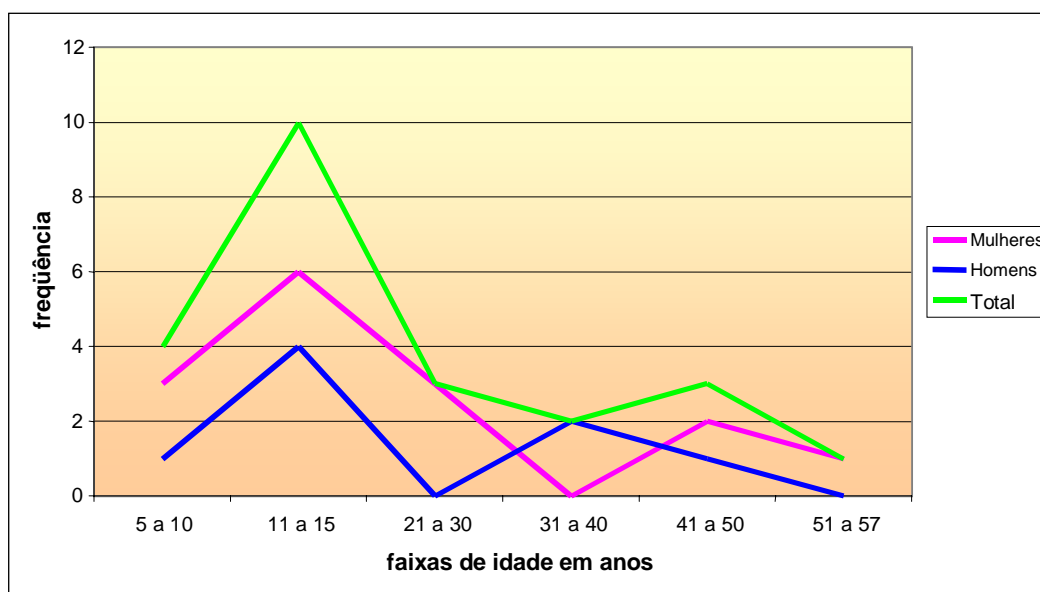
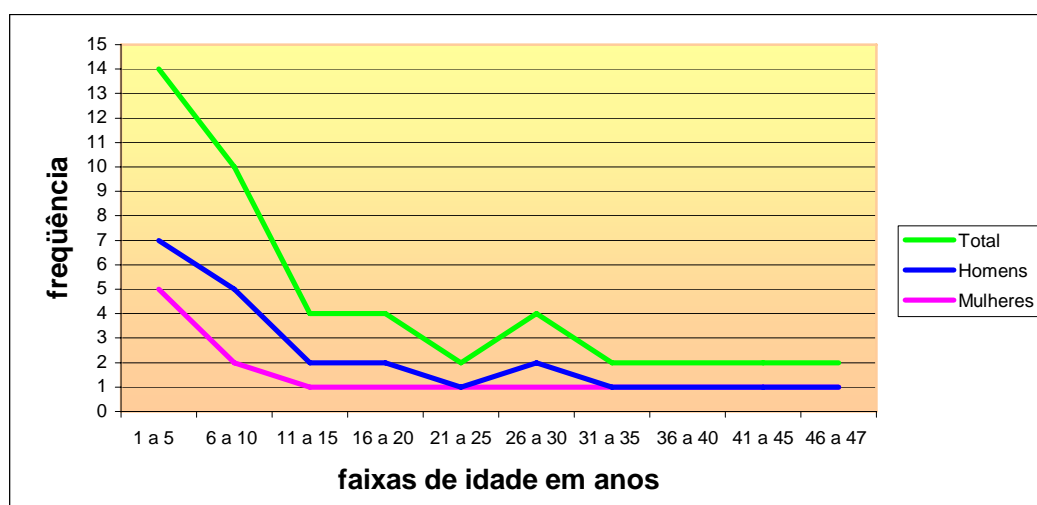


Gráfico 5 - Tempo decorrido entre o surgimento dos sintomas e diagnóstico

5.1.7 Escala de Sonolência de Epworth e presença/ausência de cataplexia e alucinações hipnagógicas

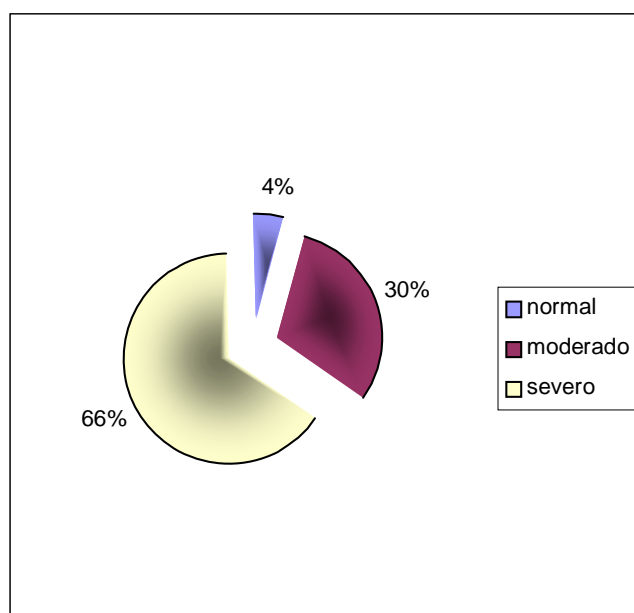
Noventa e seis por cento dos sujeitos relataram apresentar problemas de sonolência diurna e 4% (n = 1-sexo feminino) relatou não apresentar problemas. Nos homens, esse sintoma ocorreu de forma severa em 75% e moderada em 25%; nas mulheres 60% referiram sonolência severa e 33%, moderada. Cataplexia esteve presente em 52% dos pacientes, enquanto alucinações hipnagógicas, em 35%. Treze por cento apresentaram cataplexia e alucinações de maneira freqüente.

Referiram não terem episódios de cataplexia 67% das mulheres e 13% dos homens. Nesta amostra, os homens apresentaram cataplexia de maneira muito mais

freqüente do que as mulheres. Ausências de alucinações hipnagógicas foram relatadas por 73% das mulheres e 49% dos homens.

A paralisia do sono não foi uma queixa consistente; alguns pacientes relataram episódios muito esporádicos (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Sonolência



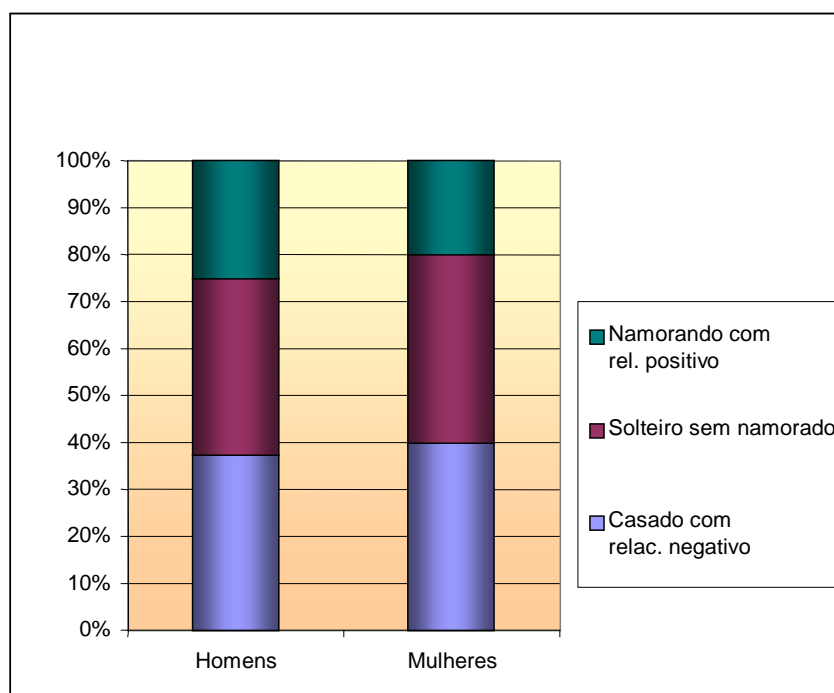
5.1.8 Quanto à situação conjugal e à percepção do relacionamento de acordo com o sexo

Entre os homens casados, nenhum considerou o relacionamento conjugal satisfatório (41%); outros 37% eram solitários há muitos anos (viúvos, separados ou solteiros), apenas um pouco mais de 23% tinham namoradas e consideravam como bom o relacionamento.

Entre as mulheres, o resultado foi praticamente o mesmo, como mostra o Gráfico 7.

Constatou-se grande dificuldade de relacionamento conjugal entre os sujeitos, tanto entre os homens como entre as mulheres.

Gráfico 7– Situação conjugal e percepção do relacionamento de acordo com o sexo



5.2 Avaliação do equilíbrio adaptativo e da sonolência excessiva

Quarenta e quatro por cento dos sujeitos foram diagnosticados com Adaptação Ineficaz Severa; 35% com Adaptação Ineficaz Moderada; 17% com Adaptação Ineficaz Leve e 4% com Adaptação Ineficaz Grave. A Escala de Sonolência revelou que 66% dos sujeitos referem-se à severidade dos sintomas; 30%

referem-se a sintomas moderados e 4% classificam-se dentro dos padrões de normalidade da escala. Não se pode perceber relação estreita entre o diagnóstico adaptativo e a intensidade dos sintomas avaliados na Escala de Sonolência, porém pode-se notar que predomina a severidade de sintomas associada com sério prejuízo no equilíbrio adaptativo.

A média da soma dos setores afetivo-relacional (AR) e produtivo (PR) dos 23 sujeitos foi de: 2,8 (Classificação: Adaptação Ineficaz Moderada = Grupo 3).

A média da soma dos mesmos setores entre os homens foi: 3 (Classificação: Adaptação Ineficaz Moderada = Grupo 3).

A média da soma dos mesmos setores entre as mulheres foi um pouco inferior em relação à média dos homens = 2,6 (Classificação: Adaptação Ineficaz Severa/Moderada = Grupo 4/3).

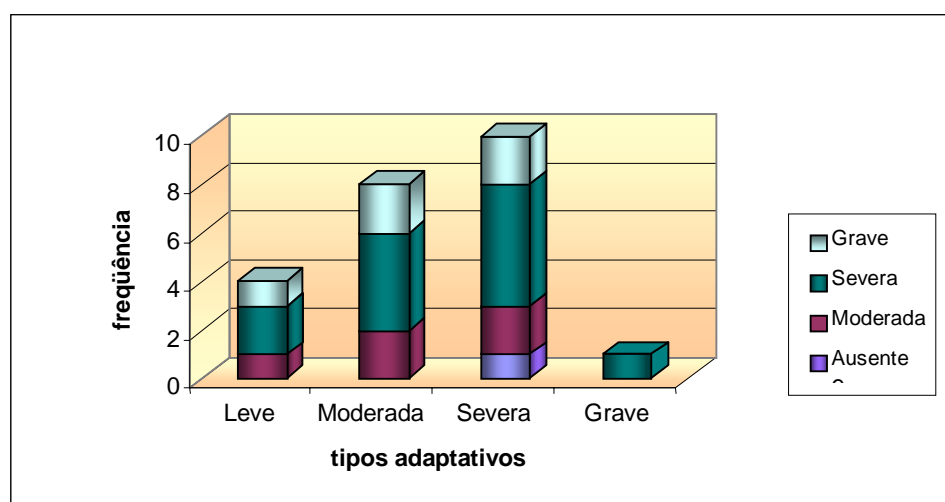
No setor sociocultural (SC) observamos severas limitações sociais e das atividades de lazer e culturais.

No setor orgânico (OR), encontramos índices de comorbidades maior do que na população em geral e que está de acordo com a literatura.

Nossa amostra apresentou 26% de sobrepeso, índice de massa corporal (IMC) superior a 25.

9% de diabetes mellitus tipo 2.

26% de depressão.

Gráfico 8 – Intensidade dos sintomas nos tipos adaptativos

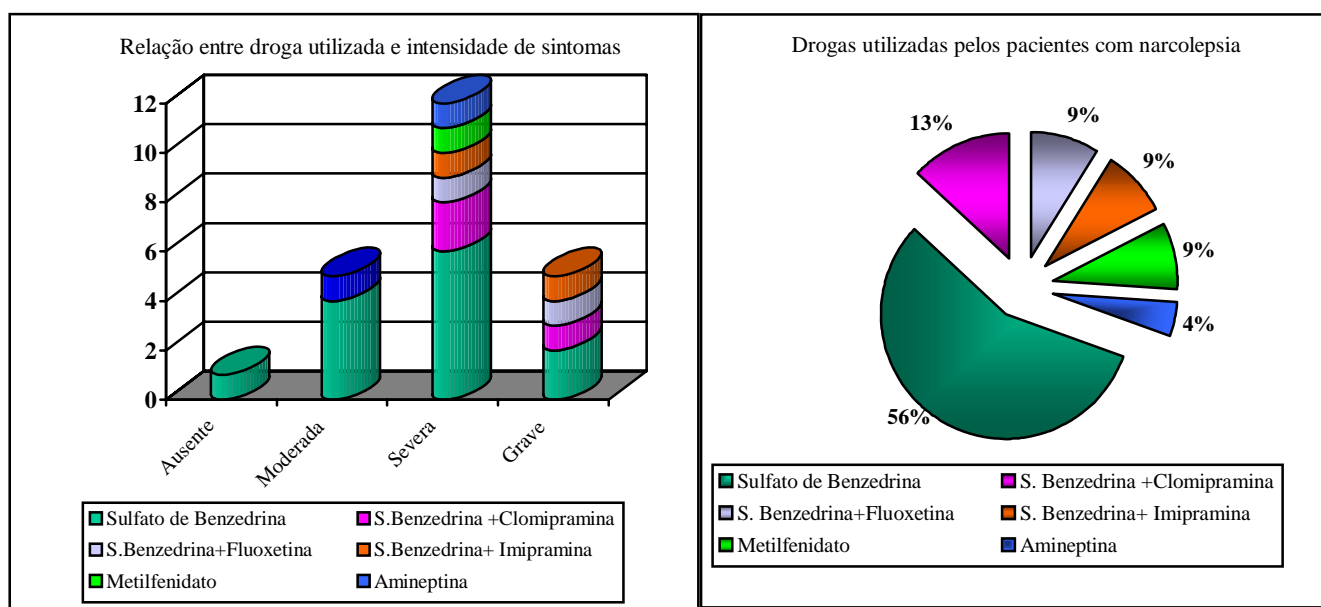
5.3 Medicamentos utilizados no tratamento dos sintomas e sua relação com a intensidade dos sintomas

Cinquenta e seis por cento dos pacientes utilizavam somente Sulfato de Benzedrina; 13% o utilizavam associado com Cloropramina; 9% associado com Fluxetina; 9% associado com Imipramina; 9% utilizavam a droga Metilfenidato e 4% Amineptina. Dos que utilizavam Sulfato de Benzedrina, 45% apresentavam severidade dos sintomas; 30% sintomas moderados; 15% sintomas graves e 10% não apresentavam sintomas. Com relação aos pacientes que utilizavam Sulfato de Benzedrina associado a alguma outra droga, 58% apresentavam severidade na intensidade de sintomas e os outros 42% apresentavam gravidade nos sintomas. Dos dois pacientes que utilizavam a droga Metilfenidato, um tinha severidade de

sintomas e o outro sintomas moderados; o único paciente que estava medicado com Amineptina apresentava também severidade nos sintomas.

Sulfato de Benzedrina tem sido a droga mais frequentemente utilizada no tratamento dos sintomas decorrentes da narcolepsia. Seu uso associado com outras drogas está relacionado à intensidade severa e grave dos sintomas.

Gráfico 9 – Relação entre droga utilizada e intensidade de sintomas



5.4 Teste das Relações Objetais (TRO)

O TRO foi aplicado em 19 sujeitos dos 23 entrevistados; quatro pacientes não fizeram o teste por não conseguirem comparecer em diversas datas agendadas devido ao fato de morarem em outra cidade.

A pontuação variou entre 25 e 48 pontos, sendo a média da amostra de 34,5 pontos. Essa média dividida entre as 13 pranchas foi igual a 2,6, sendo esta a pontuação relativa à **tendência adaptativa do ego, mas com resultante negativa para dar liberdade em estabelecer relações satisfatórias com as pessoas** (Rosa, 1995).

Na análise quantitativa das pranchas de cada sujeito verificou-se que, dos 19 sujeitos, 10 (52,6%) receberam pontuação inferior à média de 2,5 por prancha, sendo classificados por **um equilíbrio egóico que não se mantém, as conseqüências temidas dominam as relações, tornando-as negativas.**

Oito dos sujeitos (42,1%) receberam pontuação entre 2,6 e 3,5, como média, sendo classificados com **tendência adaptativa do ego, mas com resultante negativa.**

Apenas um paciente (5,3%), do sexo feminino, recebeu pontuação de 3,7 como média, sendo classificado por um equilíbrio egóico que se mantém, as defesas **são eficazes para lidar com ansiedades vinculadas às conseqüências temidas, podendo dar liberdade para relações positivas.**

As posições esquizoparanóide e depressiva foram relacionadas com as pontuações obtidas pela média das pranchas de cada sujeito. As pontuações até 3,5 (tendência adaptativa com resultante negativa) foram classificadas como pertencendo à posição esquizoparanóide, pois no equilíbrio egóico, apesar de tender a um equilíbrio, a resultante é negativa. As pontuações acima de 3,5 foram classificadas como pertencendo à posição depressiva, pois o equilíbrio egóico é mantido, podendo dar mais ou menos liberdade para relações positivas.

Dos 19 pacientes, apenas um, do sexo feminino, conseguiu pontuação média de 3,7 e foi classificada na posição depressiva; os demais foram classificados na posição esquizoparanóide. Ou seja, o funcionamento mental dos 94,7% dos pacientes estava operando com defesas mais primitivas, como projeções maciças, idealizações, controle onipotente e fuga da realidade psíquica. A única paciente com um funcionamento mental mais característico da posição depressiva apresentava defesas mais elaboradas, com um sentido de responsabilidade maior, dor e culpa com o que tinha de lidar, expressava também maior contato com a realidade psíquica.

5.5 Questionário do sono (Giglio)

Todos os 23 sujeitos responderam o questionário, que permite um levantamento bastante amplo sobre as condições e qualidade do sono, parassônias, frequência da sonolência diurna, hábitos e sentimentos em relação ao processo de dormir.

Sessenta e cinco por cento dos pacientes relataram insatisfação com o esquema de sono atual: 53% destes, devido à fragmentação do sono durante a noite; 33% gostariam de dormir mais à noite ou dormir menos ou dormir mais cedo ou mais tarde; 14% dos sujeitos relataram dificuldades para iniciar o sono.

Os demais, 34%, afirmaram satisfação com o esquema de sono atual, seja na quantidade como na qualidade do sono.

Quanto à frequência da sonolência diurna e ataques de sono, 21,7% relataram sentir os dois frequentemente; 21,7% relataram sentir os ataques de sono de forma freqüente e a sonolência de forma esporádica; 9% afirmaram sentir a sonolência de forma freqüente e os ataques de sono de forma esporádica; 52% relataram sentir, às vezes, só a sonolência ou só os ataques, ou os dois; apenas 5%, um paciente, do sexo feminino, relatou não sentir nenhum dos dois.

Quanto à frequência de acidentes (no trânsito, trabalho ou doméstico), perdas de emprego ou ano escolar ou ainda se haviam sido repreendidos por desatenção devido à sonolência, 26% afirmaram ter sofrido algum tipo de acidente (nenhum de maior gravidade) devido à sonolência; 70% relataram já terem sido repreendidos por desatenção; 35% confirmaram perdas de empregos ou ano escolar. Apenas 10% negaram qualquer prejuízo causado pela sonolência.

As parassônias mais freqüentes foram: câimbras e ronco (35%); câimbras, dor de cabeça e ronco (13%); ronco, dor de cabeça e pesadelos (13%).

Quanto aos cochilos, 43% dos sujeitos tinham o hábito de cochilar de 5 a 7 dias da semana; 22% cochilavam 3 dias da semana; 26% cochilavam de 1 a 2 dias da semana (finais de semana); 13% negaram ter esse hábito.

Quanto à duração dos cochilos, 35% cochilavam de 0-30 minutos; 39% cochilavam de 30-60 minutos; 13% cochilavam por mais de 60 minutos.

Todos os pacientes faziam uso regular de estimulantes e (ou) antidepressivos (item 5.3.); relataram também que, quando não tomavam a medicação, o prejuízo nas atividades diárias era muito grande.

5.6 Dados obtidos durante as entrevistas

Durante as entrevistas foi possível observar certas características psicológicas comuns entre os pacientes; foram elas:

- cordialidade, pronta aceitação para participar da pesquisa (bom índice de comparecimento às entrevistas marcadas), facilidade no estabelecimento de um bom vínculo transferencial, não houve resistência para o início do TRO;
- certa viscosidade no contato, sendo inclusive difícil por várias vezes conseguir finalizar as entrevistas ou mudar o assunto para outras perguntas;
- queixas constantes relativas a serem incompreendidos por familiares, cônjuges e principalmente por chefes, no ambiente de trabalho;
- queixas de irritabilidade freqüente, variações de humor e explosões de raiva;
- expectativas positivas e certa tendência à idealização em relação à pesquisadora e ao médico que os atende, Dr. Rubens Reimão;
- aceitação da doença (90%) e boa adesão ao tratamento médico (90%);
- não houve ataques de sono durante as entrevistas mas, sim, sonolência excessiva durante a apresentação de algumas pranchas do TRO em alguns pacientes.

Dado importante: 83% dos pacientes relataram eventos traumáticos, como perdas de familiares, depressão pós-parto, mudanças bruscas na vida (separações, mudança de escola, aposentadoria) e situações de muito estresse por excesso de estudo e (ou) trabalho, em até um ano antes dos primeiros sintomas aparecerem.

5.7 Análise estatística I

Os dados colhidos foram submetidos à análise estatística. De acordo com a orientação do profissional estatístico, em algumas situações coube análise comparativa.

A Tabela 4 dispõe os principais dados acerca dos pacientes em relação a idade, tempo de diagnóstico, tempo de presença dos sintomas e valor do setor afetivo (EDAO).

TABELA 4 – PRINCIPAIS DADOS DOS PACIENTES

Variáveis	Masculino (n = 8)			Feminino (n = 15)			Total (n = 23)		
	Média	DP	Variância	Média	DP	Variância	Média	DP	Variância
Idade (anos)	44,1	19,0	361,0	44,3	15,8	248,4	44,3	16,5	272,9
Tempo sintoma (em anos)	20,4	12,4	153,4	21,7	17,6	310,1	21,2	15,7	246,5
Diagnóstico (em anos)	9,4	6,7	44,8	4,6	3,8	14,7	6,3	5,4	29,0
S Afetivo (EDAO)	2,0	0,5	0,3	1,5	0,5	0,6	1,7	0,7	0,5

DP = Desvio Padrão.

A partir desses dados foi feita a verificação da existência das significâncias propostas. Os testes estatísticos utilizados foram o Teste de Correlação Linear de Pearson, para verificar se duas variáveis se comportavam de maneira semelhante, discrepante ou inversa em uma amostra, e o Teste de Qui-quadrado, para comparar as escalas observadas nos resultados e a frequência que seria esperada e, desta forma, poder estabelecer os níveis de relação entre o que se observou e o que se esperava em uma análise.

Depois disso, foi verificado quais os tipos de relações com base nos dados colhidos.

1. EDAO x Epworth: foi visto se havia algum tipo de relação entre os resultados destes dois testes. Caso houvesse uma correlação linear positiva, isso queria dizer que o diagnóstico de um teste tenderia a se repetir na mesma intensidade no outro teste. Uma correlação linear negativa significaria que os resultados são inversos. O que se teria em um teste seria o oposto do observado em outro teste. Porém, se o resultado não fosse significativamente positivo, nem negativo, não haveria correlação linear entre os testes. Isso não quer dizer que não havia correlação, só quer dizer que esta correlação não se apresentaria de maneira linear.

2. EDAO x Tempo de Sintoma: foi testada a relação entre o diagnóstico da EDAO e o tempo de apresentação dos sintomas nos pacientes. Foi verificado se pacientes que tinham sintomas há mais tempo tinham diagnósticos significativamente mais leves ou severos na EDAO. O mesmo foi feito com pacientes que apresentavam sintomas há pouco tempo. O parâmetro entre pouco tempo de sintomas e muito tempo foi feito com base na mediana dos valores (em anos) dos pacientes (Tabela 5). Foi analisada também a relação entre essas duas variáveis com base no sexo do paciente, verificando se existiam diferenças em relação ao sexo.

3. EDAO x Tempo de Diagnóstico: foi verificado se havia relação entre o resultado da EDAO e o tempo que os pacientes receberam o diagnóstico, ou seja, que estão em tratamento. Para definir a distinção entre tempo de diagnóstico longo ou

curto foi usada a mediana dos valores (Tabela 5). Houve também análise, tendo o sexo como variável.

TABELA 5 – TEMPO DE DIAGNÓSTICO

	Mediana	
	Tempo sintomas (anos)	Tempo diagnóstico (anos)
Masculino (n = 8)	20	7,5
Feminino (n =15)	15	3
Total (n =23)	17	5

Estes são os valores das Correlações (Pearson) entre as variáveis.

4. Epworth x Tempo de Sintoma: a análise foi feita de maneira semelhante ao item 2, porém relacionando o tempo de sintoma com o resultado do Epworth.

5. Epworth x Tempo de Diagnóstico: idem ao item 3, mas atentando para a diferença no teste.

6. EDAO x TRO: foi feita a comparação entre estes dois testes. O TRO baseia-se nos seguintes parâmetros de medida a serem comparados com a EDAO:

- 1) equilíbrio não mantido, as conseqüências temidas dominam as relações, tornando-as negativas;
- 2) tendência adaptativa, mas com resultante negativa;
- 3) equilíbrio mantido, mas sem liberdade para relações positivas;

TABELA 6 – RESULTADOS DO TESTE EDAO

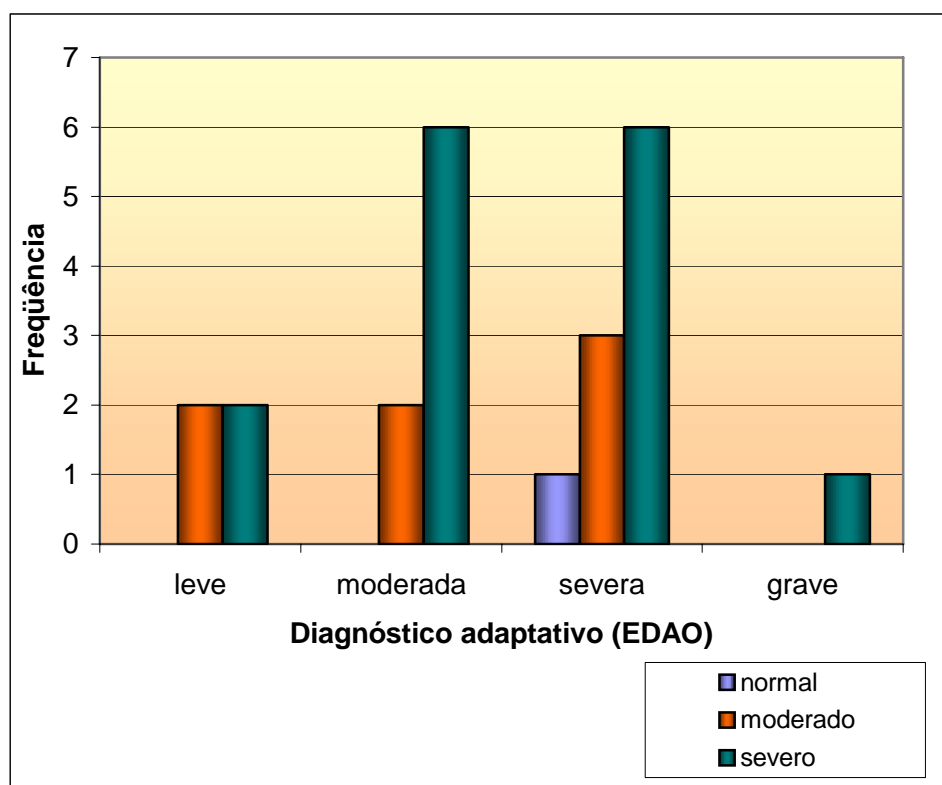
Variáveis	EDAO Masculino	EDAO Feminino	Total	Epworth Masculino	Epworth Feminino	Total
Tempo sintoma	0,451	0,631*	0,196	0,431	0,435	0,350
Tempo diagnóstico	0,235	-0,440	-0,106	0,306	-0,302	0,271

A Tabela 6 mostra a correlação significativa ($p < .05$) entre os resultados do teste EDAO obtidos pelas pacientes do sexo feminino e o tempo que estas mesmas pacientes apresentavam sintomas. Ou seja, quanto maior tempo em que o paciente, do sexo feminino, apresentava os sintomas, mais severo o resultado apresentado na EDAO. Para os homens houve uma tendência a ocorrer o mesmo, porém essa relação não foi significativa. Já em relação ao Epworth, obteve-se o contrário: tanto os homens quanto as mulheres possuíam de maneira expressiva, porém também não significativa, uma correlação positiva média, isto é, quanto maior o tempo que a pessoa apresentava sintomas, mais grave a sua atribuição na escala Epworth.

Em relação ao tempo de diagnóstico, obteve-se uma correlação negativa média entre tempo de diagnóstico e a EDAO feminino. Desse modo os pacientes com menor tempo de diagnóstico possuíam os índices mais severos na EDAO. Já em relação à Epworth, não houve uma relação precisa entre o tempo do diagnóstico da doença e os resultados da Epworth apresentados pelos pacientes.

Em relação à comparação entre EDAO x Epworth, a correlação de Pearson foi de **0,45**. É uma correlação linear positiva média. Isso quer dizer que existia uma tendência dos pacientes a obter resultados semelhantes nos dois testes.

Gráfico 10 – Diagnóstico adaptativo (EDAO) x intensidade sonolência (Epworth)



5.7.1 Análise do Qui-quadrado

TABELA 7 – ANÁLISE DO QUI-QUADRADO DOS PACIENTES

Variáveis	Sexos (feminino/ masculino)		
	Chi square	Df	p
EDAO	2,701	2	0,266
Epworth	15,222*	2	0,000
Tempo diagnóstico	7,875	9	0,542
Tempo sintoma	2,830	17	1,000

Através do teste de Qui-quadrado, nota-se que houve significância em relação à Escala Epworth. Isto quer dizer que houve forte associação entre a variável Epworth e o sexo do paciente (homens e mulheres respondem ao teste de maneira significativamente semelhante independente do tempo de sintoma ou tempo de diagnóstico). As demais variáveis possuíam valores não significantes em relação ao sexo do paciente.

Outra relação interessante é a que foi observada entre *TRO e Tempo de diagnóstico* (**Chi-square 20,417 (p < .05) – n = 19**). Quanto maior o tempo de diagnóstico do paciente (para ambos os sexos), maior o resultado positivo do TRO (tendência adaptativa). A análise dos valores dos dados obtidos no TRO em relação a outras variáveis (EDAO, Epworth, intensidade da doença) não foram significativos. Destacou-se, porém, a relação de tendência entre **EDAO X TRO (Chi-square p < .10)** e **Epworth X TRO (Chi-square p < .10)**. Esses dados levam a crer sobre a possibilidade de uma relação considerável entre TRO e resultados dos pacientes na EDAO e Epworth.

Não foi notada diferença significativa entre os resultados do TRO em relação ao sexo do paciente. Homens e mulheres comportaram-se nos testes de maneira bem semelhante, não havendo diferença significativa entre eles (p > .10).

5.7.2 Análise estatística II – Grupos comparativos

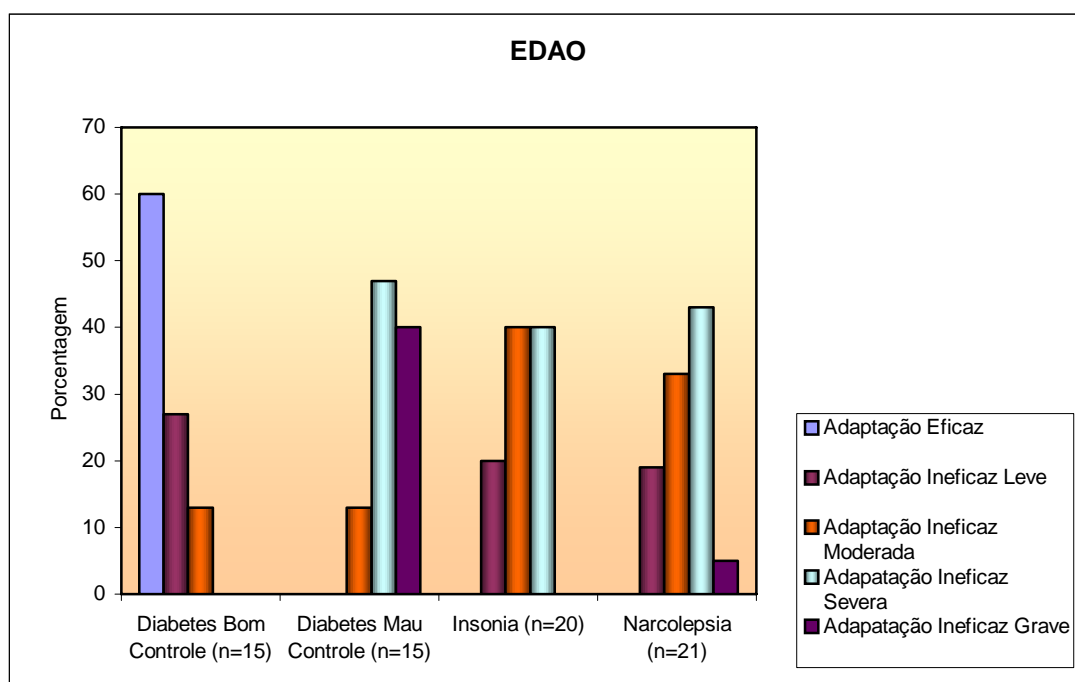
O teste utilizado para avaliar as correlações entre as variáveis foi **Teste de correlação linear de Pearson** (para verificar se duas variáveis se comportam de

maneira semelhante, discrepante ou inversa em uma amostra). Esta avaliação possibilita verificar se suas variáveis são positivamente (diretamente) ou negativamente (inversamente) correlacionadas.

Os dados foram divididos com base no tipo de avaliação (TRO ou EDAO) e frente à patologia do paciente (diabetes com bom controle glicêmico, diabetes com mau controle glicêmico, insônia e narcolepsia). No caso dos pacientes com insônia, somente a EDAO foi aplicada.

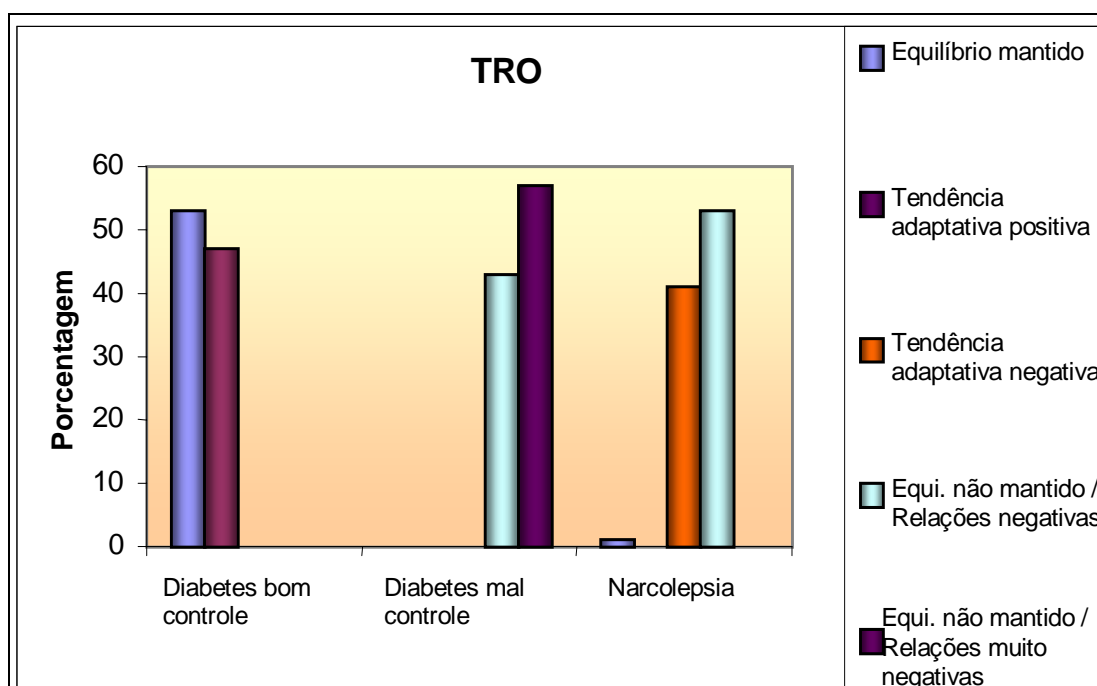
Cabe lembrar que os dados referentes aos pacientes narcolépticos utilizados excluem dois pacientes que também são diabéticos, sendo o (n) final igual a 21.

Gráfico 11 – EDAO e grupos comparativos



% de pacientes que apresentam diferentes distúrbios e seus respectivos desempenhos frente a EDAO.

Gráfico12– TRO e grupos comparativos



% de pacientes que apresentam diferentes distúrbios e seus respectivos desempenhos frente ao teste TRO.

Com base nas figuras, pode-se observar em ambos os testes, os pacientes diabéticos com bom controle glicêmico possuem resultados mais positivos do que os pacientes diabéticos com mau controle glicêmico, insônia e narcolepsia.

É interessante notar que somente os pacientes com diabetes de bom controle glicêmico obtiveram respostas de *Adaptação Eficaz na EDAO* e de *Equilíbrio Mantido*, no TRO, o que demonstra que os pacientes com bom controle glicêmico têm resultados mais positivos do que os com mau controle glicêmico, insônia (no caso da EDAO) e narcolepsia.

No entanto, esta análise fica mais completa com a análise adicional proporcionada pela Correlação de Pearson. Essa correlação possibilita verificar se a relação entre as variáveis é direta ou inversa, bem como observar, de maneira geral,

se os resultados encontrados em um teste são semelhantes ao do outro, mostrando se tanto a EDAO quanto o TRO são equivalentes em relação as suas respostas frente a um tipo de distúrbio.

Os dados gerais com as correlações obtidas estão descritos na Tabela 8.

TABELA 8: CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS APRESENTADAS COM BASE NO TESTE DE PEARSON. OS QUADROS VAZIOS COM ** REPRESENTAM CORRELAÇÕES SIGNIFICANTES, MAS SEM VALIDADE PARA A ANÁLISE SUBSEQÜENTE

Pearson Correlation						
	EDAO Diabetes BC	EDAO Diabetes MC	EDAO Narcolepsia	TRO Diabetes BC	TRO Diabetes MC	TRO Narcolepsia
EDAO Diabete: Pearson Correlati Bom Controle Glicemico Sig. (2-tailed) N		-,801** ,000 15	**	,794** ,000 15	*	*
EDAO Diabete: Pearson Correlati Mal Controle Glicemico Sig. (2-tailed) N	-,801** ,000 15		**	-,812** ,000 15	,721** ,002 15	**
EDAO Insomnia Sig. (2-tailed) N	**	**	1,000** ,000 20	**	**	**
EDAO Narcolepsia Sig. (2-tailed) N	**	**		**	**	,693** ,002 17
TRO Diabetes Bom Controle Glicemico Sig. (2-tailed) N	,794** ,000 15	-,812** ,000 15	**		,764** ,001 15	**
TRO Diabetes Mal Controle Glicemico Sig. (2-tailed) N	-,606* ,017 15	,721** ,002 15	**	-,764** ,001 15		**
TRO Narcolepsia Sig. (2-tailed) N	*	**	,693** ,002 17	**	**	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Inicialmente observa-se que tanto no caso do TRO (*Pearson* **-,801** $p < 0,01$) quanto da EDAO (*Pearson* **-,764** $p < 0,01$), os pacientes diabéticos com bom controle glicêmico possuem significativa correlação negativa em relação aos

pacientes diabéticos com mau controle glicêmico. Isso quer dizer que os pacientes com bom controle glicêmico possuem resultados praticamente inversos em relação aos pacientes com mau controle glicêmico tanto no TRO quanto na EDAO.

Além disso, observa-se uma correlação positiva altamente significativa entre os três grupos (diabetes com bom controle, diabetes com mau controle e narcolepsia) e seus respectivos resultados na EDAO e no TRO. Isso significa que ambos os testes chegam a resultados semelhantes em pacientes com estes distúrbios. Caso um paciente com diabetes ou narcolepsia faça um teste EDAO e, em seguida, um teste TRO, espera-se que seus resultados sejam significativamente correspondentes frente às variáveis apresentadas.

Outro ponto interessante é que os pacientes diabéticos com mau controle glicêmico possuem grande correlação positiva com os pacientes narcolépticos, tanto no teste EDAO ($p < 0,01$) quanto no teste TRO ($p < 0,01$). Isso pode sugerir algum tipo de relação entre a narcolepsia e diabetes no que concerne a sua ocorrência ou a sua sintomática. Já a relação entre pacientes narcolépticos e pacientes diabéticos com bom controle glicêmico não é positiva. Existe correlação, porém negativa, ou seja, os pacientes com bom controle glicêmico têm resultados comparativamente inversos aos pacientes narcolépticos tanto na EDAO quanto na TRO.

Uma última correlação importante, é a correlação praticamente linear entre os pacientes com narcolepsia e os pacientes com insônia (*Pearson 1,000* $p < 0,001$). Os pacientes com insônia têm resultados muito semelhantes aos pacientes com narcolepsia na EDAO, o que sugere algum tipo de relação entre estas duas patologias.

6 DISCUSSÃO

6.1 Características da população estudada quanto a participação no processo de avaliação

Observa-se que, do total de 30 pacientes diagnosticados e em tratamento no ambulatório do sono naquele momento, sete não participaram: duas pessoas não se interessaram, três argumentaram dificuldades em função da distância e duas eram crianças. As crianças não foram incluídas.

Dos 23 pacientes que fizeram parte do estudo, apenas quatro não terminaram a avaliação (não passaram pelo teste projetivo) por motivos alheios as suas vontades, dificuldades para viajar, pois moravam em outro estado. Percebemos, portanto, que os pacientes avaliados demonstraram boa disponibilidade pessoal para serem ajudados e isso é comprovado também pelo alto índice de adesão ao tratamento (90%).

A frequência maior do sexo feminino na população estudada (65,2%) não significa que a incidência da doença seja maior entre as mulheres. Segundo a literatura, ela é igual entre os sexos, havendo discreto predomínio entre os homens, (Billiard et al., 1984).

É sabido que as mulheres procuram o atendimento médico com maior frequência que os homens, este fato é atribuído à maior preocupação das mulheres

para com a saúde e pelo fato de muitas vezes dedicarem-se ao trabalho doméstico e terem maior disponibilidade para buscar auxílio. Perisinotti (2001) e Rossini (2001) encontraram resultados semelhantes em populações parecidas.

Durante as entrevistas devolutivas, os pacientes aceitaram bem os resultados da pesquisa, contudo os que possuem uma gravidade maior na intensidade da sonolência apresentaram episódios de sono maiores do que durante a aplicação dos testes. Isso pode ser compreendido como sendo consequência de uma postura passiva, de ouvinte, na entrevista devolutiva em contrapartida a uma postura mais ativa, solicitada durante as avaliações ou a mecanismos de defesa atuando durante o recebimento das informações que poderiam estar gerando ansiedade.

6.1.1 Quanto à idade e ao tempo de doença

A variação das idades entre 24 e 70 anos, com média de 44,3 anos, é indicativa que a doença pode estar presente em qualquer idade (não incluímos crianças e adolescentes), e que tem uma evolução crônica. Em média, os pacientes levaram 15 anos até receber o diagnóstico e tratamento correto. Antes disso, haviam percorrido vários especialistas e recebido vários diagnósticos, sendo o mais comum deles o de depressão. De fato, muitos pacientes apresentam sintomas de depressão associada à narcolepsia.

O tempo longo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico confirma os dados da literatura que inicialmente os sintomas nem sempre

são muito claros para o diagnóstico (Kryger et al., 2002; Thorpy, 2001) e também devido ao pouco conhecimento do público e da classe médica a respeito da doença.

Segundo Kryger et al. (2002), em pesquisa realizada no Canadá, os neurologistas foram os especialistas que melhor acertaram o diagnóstico de narcolepsia e, mesmo assim, em 55% dos casos. Outras especialidades médicas acertaram o diagnóstico em uma proporção bem menor, foram elas: clínica médica (21,9%), psiquiatria (11,1%), pediatras (0%).

Em média, neste estudo, os pacientes convivem com seus sintomas há 21 anos e referem que, após o diagnóstico e tratamento, sentem uma melhora substancial dos sintomas, mas que eles continuam a interferir no cotidiano, gerando situações constrangedoras, principalmente quando o efeito da medicação está terminando ou diante de atividades consideradas monótonas. Schumacher et al. (1997) sugerem que os pacientes utilizem estratégias em relação aos horários da medicação para maximizar os efeitos da mesma e diminuir assim os sintomas persistentes.

6.1.2 Quanto ao nível socioeconômico

A classificação socioeconômica, no presente estudo, objetivou relacionar alguns aspectos demográficos e disponibilizar dados para subsidiar as conclusões. Na presente casuísta, os níveis socioeconômicos predominantes, segundo a classificação da ABIPEME (Anexo D), foram B e C em 52,2% dos indivíduos, quando o esperado

pelo Critério Brasil, era 43%. É possível imaginar que os pacientes avaliados apresentassem poder socioeconômico um pouco acima do esperado para a população brasileira porque o acesso ao serviço de atendimento em que a pesquisa foi realizada foi seletivo. Os casos foram previamente assistidos por médicos em outros recursos da comunidade e, dada a necessidade de especialização que a doença requer, estes foram encaminhados.

Nas pesquisas de insônia crônica (Rossini, 2001) e cefaléia crônica (Perissinotti, 2001) verificou-se a mesma tendência.

6.1.3 Quanto à escolaridade, produtividade e situação profissional

O percentual socioeconômico foi correlacionado com o fato de que 53% de indivíduos apresentou nível de escolaridade superior completo e (ou) incompleto, havendo então correspondência entre os índices, o que caracteriza uma população diferenciada da média da população brasileira.

Tal nível de escolaridade pode ser compreendido pelo fato de a doença ainda ser muito pouco conhecida. A maioria dos pacientes chegou ao Ambulatório de Sono encaminhada por um médico, após já ter passado por vários outros ou por ter visto alguma reportagem veiculada pela televisão ou jornal, demonstrando que o indivíduo possui condições socioculturais mais favoráveis.

Apesar do nível de escolaridade ser considerado bom, 74% estudaram por mais de 8 anos, a maioria dos pacientes não possui uma ocupação profissional

compatível com o grau de escolaridade e demonstra muita insatisfação, além de muitos queixarem-se de freqüentes problemas com superiores, devido à sonolência, e demissões freqüentes, resultado semelhante é encontrado na pesquisa de insônia crônica (Rossini, 2001).

As mulheres que se dedicam aos afazeres domésticos e os profissionais liberais queixam-se menos de sua produtividade por terem mais liberdade de programar seus cochilos durante o dia.

Cerca de 10% dos pacientes disseram-se impossibilitados de prosseguir os estudos universitários devido à sonolência.

Tais resultados comprovam o quanto a doença prejudica a produtividade do indivíduo, levando o mesmo a sérias dificuldades familiares e sociais.

6.1.4 Quanto à época de aparecimento da doença

A maior freqüência do aparecimento dos sintomas no período da adolescência (44% entre 11 e 15 anos, 74% até 30 anos) confirma os dados da literatura, nos quais a doença surge em cerca de 70 a 80% dos casos antes dos 25 anos. Em aproximadamente 5 a 20% dos casos a narcolepsia inicia-se antes dos 11 anos.

Podemos pensar que a adolescência é um período de grandes mudanças, tanto físicas como emocionais, mentais e sociais, bem como uma etapa de novas experiências, novas responsabilidades e relacionamentos com adultos. Alguns autores consideram esse período da vida como uma fase de transição entre a infância

e a vida adulta, onde ocorrem mudanças expressivas no âmbito biológico, conflitos internos e dificuldades interpessoais que contribuem para a formação da identidade adulta mas que se configura como um período desordenado e confuso.

Para Freud (1916), a infância é o período crucial do desenvolvimento psíquico humano, sendo que é na puberdade que reaparecem os conflitos sexuais originados nos primeiros cinco anos de vida; portanto há uma recapitulação de uma parte do passado do próprio indivíduo.

Knobel (1992) ressalta que o adolescente, ao reformular os conceitos que tem de si mesmo, acaba por abandonar a auto-imagem infantil e projeta-se no futuro, na sua vida adulta.

Aberastury (1989) afirma que há três lutos vividos pelo adolescente, a saber: a perda do corpo infantil; abandono da identidade infantil e perda dos pais da infância. Para ingressar no mundo adulto, é necessário deixar a condição de ser criança.

Para Betelheim (1979), no conto da “Bela Adormecida” há o retrato desta fase da vida, vivenciada por ambos os sexos, mas que, neste conto, há um maior simbolismo referente à menina, onde a passagem da infância para a adolescência é marcada pelo aparecimento da menstruação, simbolizada pelo ferimento e o sangue causados pelo fuso e o surgimento do desejo sexual. Tal desejo é passível de sentimentos de culpa, diante dos conflitos que ele demanda, abandono da infância, revivência do complexo edípico, fazendo surgir no conto, o “sono de 100 anos” que representa o refúgio contra esses sentimentos penosos, uma tentativa de retorno ao útero protetor, mas aprisionante e que paralisa o crescimento.

“Neste auto-envolvimento que exclui o resto do mundo não há sofrimento mas não se ganha em conhecimento, nem em vida sentimental” (Bettelheim, 1979, p.271).

O elemento masculino surge como aquele que liberta a menina do conflito, da mãe (útero) que enclausura, possibilitando-a de tornar-se mulher. Pode-se traduzir também como o encontro de Eros e Psique (elementos feminino e masculino que formam a mesma identidade) e que foi eternizado por Fernando Pessoa, em forma de poesia (citada no início da dissertação).

O surgimento dos primeiros sintomas da narcolepsia nesta fase da vida, de uma forma tão predominante, pode estar relacionado a esse período de mudanças, necessidade de novas adaptações e perda de referências infantis, fatores que causam muita angústia e que podem ser estímulos no desencadeamento da doença (Orellana et al., 1994).

O sintoma principal da narcolepsia parece também contribuir como ganho secundário (Proença et al., 1983). Tal como em “*A Bela Adormecida*”, o sono apresenta-se como refúgio dos conflitos e das angústias decorrentes deste período de turbulências. De fato, alguns pacientes relataram que, durante a adolescência, mesmo já sofrendo com a narcolepsia, eles ainda faziam uso de maconha, droga esta que causava ainda maior sonolência. Um outro paciente nos conta que, desde a adolescência, quando surgiram os sintomas até hoje, ele se auto-induz crises de cataplexia (neste caso elas são parciais, mais frequentes no rosto), assistindo desenho animado na televisão, dando risadas e assim deflagrando as crises que o fazem sentir-se mais relaxado e com sono.

“A fuga narcisista é uma reação tentadora para as tensões da adolescência mas adverte a estória, conduz a uma existência perigosa, semelhante à morte, se abraçamos como um escape para as incertezas da vida..... O mundo só está vivo para a pessoa que desperta para ele. Só o relacionamento com os outros nos *desperta* do perigo de deixar nossa vida adormecida” (Bettelheim, 1979, p.272).

Dejours (1988) sustenta a idéia de que o paciente portador de narcolepsia possui uma falha no pré-consciente no sentido de conseguir manter certas idéias ou pensamentos que não podem ser suportados em latência. A idéia a ser recalçada exige um sonho imediato – um destino onírico. O narcoléptico, segundo este autor, dorme para sonhar e não sonha para poder continuar dormindo, como descreveu Freud (1900).

6.1.5 Escala de Sonolência Epworth e presença/ausência de cataplexia e alucinações hipnagógicas

A persistência da sonolência excessiva diurna em situações monótonas apesar da medicação (96% dos casos) está de acordo com os dados encontrados na literatura (Schumacher et al., 1997).

A sonolência ocorreu de forma severa em 75% dos homens e moderada em 25%; nas mulheres, ocorreu de forma severa em 60% e moderada em 33%.

A distribuição de cataplexia (52%), alucinações hipnagógicas (35%) e os três sintomas juntos, sonolência, cataplexia e alucinações (13%), não está completamente

de acordo com o descrito pela literatura. Conforme trabalho clássico de Yoss e Daly (1957), Mitler e Poceta (1998), o esperado para cataplexia seria por volta de 70% e de paralisia do sono, 24%.

Em nossa amostra, a paralisia do sono foi relatada como um sintoma mais comum no início da doença, e que depois só aparece de forma muito esporádica para uma pequena parcela dos pacientes. A cataplexia também figurou com menor frequência que o descrito pela maioria dos autores; contudo, podemos pensar no fato de existir alguma diferença na distribuição da frequência dos sintomas de narcolepsia na população brasileira. Dauvilliers et al. (2002) descrevem diferenças sobre a frequência dos sintomas entre franceses do Sul da França e os da Martinica, estes últimos apresentam uma sonolência mais severa e menor frequência de cataplexia do que os pacientes do Sul da França, semelhante com o encontrado em nossa amostra brasileira. O fato seria explicado, segundo os autores, devido às possíveis diferenças genéticas sobre os sintomas. Contudo, os pacientes da Martinica apresentam maior frequência de alucinações hipnagógicas e paralisia do sono do que os do Sul da França; este último dado é discrepante em relação a nossa amostra.

Os homens apresentaram sonolência severa, cataplexia e alucinações de uma forma muito mais freqüente que as mulheres, o que também não é mencionado na literatura. O tempo de doença para homens e mulheres em nossa amostra é semelhante (20 anos em média).

6.1.6 Quanto à situação conjugal e à percepção do relacionamento de acordo com o sexo

O resultado encontrado quanto à situação conjugal, no qual nenhuma das pessoas casadas, homens e mulheres portadores de narcolepsia considerou o relacionamento conjugal como satisfatório, corresponde plenamente aos dados descritos na literatura.

Vários estudos (Goswami, 1998; Douglas, 1998; Broughton et al., 1995) descrevem perda de libido, impotência sexual nos homens devido aos efeitos colaterais das medicações, irritabilidade, ansiedade, baixa auto-estima e depressão, que dificultam ou mesmo inviabilizam a vida conjugal. Em nossa pesquisa atual, encontramos poucas queixas quanto ao desempenho sexual, possivelmente devido a certo constrangimento diante do assunto.

Observamos que, além dos fatores descritos acima, somam-se os sintomas primários da doença como a sonolência excessiva diurna que impede a participação em eventos sociais e culturais, como uma simples ida ao cinema ou teatro, ou mesmo de assistir televisão na companhia do cônjuge e dos familiares, além da cataplexia, que leva a situações constrangedoras e de risco de acidentes.

Outro fator importante neste quadro é a dificuldade que os pacientes têm para manterem seus empregos e, desta forma, não conseguem manter uma estabilidade financeira, o que também dificulta o relacionamento conjugal e familiar.

Percebemos que, muitas vezes, apesar de a família estar esclarecida a respeito da doença, continua existindo uma incompreensão por parte dos familiares em aceitar as limitações impostas pela narcolepsia, apesar do tratamento.

Goffman (1988), em seu livro *Estigma*, afirma que a sociedade de uma maneira geral exige do indivíduo estigmatizado que ele se comporte de forma que não demonstre que sua carga é pesada e nem que carregá-la o torna diferente das outras pessoas. Ele é aconselhado de uma maneira geral a agir e aceitar com naturalidade a si mesmo e aos outros. Desta forma, há uma permissão para que uma “aceitação-fantasma” forneça a base para uma “normalidade-fantasma”.

O fato de 37% de pacientes solitários há muitos anos (mais de 5 anos) confirma as dificuldades inerentes da doença para encontrar parceiros que se adaptem às limitações causadas pela narcolepsia, mas, nestes casos, a dificuldade principal parece ser a baixa auto-estima que leva a um afastamento social cada vez maior com o passar dos anos.

Entre as pessoas que namoram e se dizem satisfeitas com o relacionamento (23%), todas demonstram certas dificuldades de relacionamento devido aos sintomas; um deles chegou a mencionar que “o sono afasta as pessoas”.

6.2 Relação entre o equilíbrio adaptativo e a sonolência excessiva diurna

A configuração adaptativa da amostra estudada (adaptação ineficaz severa e grave, 48% e moderada e leve, 52%) ressalta as severas conseqüências da doença para o equilíbrio adaptativo do indivíduo.

A ausência de pacientes com adaptação eficaz é esperada, visto que a população procurou atendimento médico por problemas no setor orgânico. Pesquisas realizadas com amostras semelhantes, revelaram também a ausência de adaptação eficaz (Coelho Filho, 1995; Yoshida, 1999; Rossini, 2001).

Quanto ao fato de não encontrarmos nenhum paciente em situação de crise, pode-se entender por tratar-se de doença crônica e, na medida em que o sujeito não encontra uma solução para os problemas, tende a piorar a adequação.

A média da pontuação entre homens e mulheres foi praticamente a mesma contudo as mulheres apresentam maior comprometimento adaptativo do que os homens. A análise estatística revelou que um maior prejuízo adaptativo entre as mulheres está relacionado ao tempo de diagnóstico, o que nos leva a pensar que o impacto do diagnóstico na vida das mulheres provoca maior prejuízo adaptativo do que para os homens.

Esses resultados confirmam o impacto da narcolepsia na vida das pessoas: a eficácia adaptativa mostra-se muito prejudicada, poucas situações da vida são sentidas como prazerosas, a não ser a possibilidade de estar em casa e dormir de um modo confortável e seguro, tal como descrito pelos pacientes durante as entrevistas e

a narrativa de algumas histórias no TRO, referente às pranchas que retratam quartos (B1 e C2).

Os pacientes apresentaram mais freqüentemente adaptação ineficaz severa (44%), com respostas pouco e/ou pouquíssimo adequadas para o problema, caracterizando personalidades com sintomas neuróticos limitadores e inibições restritivas, revelando traços caracterológicos significativos. A prevalência desse tipo de adaptação foi encontrada em outras amostras e, como observa Yoshida (1999), indica “pessoas que estão enfrentando situações adversas para as quais não estão encontrando respostas adaptativas” (p.205).

Poucos pacientes foram classificados com adaptação ineficaz grave (4%), pessoas com neuroses incapacitantes, psicóticos ou com extrema rigidez caracterológica (Rossini, 2001).

Parcela importante dos pacientes (35%) foi classificada com adaptação ineficaz moderada (pessoas que apresentam alguns sintomas neuróticos e traços caracterológicos).

Os setores afetivo-relacional e produtivo são os mais atingidos, sendo relatadas inúmeras dificuldades de relacionamento com familiares, que, muitas vezes, segundo os pacientes, apesar de esclarecidas quanto a doença, reivindicam mais atenção e dedicação e (ou) queixam-se por eles tornarem-se muito dependentes e inseguros depois do aparecimento dos sintomas, além do humor irritado e explosões de raiva.

De fato, os próprios pacientes queixam-se da irritabilidade que sentem, da falta de controle em situações de raiva e ansiedade, além da baixa auto-estima.

No setor produtivo, como descrevemos, torna-se muito difícil a continuidade dos estudos com a narcolepsia e os mais determinados tentam elaborar estratégias de auto-estimulação, conjugadas com os horários da medicação, de forma a conseguir melhor rendimento acadêmico. Contudo, todos são unânimes em mencionar que em muitas aulas acabam por cochilar, o que provoca situações constrangedoras, sendo interpretados como preguiçosos e desinteressados. Alguns são capazes de explicar o problema para colegas e professores; outros acham que mesmo assim não serão compreendidos. Esses dados foram também encontrados em nossa pesquisa anterior (Proença et al., 1990) e por vários outros autores (Cohen, 1992; Douglas, 1998; Goswami, 1998; Wise, 1998).

Uma questão que se coloca, ainda que distante de nossa realidade brasileira, é a de uma reformulação do material pedagógico e modelo de ensino, de forma a serem mais estimulantes para os estudantes portadores de narcolepsia, conforme nos propõe Cohen (1992).

Percebemos nestes casos que o fator motivacional é determinante no prosseguimento dos estudos e mesmo no campo ocupacional, apesar das limitações impostas pela doença. As pessoas que realmente fazem um curso ou têm um trabalho de que gostam conseguem ultrapassar as dificuldades e se adaptar às imposições da doença, mesmo assim, no cômputo geral da eficácia adaptativa avaliada pela EDAO, nenhum paciente apresenta eficácia adaptativa.

Esses dados nos dão subsídios para enfatizar a importância de uma orientação profissional, além de um suporte psicológico para os pacientes.

Entre os que estão empregados e que, muitas vezes, devido às necessidades de sobrevivência, não escolheram a ocupação de que gostariam, as dificuldades são

muito maiores. A sonolência parece ser muito mais difícil de controlar e muitos acabam por desenvolver um sentimento de insegurança no ambiente de trabalho devido às chamadas de atenção freqüentes por parte de superiores, ridicularizações por parte de colegas e demissões.

Os que se saem melhor no campo da produtividade são aqueles que se aposentaram e dedicam-se a tarefas domésticas ou de lazer, as donas de casa e os profissionais liberais, pela liberdade de horários que possuem para seus cochilos.

No setor sociocultural, observamos que a maioria dos pacientes (80%) tem pouquíssima ou nenhuma vida social, não freqüenta eventos culturais devido à sonolência excessiva e cataplexia. Os que têm um nível socioeconômico melhor apresentam um desempenho um pouco melhor neste setor.

A criação da SOBRAN, Sociedade Brasileira de Narcolepsia, em 2001, na Associação Paulista de Medicina, está conseguindo mobilizar com o passar do tempo um maior número de portadores e, desta forma, engajá-los em um grupo e na participação da conquista de seus direitos civis, profissionais e humanos.

No setor orgânico, encontramos índices de comorbidades maiores do que na população em geral e que está de acordo com a literatura.

Nossa amostra apresentou 26% de pacientes com sobrepeso, índice de massa corporal (IMC) superior a 25, conforme citado por Kotagal et al. (1990), Wise (1998), Krahn et al. (2002) e Okun et al. (2002); 9% de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, conforme citado por Honda et al. (1986) e Karacan et al. (1992); 26% de pacientes com depressão (Broughton et al., 1976; Proença et al., 1983; Merrit et al., 1992; Lefèvre et al., 1997).

Conforme a análise estatística, há uma correlação direta entre os resultados da Escala de Sonolência Epworth e da EDAO: quanto maior a sonolência excessiva diurna, piores os resultados da EDAO.

A narcolepsia é uma doença crônica e a tendência com o passar dos primeiros anos é de haver uma piora dos sintomas, depois de um patamar de estabilidade temporária e até de certo recrudescimento dos sintomas (Reimão; Diament, 1985). A eficácia adaptativa tende a piorar devido a microfatores negativos, sendo a piora gradual dos sintomas, um dos microfatores que contribui para este resultado desfavorável e faz gerar outros microfatores negativos, como: insegurança, baixa auto-estima, maior dependência dos familiares.

6.2.1 Casos ilustrativos

➤ Caso 1: 70 anos, sexo M

AR: Casado há muitos anos, três filhos, só um trabalha. Tem um bom relacionamento com todos.

Muita sonolência e crises de cataplexia, os sintomas começaram há 20 anos, depois que se aposentou, diagnosticado e em tratamento há 15 anos.

PR: Aposentado há 21 anos, gosta de cuidar da casa da praia, cuidar dos passarinhos.

SC: Nenhuma vida social, as crises de cataplexia e a sonolência atrapalham muito, gosta de contar piadas, não consegue chegar ao final delas devido à cataplexia.

OR: Diabético tipo 2, cardíaco, e cataplexia em grau severo.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz severa, 2 pontos)

➤ **Caso 2: 26 anos, sexo M**

AR: Solteiro, mora com a mãe, o irmão mais velho faleceu há um ano, se dá bem com a mãe e os amigos. Sente-se muito tímido, gostaria de ter uma namorada.

PR: Não tem uma profissão específica, não conseguiu terminar o 2º grau devido à sonolência, fica pouco tempo nos empregos, voltou a estudar há alguns anos.

SC: Sai com os amigos, não tem atividades culturais.

OR: Sonolência moderada, não tem destreza com o braço depois que sofreu um acidente aos 5 anos. A narcolepsia começou logo depois, o diagnóstico foi feito 4 anos mais tarde.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz severa, 2 pontos)

➤ **Caso 3: 59 anos, sexo M**

AR: Casado há muitos anos, bom relacionamento com os filhos.

PR: Profissional liberal, sente prazer no que faz, acha que trabalha muito, a sonolência interfere em muitos momentos.

SC: Sempre fez parte de várias associações, contudo não consegue ir a cinema e teatro devido à sonolência.

OR: Sobrepeso, sonolência severa, não pratica atividade física recomendada pelos médicos.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz moderada, 3 pontos)

➤ **Caso 4: 28 anos, sexo F**

AR: Bom relacionamento com o marido e os filhos pequenos.

PR: Depois que recebeu o diagnóstico e o tratamento de narcolepsia, conseguiu emprego e está trabalhando, mas ainda sente sonolência em algumas situações.

SC: Quase nenhuma vida sociocultural, cuida da casa e das crianças.

OR: Diminuição da libido devido à sonolência, sintomas há 11 anos logo depois do primeiro parto.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz leve, 4 pontos)

➤ **Caso 5: 31 anos, sexo F**

AR: Solteira, mora com os pais e os irmãos, briga muito com estes últimos, se dá bem com os pais, não tem namorado há muitos anos, tem algumas amigas, sente-se sozinha e com muita timidez.

PR: Possui nível superior completo, contudo só consegue emprego como recepcionista, não se sente satisfeita com o trabalho, tem muita sonolência.

SC: Sai de vez em quando com as amigas, mas não frequenta cinema, nem teatro devido à sonolência.

OR: Sobrepeso, pouca atividade física, leve depressão devido à baixa auto-estima. Sonolência severa, sintomas começaram há 15 anos, quando mudou de uma escola de que gostava muito e teve que começar a trabalhar, diagnóstico há 5 anos.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz severa, 2,5 pontos)

➤ **Caso 6: 42 anos, sexo F**

AR: Solteira, mora com a mãe e irmãs, não tem amigas, sente-se muito sozinha.

PR: Trabalha em casa, consegue produzir bem, mas a sonolência atrapalha um pouco.

SC: Quase nenhuma vida social.

OR: Faz tratamento para depressão, sobrepeso, sonolência severa, sente os sintomas da narcolepsia desde criança, diagnosticada e em tratamento há 5 anos.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz severa, 2 pontos)

➤ **Caso 7: 64 anos, sexo M**

AR: Viúvo, mora sozinho há muitos anos, os filhos moram longe, mas tem um bom relacionamento com eles, tem poucos amigos.

PR: Profissional liberal, não sente muito prazer no que faz, ganha pouco, a sonolência e a cataplexia atrapalham um melhor desempenho.

SC: Quase nenhuma vida sociocultural devido aos sintomas.

OR: Sonolência e cataplexia severas, sintomas começaram há 48 anos, quando seu pai casou-se pela segunda vez, diagnóstico e tratamento há 21 anos.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz moderada, 3 pontos)

➤ **Caso 8: 27 anos, sexo F**

AR: Solteira, mora sozinha, namora, bom relacionamento com o namorado e familiares.

PR: É profissional liberal, mas só consegue trabalhar meio período devido à sonolência.

SC: Envolvida com questões sociais de forma positiva, gosta de teatro e de viajar.

OR: Sonolência diurna e sono fragmentado à noite atrapalham bastante, faz tratamento para depressão. Sintomas começaram há 13 anos, quando foi morar sozinha longe da família para poder estudar, diagnosticada há 2 anos, depois de inúmeros diagnósticos equivocados.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz leve, 4 pontos).

➤ **Caso 9: 54 anos, sexo F**

AR: Solteira, mora com a mãe, irmãs, estas últimas também tem narcolepsia, não tem amigos, sente-se triste e responsável por toda a família.

SC: Frequenta a igreja, muito católica.

PR: Sente-se bem, não tem muita sonolência, consegue realizar as tarefas domésticas mas não sente prazer em realizá-las.

OR: Os sintomas começaram na infância, mas não chegavam a atrapalhar os estudos, diagnóstico há 5 anos.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz severa, 2,5 pontos).

➤ **Caso 23: 56 anos, sexo F**

AR: Mora com uma irmã, não tem amigos.

PR: Está aposentada por tempo de serviço, mas sempre teve problemas com as chefias devido à sonolência.

SC: Vai à igreja.

OR: A sonolência diurna é muito intensa.

Sintomas começaram há 49 anos, era muito pequena, não lembra o que estava acontecendo na época. Diagnóstico há apenas 2 anos.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz grave, 1,5 pontos)

➤ **Caso 22: 35 anos, sexo M**

AR: Péssimo relacionamento com a esposa, sempre foi assim, uma filha de 8 anos, tem amigos e se dá bem com a mãe.

PR: É autônomo e assim consegue programar seus cochilos.

SC: Joga futebol com os amigos e faz parte de um clube.

OR: Tem dores de cabeça.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz moderada, 3 pontos)

➤ **Caso 15: 23 anos, sexo M**

AR: Mora com os pais e irmãs, tem bom relacionamento familiar, tem amigos e namorada.

PR: Sempre foi bom aluno até o aparecimento dos sintomas, ainda assim conseguiu entrar na Faculdade.

SC: Assiste vários concertos e vai ao teatro, sai com os amigos e namorada, gosta de viajar.

OR: Sente-se desanimado muitas vezes devido à sonolência, memória recente prejudicada.

Sintomas começaram há 12 anos, um ano depois da morte do avô, que era para ele um segundo pai, diagnóstico há 2 anos.

(Diagnóstico adaptativo: adaptação ineficaz moderada, 3 pontos).

Chama a atenção que, em quase todas as 23 entrevistas foram narradas situações extremamente tensas e (ou) dolorosas em até um ano antes do aparecimento dos primeiros sintomas. Esses dados confirmam a literatura, que descreve situações de perdas ou mudanças como desencadeantes do aparecimento da doença (Orellana et al., 1994).

6.2.2 Grupos comparativos

Em relação aos grupos comparativos, percebemos que os resultados dos pacientes portadores de narcolepsia na EDAO assemelham-se muito à distribuição dos pacientes com insônia crônica na mesma escala (Gráfico 10), indicando que as duas patologias prejudicam de modo semelhante a eficácia adaptativa dos indivíduos.

Em relação ao grupo comparativo de diabetes mellitus tipo 2, verificamos que os diabéticos de mau controle glicêmico têm a eficácia adaptativa muito mais

prejudicada do que os pacientes portadores de narcolepsia e insônia crônica, demonstrando que o mau controle glicêmico é indicativo de grave ineficácia adaptativa.

Os diabéticos de bom controle glicêmico, contudo, apresentam, em sua maioria, eficácia adaptativa, obtendo assim resultados muito melhores do que os grupos de narcolepsia e insônia crônica (Gráfico 10).

6.3 Medicamentos utilizados no tratamento dos sintomas e sua relação com a intensidade dos sintomas

A administração de medicamentos visa minimizar os dois sintomas principais, a sonolência excessiva diurna e a cataplexia, permitindo o desempenho adequado no trabalho, na escola e o convívio familiar e social. A escolha terapêutica é feita de acordo com a intensidade de sonolência excessiva diurna e (ou) cataplexia, de características de vida do paciente e de sua capacidade de lidar com os sintomas. A medicação estimulante pode ser retirada nos períodos em que a sonolência diurna é leve e nos finais de semana, evitando a tolerância. Deve ser administrada visando o melhor efeito sobre o alerta a determinada hora do dia, ou seja, no trabalho ou na escola (Reimão, 1998). Diversos estudos indicam que, até o ponto atual, não são anulados completamente os períodos de sonolência diurna excessiva em narcolépticos (ASDA Standards of Practice, 1994). De maneira geral, os estimulantes levam à melhora considerável em 65% a 85% dos narcolépticos.

Mitler et col. (1991) compararam vários estimulantes e perceberam que a maior potência estimulante foi de sulfato de benzedrina e metilfenidato (ambos provocam liberação de noradrenalina). Os menores efeitos estimulantes foram obtidos com viloxazina, modafinil, pemoline e codeína.

Efeitos colaterais leves observados com frequência em pacientes com narcolepsia e fazendo uso de terapêutica estimulante incluem cefaléia, irritabilidade, anorexia e palpitações (Reimão, 1998).

O modafinil é um estimulante alfa-1 adrenérgico e tem evidenciado bons resultados por causar menos efeitos colaterais e tolerância, demonstrando também ser um liberador de hipocretina na parte anterior do hipotálamo (Thorpy, 2001), porém seu alto custo inviabiliza muitas vezes sua administração.

A cataplexia é geralmente tratada dependendo de sua intensidade e frequência com antidepressivos tricíclicos. Dentre as novas drogas, sem efeito colateral atropínico tem-se o hidrocloreto de viloxazina, um bloqueador de recaptção da noradrenalina.

Observamos que a grande porcentagem de pacientes com severidade e gravidade de sonolência excessiva diurna faz com que a droga que melhor se adapte a eles seja o sulfato de benzedrina associado a antidepressivos tricíclicos quando há presença de cataplexia, nestes últimos, observamos intensidade severa e grave dos sintomas (31%).

Noventa por cento dos pacientes apresentam adesão ao tratamento e demonstram grande intranqüilidade perante a possibilidade de ficarem sem a medicação. De um modo geral, a medicação é bem tolerada, mas as queixas de

irritabilidade (100%) e cefaléia (26%) podem ser efeitos adversos da medicação estimulante.

6.4 O universo psíquico dos pacientes (Teste das Relações Objetais de Phillipson - TRO)

A análise da dinâmica do mundo interno, através do Sistema Tensional Inconsciente Dominante, nos permitiu compreender melhor o funcionamento mental destes pacientes com seus principais desejos inconscientes, as conseqüências temidas como resultado desses desejos, assim como esforços defensivos que realizavam para evitar essas conseqüências.

Os resultados sugerem que a narcolepsia está ligada à predominância de aspectos psicóticos da personalidade, a um modo de funcionamento mental característico de uma fase primitiva do desenvolvimento psíquico denominada esquizoparanóide, segundo Klein (1948).

Do exame dos resultados, verifica-se a maior freqüência dos desejos de vínculo e/ou contato afetivo, controle dos impulsos sexuais e agressivos, fuga às frustrações. Os medos são relativos às perdas e/ou separações, culpas persecutórias e aniquilamento. As defesas frente a esses medos são a idealização, a paralisação, o controle onipotente, a negação de conflitos, defesas que também foram observadas em pesquisa anterior (Proença et al., 1990).

A análise e interpretação das pranchas baseou-se na metodologia conforme sugerido pelo próprio autor do instrumento (Phillipson, 1981), Grassano (1996), Rosa (1995) e Ocampo et al. (1981).

➤ **Nível descritivo**

De uma maneira geral os pacientes têm uma boa percepção das pranchas, contudo não conseguem criar uma história emocional, imprimindo sentidos nos vínculos emocionais.

Não definem claramente os conflitos e as soluções mais frequentes são a negação, a idealização ou soluções mágicas.

Parece haver um pânico em separar-se do objeto, sentimentos de abandono e solidão são expressos de maneira frequente. Ao mesmo tempo que não conseguem olhar de frente para o objeto, há um corte quando a relação ameaça estreitar-se.

➤ **Nível da posição mental e vínculo**

As defesas mais utilizadas são:

a) cisão do mundo emocional, o aparato mental não consegue organizar-se sobre a base da repressão, podendo assim atingir defesas da posição depressiva mais elaboradas e não tão primitivas;

b) evasão de enfrentar o mundo interno por temor a ansiedades catastróficas, como paranóides, depressivas desorganizativas ou paralisantes;

c) negação da realidade psíquica, que se expressa através da banalização dos problemas e espera de soluções mágicas;

d) idealização onde um ser superior ou um contexto sem conflitos e diferenças possam dar conforto emocional e segurança sempre.

Em correlação a estes mecanismos, é possível observar que os pacientes com narcolepsia não conseguem atingir de uma maneira geral um nível de elaboração psíquica da Função Alfa (Bion, 1988; Rossini, 1997, 2001); desta forma, aumentam a paralisação mental, temem a opinião dos outros, que estes possam se dar conta de seu padecimento e tentam negá-la e ocultá-la.

A Função Alfa, segundo Bion (1988), é aquela que permite a discriminação entre fantasia e realidade, a possibilidade de um pensamento coerente, lógico e criativo. A incapacidade de tolerar frustrações e angústias obstrui o desenvolvimento dos pensamentos e a capacidade de pensar.

Na maioria das histórias, os objetos são “duros e frios” (como grutas), críticos e intrusivos (espiam mas não ajudam). Em muitos casos, evidenciam-se experiências muito precoces de falta de “holding” (Winnicott, 1972) ou da função de “reverie” materno (Bion, 1972).

A função “holding” em Winnicott (1972), segundo Barranger (1994), é a capacidade materna de identificar-se com o desejo da criança, satisfazendo-a concretamente e assim possibilitar ao bebê relacionar-se com objetos externos, desenvolver sua capacidade criativa e integração psíquica. Para Winnicott (1972), é necessária também a experiência de ilusão/desilusão, que é preparatória do desmame e a partir da qual se estrutura o objeto transicional que é a base das simbolizações ulteriores.

“Reverie” é descrito por Trinca (1988) a partir da teoria de Bion (1972) como uma presença humana (mãe ou analista, por exemplo) que seja capaz de auxiliar uma

pessoa a transformar sensações sem nome (sem simbolização) em pensamentos mentalmente utilizáveis e, desse modo, dar forma e realizar sínteses na experiência emocional desta pessoa. “Refere-se a áreas onde essa experiência não era possível, devido a lacunas correspondentes.... o contato emocional realiza-se, nesses casos, em atmosfera maternal profunda” (Trinca, 1988, p.75).

Em nossa amostra, há uma desconfiança e desesperança na disponibilidade generosa e amorosa dos outros de poder ajudar. Por esse motivo, acabam por distanciar-se do mundo dos vínculos humanos íntimos e sonham com uma relação com um ser divino que as proteja (contém): a Virgem, Deus. Desejam uma relação de fusão incondicional, mas não acreditam em encontrá-la, pois parece que nunca a tiveram.

Há uma tendência de paralisar, como se congelassem o mundo interno, por medo de reviver ansiedades catastróficas de desorganização e morte psíquica, ansiedades de uma fase anterior à posição esquizoparanóide de Klein, como descrita por Bleger (1988), em “simbiose e ambigüidade”.

Nas palavras de Bleger (1988), o núcleo enviscado constitui no adulto, “a parte psicótica da personalidade, como remanescente da organização mais arcaica da personalidade, geneticamente anterior à posição esquizoparanóide, a posição que denomina viscocárica” (p. 109).

São pacientes, em sua maioria, com graves perturbações psíquicas e que fazem uso de defesas mais psicóticas frente aos medos e desejos inconscientes.

6.4.1 Análise qualitativa nas pranchas de um, dois e três personagens e de grupo

A análise qualitativa das pranchas permitiu identificar maiores dificuldades nas relações objetivas associadas às projeções nas pranchas de grupo (A-G, B-G e C-G), de três pessoas (A-3, B-3 e C-3) e nas pranchas em branco. Entretanto, nas relações bipessoais (A-2, B-2 e C-2) e de uma pessoa (A-1, B-1 e C-1) também encontramos dificuldades.

Nas pranchas de uma pessoa, foram relatadas muitas vezes as impossibilidades de ficar só e entrar em contato com o mundo mental. Como recurso a essa situação, foi mencionado diversas vezes na prancha B-1 o desejo de entrar no quarto e dormir.

Exemplos:

➤ Caso 10

Paciente de 61 anos, sexo feminino, professora aposentada por tempo de serviço, casada, sem filhos, os sintomas iniciaram há mais de 40 anos, doença diagnosticada há 5 anos (EDAIO = Adaptação Ineficaz Moderada).

Prancha B1 (6): “É um quarto, uma figura masculina. A pessoa chegou do trabalho, cansadona, está em um hall, está tentando relaxar, olhando para o nada”.

(Inquérito): Depois vai para o quarto.

(Inquérito): “No meu caso.....iria dormir”.

Título: “A volta”.

Avaliação e interpretação

O desejo é de recolhimento e fuga das frustrações, expressa o medo da solidão e abandono que a faz ficar paralisada, “olhando para o nada”, utiliza também como defesa a negação (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

É interessante contrapor a história desta prancha e o sintoma da sonolência excessiva a uma citação de Flávio de Carvalho, em seu livro *A origem animal de Deus e o Baile do Deus Morto* (1973, p.84):

“O medo provoca o aparecimento de um importante fenômeno; o fenômeno ‘volta ao útero’. Um descanso no passado e uma segurança nas origens. Esta volta ao útero é observada no sono e na vigília, repetida com insistência alternada, tanto no recém-nascido como no ser no final da vida. São manifestações de medo e desejo”.

Para Sacks (1996), algumas doenças neurológicas, como alguns tipos de desmaios, a epilepsia e a narcolepsia, poderiam ser compreendidas em um modelo teórico darwinista, segundo o qual, no mundo animal, existem dois estilos de reação frente ao medo e à necessidade de sobrevivência: o ativo (fuga-luta) e o passivo (paralisação, “fingir-se de morto”). As doenças citadas seriam reações protetoras passivas frente a situações sentidas como ameaçadoras ou excessivas para serem conscientemente suportadas, a predisposição genética de certos indivíduos ficaria assim à mercê dessas situações e mecanismos neurológicos e psicológicos encontrariam, no sintoma, uma ligação neural-simbólica de proteção e recolhimento sempre que certas situações assim exigissem. Segundo esse autor, o valor de sobrevivência das reações passivas e dos estados inibitórios é bem evidente no mundo animal, ao passo que tende a ser obscurecido ou eclipsado em algumas reações passivas, mas obviamente patológicas, no comportamento humano.

Esta nos parece uma teoria interessante na medida em que tenta conciliar a predisposição biológica com os mecanismos neurológicos e psicológicos de certas doenças, como a narcolepsia; contudo, não podemos saber se os sintomas da narcolepsia apareceriam e se manteriam como mecanismos defensivos contra situações emocionalmente tensas e sentidas como insuportáveis ou se essas situações teriam sido desencadeantes do aparecimento da doença que se instala de modo crônico.

Nas pranchas de duas pessoas são relatadas oscilações entre personagens que buscam contato e aproximação e outros, em um segundo momento, que se afastam por temor manifesto ou racionalização. “O desejado é uma relação simbiótica com um objeto total, sem genitalidade que acalme a ansiedade e proteja corporalmente. O temido é ficar à mercê de situações de excitação sexual e raiva, com os concomitantes temores retaliativos de abandono, privação afetiva e castração”, conforme descrição de características de personalidade fóbica (Grassano, 1996, p.320).

➤ **Caso 10**

Prancha A2 (2): “Duas figuras femininas, em um lugar gostoso, passeando, um parque. São amigas”.

(Inquérito): “Sem preocupação de horário”.

(Inquérito): “Depois voltar para casa”.

Título: “Recreação ou descanso”

Interpretação e avaliação

O desejo é do contato com o outro, muito próximo, mas, ao mesmo tempo, sem desejos e (ou) impulsos, a defesa é a idealização (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

A seguir descreveremos as pranchas nas quais identificamos as situações geradoras de maior angústia.

Pranchas de grupo

Em quase todas as pranchas de grupo aparecem sentimentos de exclusão e de serem espiados, denotando fantasias persecutórias e dificuldades relacionais em situações grupais.

a) Na A-G (5), que explora a capacidade do ego em elaborar perdas e o nível de adaptação à psicoterapia, a maioria dos pacientes não manifestou elaboração dos lutos primários e reais, bem como confiança de que uma outra pessoa possa ajudá-los.

Casos ilustrativos:

➤ Caso 22 (*)

Sexo feminino, 56 anos, solteira, tem os sintomas desde os sete anos, diagnosticada só há dois anos, aposentada por tempo de serviço, nível de escolaridade: superior completo (EDA0 = Adaptação Ineficaz Grave).

Prancha A-G (5): “É uma reunião, deve ter uma multidão, um enterro. Atrás parecem árvores de um cemitério antigo. Todo mundo cabisbaixo. Chatice de enterro”.

Título: “A última homenagem”.

Interpretação e avaliação

Sua depressão não se expressa por sentimentos ou no registro das emoções, e sim pela paralisação do funcionamento mental. Não tolera entrar em contato com a dor, havendo indicações de perdas sofridas muito precocemente (2 pontos, equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações negativas).

➤ Caso 20*

Sexo feminino, 24 anos, mora com os pais, trabalha e faz faculdade à noite, está noiva, tem os sintomas há seis anos, diagnosticada há um ano (EDAIO = adaptação ineficaz moderada).

Prancha A-G (5): “Aqui são 2 ou 3 pessoas ajoelhadas, de cabeça baixa e 3 pessoas em pé. As 3 pessoas em pé dão força para aquelas que estão ajoelhadas. Devem estar desanimadas e as outras tentam reanimá-las e conseguem”.

(Inquérito): “Estão em um lugar fora da casa, mas é familiar, um local aberto”.

(Inquérito): “Eles têm problemas do dia-a-dia”.

(Inquérito): “São da mesma família, pai, mãe, namorado e atrás, essas outras pessoas são como uma força divina (parece o infinito, o mar), Deus está nestes lugares”.

* Os casos 20 e 22 foram avaliados e supervisionados gentilmente por Elza Grassano, psicanalista argentina, autora do livro: Indicadores psicopatológicos nos testes projetivos, publicado em 1996.

Interpretação e avaliação

A paciente confia pouco no poder do vínculo, necessita de uma relação única com “uma força divina”, o vínculo salvador provém de um ser superior. Evidencia uma depressão vazia, a qual ela nega e evita entrar em contato (2 pontos, equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade com relações muito negativas).

Obs: Esta paciente não conseguiu dar um título às histórias, evidenciando dificuldades de unir e fazer sínteses.

b) Na prancha B-G (10), normalmente aparecem respostas associadas às fantasias de doença, de uma possível cura e de sentimentos de aceitação, ameaça ou rejeição ao grupo de convívio. Nossos pacientes não apresentaram controle adaptativo que favorecesse fantasias de cura, mostrando predominantemente angústias persecutórias.

História na prancha BG (10)

➤ **Caso 22***

“Pode ser a chegada ou a saída. Pode ser as duas”.

“Uma escola, onde tem crianças da mesma idade e um mestre, instrutor que vai dar orientação. Um menino está chegando para fazer parte do grupo”.

(Inquérito): “Ele terá que enfrentar um monte de obrigações, estudar, trabalhar, até se formar”.

“Depois de formado tem um longo caminho a seguir, de luz.....”

Título: “A escola”

Interpretação e avaliação

Estabelece relações superficiais, são relações de “chegada e saída”, evita ligar-se estreitamente com o outro, prefere evitar o sofrimento de perder objetos de amor (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

➤ **Caso 20** - prancha B-G (10)

“São pessoas na janela, uma pessoa está parada na porta esperando alguém, está achando que as outras estão falando dela, como acontece comigo. Sempre acho que estão falando de mim, no meu trabalho e nem sempre é assim mas eu cismo que é”.

(Inquérito): “Acho que falam dos meus cochilos, tem horas que não controlo o sono, mas sei que nem sempre estão falando de mim, mas sempre acho que é de mim”.

Interpretação e avaliação

Há um temor paranóide de não poder confiar em ninguém e que as pessoas percebam esses temores. Tenta disfarçar o pânico, faz uso de identificação projetiva maciça e não consegue terminar a história (2 pontos, equilíbrio não mantido, predominando ansiedade com relações negativas).

c) na prancha C-G (7), as respostas podem ser consideradas uma amostra da reação do paciente frente à autoridade externa e interna. Em nossa amostra, grande parte dos pacientes expressaram paralisação frente às situações de autoridade e frente a impulsos agressivos do id.

➤ **Caso 22** - prancha C-G (7)

“Aqui está meio difícil”.

“Tem uma turma aqui, estão agitados. Está acontecendo outra coisa neste outro espaço, parece uma avenida enorme”.

“Acho que aconteceu um desastre do outro lado da avenida”.

“Tem um obstáculo e a turma fica só contemplando mas agitados, preocupados, querendo fazer algo mas sem poder”.

“Esta mancha acima, parece sombra de uma pessoa”.

“É uma pessoa caída”.

(Inquérito): “Esta pessoa morreu no desastre”.

(Inquérito): “Vão chamar o resgate”.

Título: “O desastre”

Interpretação e avaliação

Não consegue tolerar a turbulência emocional, as paixões, recorre a cisão “a avenida”, de um lado as emoções desordenadas, a angústia de morte e de outro a impotência frente a essas emoções, de não encontrar estratégias para “cuidar, ordenar partes do self”. Expressa o estado de paralisação e, como mecanismo de defesa, a cisão (1 ponto, equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas).

➤ **Caso 20** - prancha C-G (7)

“São pessoas reunidas, tem 4 pessoas jogando alguma coisa e uma pessoa torcendo, uma escada, estão embaixo, sombra de uma pessoa descendo, esta pessoa vai descer e torcer para os menores, mas quem ganha é o grandão. Este que desce é

para ajudar a torcer, queriam que os pequenos ganhassem, mas quem ganha é o grande”.

Interpretação e avaliação

Os vínculos estão paralisados, não pode enfrentá-los e, por consequência elaborá-los, sente rancor frente aos pais que invadem e dominam, mas fica paralisada sem conseguir pensar, indagar, aproximar-se de sua vida emocional mais infantil e enferma (2 pontos, equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade com relações negativas).

Pranchas de três pessoas

As respostas a estas pranchas mostraram as dificuldades em elaborar situações de exclusão de um terceiro personagem, demonstrando a imaturidade emocional frente a uma situação triangular.

d) Na prancha C3 (3) são mobilizados os sentimentos relacionados ao conflito edipiano.

➤ Caso 22

PR - C3(3): “Uma sala, tem 3 pessoas, uma mesinha redonda, devem ter tomado chá”.

“A pessoa que está de costas está em pé, foi acender a luz vermelha, dá impressão de um abajur”.

“Parece casa estilo europeu, que tem lareira. Em cima da lareira tem alguma coisa, acho que uma imagem de santo, Nossa Senhora”.

“Deve ter tido uma reunião gostosa, conversaram coisas boas e ruins”.

(Inquérito): “São amigos”.

(Inquérito): “No primeiro plano têm uma mulher e no segundo tem dois homens”.

(Inquérito): “Conversaram, conversaram e foram acender a luzinha e vão rezar e vão embora”.

Título: “O encontro”

Interpretação e avaliação

Há uma superficialidade, faz uso de estratégias de comunicação para socializar-se, mas sem se entregar nem criar laços.

Utiliza-se da cisão como mecanismo de defesa e, dessa forma, mantém a experiência emocional separada da experiência relacional (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

➤ Caso 20 - prancha C3(3)

“Tem um homem ajoelhado, apoiado numa madeira, diante de uma imagem, parece um santo, Jesus, pelo cabelo”.

“Parece uma gruta.....não, estou vendo agora outra coisa, estou vendo mais um homem e uma mulher. Entre os dois tem uma mesa, com uma moringa. A moça está olhando o cara ajoelhado e o outro moço gordo está admirado de ver, esta cena, tem um abatjour mais lá no fundo, ao seu lado”.

“Tem uma luminária que ilumina a imagem..... é vermelha”.

(Inquérito): “O moço ajoelhado é persistente, ele é revoltado, deve ter algum problema, está procurando ajuda em Deus, através da imagem, as pessoas estão admiradas, ele olha bem para essa luz”.

(obs. Quando indagada sobre que tipo de problema, não sabe responder).

Interpretação e avaliação

Sente-se sozinha, expressa uma depressão através do cansaço e vazio mental, deseja contato com outros. A gruta representa a barreira esquizóide que coloca entre ela e o resto das pessoas, sentindo-se só em uma relação com um objeto idealizado, privada de relacionamentos mais consistentes. Tenta através de mecanismos de defesa, como a negação do mundo interno, encapsulamento e idealização, evitar a dor mental sentida como catastrófica. Sua tristeza é enorme, mas acha que não adianta pedir ajuda para outros (1 ponto, equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade com relações muito negativas).

e) A Prancha B3 (4) avalia o vínculo, “olhar e ser olhado” e “espiar e ser espiado”, também avalia os sentimentos referentes ao fato de ser invadido, controlado ou de incluir-se ou ser excluído do par. A dificuldade para lidar com a situação triangular e suportar a exclusão é grande nestes pacientes. Evidencia-se a paralisação, um mundo emocional estático como forma de lidar com a situação de sentir-se excluído do par.

➤ **Caso 22** - Prancha B3 (4)

“Aqui é um casal, aqui tem uma outra pessoa, uma criança”.

“Vai ver que a mulher ganhou nenê e está voltando da maternidade. Acho que é o menino mais velho enciumado pela nova situação”.

(Inquérito): “Ele está enciumado, mas vai gostar da nova irmãzinha”.

Título: “A Família”

Interpretação e avaliação

Não é aceita a situação de ser o terceiro excluído e nega a possibilidade de genitalidade heterossexual, adiciona um personagem “a irmãzinha que chega”, reitera desta forma uma situação ideal que é o desejo de fusão com os pais (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

➤ **Caso 20 - Prancha B3 (4)**

“Um homem e uma mulher abraçados, uma outra pessoa perto”.

“Estão perto de um quarto, sozinhos e esta pessoa entra, continuam abraçados, não acontece mais nada”.

(Inquérito): “Pode ser um irmão ou irmã para atrapalhar os dois”.

Interpretação e avaliação

Evita desenvolver um clima afetivo, deixa a cena estática e sem um desenvolvimento e desenlace. A única alusão afetiva é intenção negativa de um terceiro que quer espiar e possivelmente interromper a união do par (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

f) Prancha A3 (8): os temas centrais são a separação e momentos de mudanças na vida e como o ego resolve estas questões. A maioria das histórias expressa dificuldades em aceitar ambas as situações.

➤ **Caso 22** - Prancha A3 (8)

“O quê será?”

“Têm 3 pessoas, está difícil...”

“Acho que são dois viajantes, um casal, e estão indo embora e tem uma outra pessoa aqui. A pessoa que ficou dando boa viagem”.

“Este espaço aqui dá impressão de separação, separação de pessoas queridas”.

(Inquérito): “São todos irmãos”.

(Inquérito): “Não foi junto porque moram separados, não era oportuno”.

Título: “A viagem”

Interpretação e avaliação

Pela primeira vez, consegue unir um par, contudo aparece o medo, a angústia e defensivamente esvazia a cena, “se vão” (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

➤ **Caso 20** - Prancha A3 (8)

“Um homem e uma mulher abraçados, uma outra pessoa perto”.

“Estão perto de um quarto, sozinhos e esta pessoa entra, continuam abraçados, não acontece mais nada”.

(Inquérito): “Pode ser um irmão ou irmã para atrapalhar os dois”.

Interpretação e avaliação

Sentimentos de rancor e impotência frente aos pais que invadem, dominam, paralisam e controlam; provocam a paralisação. Expressa a impossibilidade para usar

o pensamento como instrumento de indagação e aproximação de sua vida mental (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

6.4.2 Análise da prancha em branco

A prancha branca pode mostrar a relação transferencial que se operou durante a aplicação do teste e também fornecer elementos acerca de problemas atuais do sujeito, como os sente, e os métodos de solução mais acessíveis (Rosa, 1995).

Gaciela Peyrú (Fiorini; Peyrú, 1978) publicou um estudo onde mostra a importância da utilização da prancha branca do TRO como meio diagnóstico, de planejamento e avaliação do processo psicoterápico.

Nas pranchas em branco, os pacientes puderam relatar histórias permeadas de satisfação dos desejos e necessidades, e com o mínimo de frustração. Descreveram lugares paradisíacos, principalmente ligados à natureza, onde os pacientes se projetavam em uma situação idealizada, na maioria das vezes sozinhos, ou situações nas quais não havia figura humana, mas uma força divina ou imagem divina que emanava força e proteção.

➤ **Caso 10** - Prancha em branco

“Um jardim, muitas flores, ar puro, muito verde, lugar repousante que faz bem para a cabeça”.

Título: “O Jardim”

Interpretação e avaliação

Deseja o controle dos próprios impulsos, pois os teme e a defesa é a idealização (4 pontos, equilíbrio mantido, podendo dar liberdade para relações positivas).

A idealização é a defesa mais constante nas pranchas em branco, como em um sonho bom, sem frustrações ou desejos que geram culpas e temores e onde alguém ou um ser divino traga paz, integração e conforto.

➤ **Caso 22** - Prancha em branco

“Estou sentada em uma cadeirinha gostosa, estou batendo papo com a psicóloga, inventando historinhas que depois ela vai me dar a interpretação das histórias”.

(Inquérito): “Estou imaginando o que vai sair, deve ter um monte de fragmentos da minha cabeça e talvez você possa juntar os caquinhos para que eu possa entender direitinho”.

Título: “No divã do analista”

Interpretação e avaliação

Mostra de forma imperiosa sua necessidade de ser ajudada pela psicóloga. Um aspecto de seu “self” registra um estado de fragmentação e a necessidade de uma analista com a função materna de “reverie” que ordene e contenha as partes fragmentadas. Há uma fantasia de cura mágica que é colocada nas mãos do terapeuta (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

6.4.3 Análise comparativa do grupo de insônia nas pranchas em branco

Os pacientes do grupo comparativo de insônia crônica (Rossini, 2001) que foram avaliados através do teste projetivo TAT tiveram dificuldades de elaborar histórias nas pranchas em branco, manifestando recusa e relatos de eventos traumáticos, diferentemente dos pacientes com narcolepsia que puderam facilmente “sonhar as pranchas”, com histórias permeadas de satisfação de desejos e o mínimo de frustração. Evidenciou-se, contudo, no grupo de narcolepsia, a excessiva idealização.

6.4.4 Análise das séries

Do ponto de vista das séries de pranchas, A, B, e C, a série C foi a que revelou maior comprometimento.

Na série A, as pranchas apresentam pouca estruturação, permitindo a livre imaginação. É esperado, nesta série, o predomínio da ansiedade depressiva e das defesas de controle obsessivo.

Na série B, as pranchas são melhor estruturadas em comparação com a série A, espera-se o aparecimento de defesas de caráter neurótico. As distorções

perceptivas são consideradas mais graves. No nível aperceptivo, observa-se a capacidade do sujeito para lidar com a realidade.

Na série C, a novidade é a inclusão da cor, que aumenta o clima de tensão e mobiliza sentimentos agressivos entre o indivíduo e o grupo.

Percebemos que a introdução da cor mobilizou sentimentos de caráter agressivo e sexual entre a maioria dos pacientes, contra os quais as defesas tornaram-se mais primitivas, sendo as mais constantes a cisão, negação e paralisação.

Coelho (1980), em seu estudo com pacientes epiléticos no qual utilizou como teste projetivo o teste de Rorschach, constatou através dos índices de luminosidade e respostas à cor (c') que os pacientes com epilepsia, diferentemente de outros pacientes com doenças crônicas (cardiopatas e diabéticos), expressam reações emocionais mais imaturas. “Ou eles se retraem emocionalmente como defesa contra as inadequações afetivas ou expressam reações emocionais excessivamente subjetivas, demonstrando desinteresse em conceber projetos futuros, apatia, passividade, adesão ao óbvio (viscosidade), decisões impulsivas, pensamento concreto e restrito” (p.307).

Os pacientes com narcolepsia expressam predominantemente esta retração emocional, que é possível constatar nas respostas às pranchas do TRO, principalmente na série C e durante as entrevistas; contudo, há a presença também dessas expressões emocionais subjetivas citadas acima com exceção das decisões impulsivas.

Nos pacientes que além da sonolência excessiva também apresentam cataplexia, esta retração emocional muitas vezes é deliberada, em uma tentativa de controle das crises.

➤ **Caso 22** - Prancha C2 (11)

“Aqui é a entrada de um quarto. A porta aberta de um quarto, e a pessoa está chegando no quarto. Olha eu chegando no meu quarto, cambaleando de cansaço – ôba! Vou descansar”.

(Inquérito): “Sem dúvida, vou tomar banho e dormir”.

“Aqui tem o quadro da Mãezinha (Nossa Senhora). A primeira coisa que faço quando chego é conversar com ela”.

Título: “Volta ao lar”

Interpretação e avaliação

Teme a depressão, reviver perdas e mortes. Nega a dor através do dormir e cria uma união ilusória com uma mãe idealizada que a contenha e lhe dê paz.

Esta paciente expressa uma falha precoce na função materna de “reverie” (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

6.4.5 Análise comparativa com os grupos de diabetes tipo 2 de mau e bom controle glicêmico

Com relação às análises quantitativa e qualitativa dos grupos comparativos de diabetes tipo 2, de bom e mau controle glicêmico e narcolepsia, observa-se que o grupo de diabetes de mau controle tem resultados nas duas análises bem inferiores ao grupo de pacientes com narcolepsia (Gráfico 11).

Os pacientes diabéticos de mau controle glicêmico demonstraram nas respostas dadas às pranchas do TRO que estão identificados com aspectos superegóicos cruéis e punitivos, próprios de personalidade depressiva. Conforme descreveu Grassano (1996), a identificação projetiva é utilizada de forma maciça e gera pobreza interna (Heleno, 2000).

Os pacientes com diabetes de bom controle glicêmico, por sua vez, tiveram resultados quantitativos e qualitativos adequados no TRO, superiores aos pacientes com narcolepsia e bem superiores em relação ao grupo de diabéticos de mau controle (Gráfico 11).

6.4.6 Síntese diagnóstica

Os pacientes com narcolepsia expressam defesas bem diferentes em relação ao grupo de diabéticos de mau controle glicêmico e também em relação ao grupo de insônia crônica, caracterizando um modo de funcionamento mental específico. Este modo de funcionamento mental expressa predominantemente temores relativos a entrar em contato com a vida psíquica por medo de reviver ansiedades catastróficas mais primárias do que as referentes à etapa esquizoparanóide de Klein (1948).

Expressam desejos de um tipo de vínculo idealizado, “enviscado” e têm como defesas predominantes frente a esses medos, a paralisação da vida mental, a cisão, negação e idealização.

6.5 Questionário do sono (GIGLIO)

Conforme foi exposto no capítulo dos resultados, o questionário do sono foi aplicado nos 23 pacientes.

A queixa mais freqüente (53%) deveu-se à insatisfação com o esquema de sono atual devido à fragmentação do sono durante a noite. Esta é uma das características da narcolepsia, principalmente em noites mais quentes, quando a pessoa relata vários despertares. É importante lembrar que, mesmo quando o paciente dorme a noite inteira, a sonolência diurna continua intensa, ou seja, esta última não é consequência da fragmentação do sono.

Os ataques de sono aparecem de uma maneira freqüente em 43,4% dos pacientes.

A observação do comportamento dos pacientes portadores de narcolepsia na sala de espera do ambulatório, durante palestras e tal como é retratado no belíssimo filme de Gus Van Sant *Garotos de Programa* (1991), além dos dados da literatura, confirmam estes dados. É muito comum estes pacientes serem vistos cochilando em situações inadequadas.

Durante as entrevistas, foram relatadas situações de “cair no sono” no ponto de ônibus, no chuveiro, atravessando a rua e até comendo.

A sonolência excessiva diurna é a queixa mais freqüente, mesmo quando medicados, como já foi descrito.

Quanto ao relato de acidentes, em nossa amostra, 26% descreveram ter sofrido algum tipo de acidente devido aos sintomas da narcolepsia, mas sem maior

gravidade. Contudo, descreveram também já terem ficado expostos a situações de muito risco e de que os acidentes poderiam ter sido mais graves devido à sonolência, cataplexia e (ou) ataques de sono.

A maioria (70%) já foi repreendida no trabalho ou na vida acadêmica devido aos sintomas, sentindo-se nestas situações humilhados e (ou) ridicularizados, levando-os a um afastamento social.

As parassônias são distúrbios observados durante o ciclo sono-vigília, podendo ocorrer na transição sono-vigília ou vigília-sono ou em diferentes estágios do sono e produzem manifestações desagradáveis (Reimão, 1996). O diagnóstico e o tratamento adequado são importantes para melhorar a qualidade de vida do indivíduo e evitar sérias conseqüências para a saúde física e mental.

Os pacientes foram questionados diretamente sobre a ocorrência ou não de diferentes situações durante o sono ou intercorrências quando do despertar ou adormecer (item 10 do Anexo G), tendo-se verificado que a maior freqüência de queixa no grupo é para a ocorrência de câimbras e ronco (35%), dores de cabeça apareceram em 26% e podem ser conseqüência da medicação estimulante, como foi visto anteriormente.

Quando questionados sobre o hábito de cochilar, apenas 13% referiram não cochilar deliberadamente; a maioria (43%) afirmou cochilar de 5 a 7 dias da semana entre 30 e 60 minutos.

Todos os pacientes faziam uso regular de estimulantes e (ou) antidepressivos e relataram que, quando não tomavam a medicação, o prejuízo nas atividades diárias era muito grande.

7 CONCLUSÕES

1) A análise do equilíbrio psíquico destes pacientes através do TRO revela que 52% dos pacientes apresenta um **equilíbrio egóico que não se mantém, as conseqüência temidas dominam as relações, tornando-as negativas.**

O funcionamento mental de 94,7% opera com defesas mais primitivas, típicas da posição esquizoparanóide. As defesas mais utilizadas são:

- cisão do mundo emocional;
- evasão de enfrentar o mundo interno por temor a ansiedades catastróficas;
- negação da realidade psíquica;
- idealização onde um ser superior ou um contexto sem conflitos e diferenças possam dar conforto emocional e segurança sempre.

Os pacientes com narcolepsia, diferentemente de outros pacientes com doenças crônicas, apresentam características da personalidade fóbica, tal como descrito por Grassano (1996), mas estas características de personalidade são defensivas nesses pacientes, encobrindo partes psicóticas onde o dormir é, do ponto de vista psicológico, sintoma e refúgio para as ansiedades sentidas como catastróficas.

A análise estatística revelou que, quanto maior o tempo de diagnóstico, melhor o resultado do equilíbrio psíquico no TRO. Esse resultado é importante na medida em que demonstra o quanto um diagnóstico precoce para a doença permite minimizar os danos psicológicos causados pela narcolepsia.

A análise estatística demonstrou também que há uma correlação de resultados semelhantes entre EDAO, TRO e Epworth, ou seja, quanto maior a sonolência excessiva diurna, piores os resultados da eficácia adaptativa e do equilíbrio psíquico; quanto menor a sonolência, melhores os resultados da EDAO e TRO.

2) A maioria dos sujeitos com narcolepsia avaliados nesta pesquisa (44%) apresenta adaptação ineficaz severa, ou seja, são pessoas com sintomas neuróticos limitantes, pouca flexibilidade caracterológica, restrições de relações afetivas e sociais.

Há ausência de adaptação eficaz.

3) Na maioria dos pacientes (66%), a sonolência excessiva diurna é de intensidade severa; observa-se uma tendência de que quanto maior o tempo de doença, maior a intensidade da sonolência e maior prejuízo na EDAO; este resultado é mais significativo entre as mulheres.

4) A maior parte dos sujeitos com narcolepsia apresentou com mais frequência soluções pouquíssimo adequadas, ou seja, além de não oferecerem nenhuma gratificação, ainda causam conflitos.

5) Todos os setores da vida dessas pessoas encontram-se prejudicados; contudo os setores de maior prejuízo são: afetivo-relacional e produtividade. Quase todos os pacientes relatam grandes dificuldades de relacionamento familiar e (ou) com cônjuges, assim como prejuízo acadêmico e profissional. Os pacientes tem pouca vida social e no setor orgânico aparecem doenças relacionadas com a narcolepsia, como a diabetes, depressão e tendência à obesidade.

6) As queixas mais freqüentes durante a noite referem-se ao sono fragmentado, câimbras e roncos.

A maioria dos pacientes tem o hábito de cochilar durante o dia, quase todos os dias.

Todos fazem uso de estimulantes e antidepressivos.

7) As queixas mais freqüentes durante o dia são: sonolência excessiva, ataques de sono, crises catapléticas, irritabilidade, variações de humor, depressão e baixa auto-estima, apesar da grande porcentagem de adesão ao tratamento.

8) Eventos traumáticos ou situações de perdas importantes estão ligadas em até um ano antes ao aparecimento dos primeiros sintomas.

9) A importância de um diagnóstico precoce e o atendimento psicológico para os pacientes e familiares é óbvia e primordial para ajudar o indivíduo a buscar soluções gratificantes e menos conflituosas; portanto, mais adequadas para os problemas que a doença favorece.

10) Programas de informação e educação dos profissionais de saúde e da população seriam úteis para valorizar e buscar meios de lidar com a doença.

8 ANEXOS

ANEXO A – O SONO NORMAL

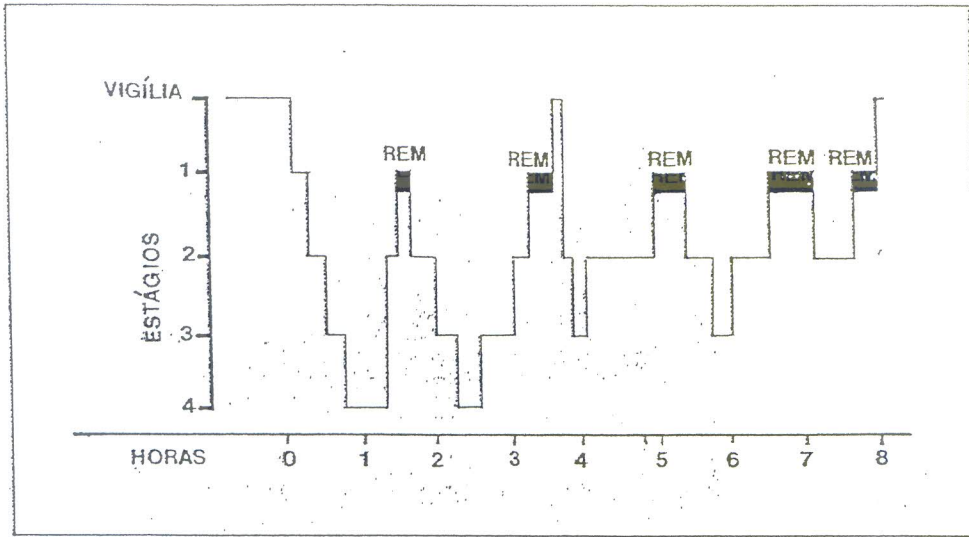


Fig. 1 - Ciclos de sono do adulto normal (Reimão, 1989)

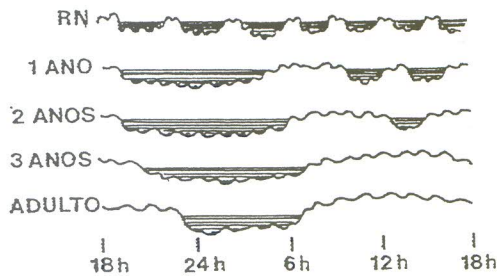


Fig. 2 - Representação esquemática da transição gradual, desde a alternância policíclica entre sono e vigília do recém-nascido (RN) até o padrão monocíclico do adulto. As áreas negras indicam sono. As ondulações secundárias indicam a periodicidade repouso-atividade, cuja duração se prolonga de 50 a 60min no recém-nascido e até 80 a 90min no adulto (modificado de Kleitman, N. — *Sleep and Wakefulness*. University of Chicago Press, ed. 2, 1963). Reimão, 1985

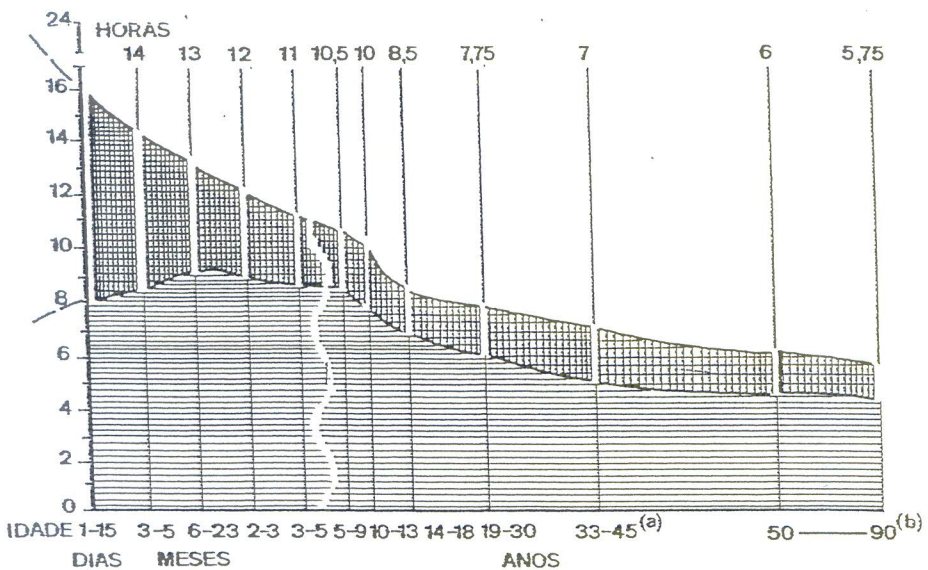


Fig. 3 - Variação do tempo de sono de ondas lentas (linhas horizontais), tempo de sono REM (linhas cruzadas) e sua soma dando o tempo total de sono de acordo com a idade. Existe diminuição do sono REM nos primeiros anos caindo de cerca de 8h ao nascimento até menos de 1h na idade avançada. O tempo de sono de ondas lentas permanece mais constante, caindo de 8 a 5h (modificado de Roffwarg & cols.). Reimão, 1985

ANEXO B - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DOS DISTÚRBIOS DO SONO*

Anexo I Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono

Distúrbios	Parassônias	Distúrbios do sono associados com distúrbio mental, neurológico ou outros distúrbios do sono
<p>A) Distúrbios intrínsecos do sono</p>	<p>A) Distúrbios de despertar parcial</p>	<p>A) Associado a distúrbio mental</p>
<p>1) Insônia psicofisiológica</p>	<p>1) Despertar confusional</p>	<p>1) Psicoses</p>
<p>2) Percepção inadequada do sono</p>	<p>2) Sonambulismo</p>	<p>2) Distúrbios do humor</p>
<p>3) Insônia idiopática</p>	<p>3) Terror noturno</p>	<p>3) Distúrbios de ansiedade</p>
<p>4) Narcolepsia</p>	<p>4) Distúrbio de transição sono-vigília</p>	<p>4) Distúrbio do pânico</p>
<p>5) Hipersônia recorrente</p>	<p>1) Distúrbio de movimento rítmico</p>	<p>5) Alcoolismo</p>
<p>6) Hipersônia idiopática</p>	<p>2) Abalos durante o sono</p>	<p>B) Associados a distúrbios neurológicos</p>
<p>7) Hipersônia pós-traumática</p>	<p>3) Sonolúquio</p>	<p>1) Doenças degenerativas cerebrais</p>
<p>8) Síndrome de apnéia do sono tipo obstrutivo</p>	<p>4) Cãibras noturnas nas pernas</p>	<p>2) Demência</p>
<p>9) Síndrome de apnéia do sono tipo central</p>	<p>C) Parassônias geralmente associadas ao sono REM</p>	<p>3) Parkinsonismo</p>
<p>10) Síndrome de hipoventilação alveolar</p>	<p>1) Pesadelo</p>	<p>4) Insônia familiar fatal</p>
<p>11) Distúrbio de movimento periódico dos membros</p>	<p>2) Paralisia do sono</p>	<p>5) Epilepsia relacionada ao sono</p>
<p>12) Síndrome das pernas inquietas</p>	<p>3) Ereção peniana associada ao sono dolorosa deficiente</p>	<p>6) Estado epilético elétrico do sono</p>
<p>13) Distúrbios intrínsecos do sono não-especificados</p>	<p>4) Ereção peniana associada ao sono dolorosa</p>	<p>7) Cefaléia associada ao sono</p>
<p>B) Distúrbios extrínsecos do sono</p>	<p>5) Parada cardíaca associada ao sono REM</p>	<p>C) Associada a outras doenças médicas</p>
<p>1) Higiene do sono inadequada</p>	<p>6) Distúrbio comportamental do sono REM</p>	<p>1) Doença do sono</p>
<p>2) Distúrbio ambiental do sono</p>	<p>7) Outras parassônias</p>	<p>2) Isquemia cardíaca noturna</p>
<p>3) Insônia de altitude</p>	<p>1) Bruxismo associado ao sono</p>	<p>3) Doença pulmonar obstrutiva crônica</p>
<p>4) Distúrbio de ajustamento do sono</p>	<p>2) Enurese associada ao sono</p>	<p>4) Asma relacionada ao sono</p>
<p>5) Síndrome de sono insuficiente</p>	<p>3) Síndrome de deglutição anormal associada ao sono</p>	<p>5) Refluxo gastroesofágico relacionado ao sono</p>
<p>6) Distúrbio de limitação do sono</p>	<p>4) Distonia paroxística noturna</p>	<p>6) Doença péptica-ulcerosa</p>
<p>7) Distúrbio de iniciar o sono</p>	<p>5) Síndrome de morte súbita inexplicada</p>	<p>7) Fibromialgia</p>
<p>8) Insônia por alergia alimentar</p>	<p>6) Ronco primário</p>	<p>Distúrbios do sono proposto</p>
<p>9) Síndrome de alimentar (beber) noturno</p>	<p>7) Apnéia do sono do lactante</p>	<p>1) Dormidor curto</p>
<p>10) Distúrbio do sono dependente de hipnótico</p>	<p>8) Síndrome de hipoventilação central congênita</p>	<p>2) Dormidor longo</p>
<p>11) Distúrbio do sono dependente de estimulantes</p>	<p>9) Síndrome de morte súbita infantil</p>	<p>3) Síndrome de subvigília</p>
<p>12) Distúrbio do sono dependente de álcool</p>	<p>10) Mioclonia benigna neonatal do sono</p>	<p>4) Mitoclonia fragmentar</p>
<p>13) Distúrbio do sono dependente de toxinas</p>	<p>11) Outras parassônias não-especificadas</p>	<p>5) Hiperhidroses do sono</p>
<p>14) Distúrbios extrínsecos do sono não-especificados</p>		<p>6) Distúrbio do sono associado ao ciclo menstrual</p>
<p>C) Distúrbios do sono associados ao ritmo circadiano</p>		<p>7) Distúrbio do sono associado à gestação</p>
<p>1) Síndrome de mudança de fuso horário (Jet Lag)</p>		<p>8) Alucinação hipnagógica</p>
<p>2) Distúrbio do sono associado ao trabalho em turnos</p>		<p>9) Taquipnéia neurogênica</p>
<p>3) Padrão irregular de sono-vigília</p>		<p>10) Laringoespasmos</p>
<p>4) Síndrome de atraso da fase de sono</p>		<p>11) Síndrome de engasgo durar</p>
<p>5) Síndrome de avanço da fase de sono</p>		
<p>6) Distúrbio sono-vigília não-24-horas</p>		
<p>7) Distúrbios do sono associados ao ritmo circadiano não-especificados</p>		

* Edição revista em 1997. Tradução e adaptação: Rubens Reimão

ANEXO C – ESCALA DE INTENSIDADE DOS SINTOMAS - NARCOLEPSIA

Levando-se em conta que os sintomas como a cataplexia e alucinação podem ser classificados como: 3 = freqüente; 2 = pouco freqüente; 1 = esporádico e 0 = ausente e que a intensidade da sonolência, medida pela Escala Epworth é o sintoma principal da doença, elaboramos a Escala de Intensidade dos Sintomas.

O outro sintoma que pode acompanhar a narcolepsia é a paralisia do sono, que não foi considerada por ser pouco freqüente na amostra e ao mesmo tempo não interferir nas atividades do cotidiano dos pacientes.

GRAVE: Epworth = severa

Cataplexia – 3 ou 2 (pelo menos 1 x 3)

Alucinação – 3 ou 2 (pelo menos 1 x 3)

SEVERA: Epworth = severa

Cataplexia – 2 ou 1 ou 0

Alucinação – 2 ou 1 ou 0

MODERADA: Epworth = moderada

Cataplexia – 2 ou 1 ou 0 (se algum 3, passa para severa)

Alucinação – 2 ou 1 ou 0 (o mesmo).

LEVE: Epworth = leve

Cataplexia – 2 ou 1 ou 0 (se algum 3, passa para moderada).

Alucinação – 2 ou 1 ou 0 (o mesmo).

ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA

ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
NOVO CRITÉRIO ABIPEME

DADOS DE CLASSIFICAÇÃO

Nº do Prontuário: _____

A. Quem é o Chefe de família aqui(lá) na sua casa?

() o próprio entrevistado

() outrem _____

B. Qual foi o grau de instrução mais alto que _____ (Chefe - de - família) obteve?

Qual o último ano de escola que _____ (Chefe - de - família) cursou?

Categorias	Pontos ABIPEME
“ Não estudou primário completo	00
Primário completo e ginásio incompleto	05
Ginásio completo e colegial incompleto	10
Colegial completo e universitário incompleto	15
Universitário completo	21

D. Quantos (CADA ITEM ABAIXO) existem em sua casa?

Itens	Nº de itens possuídos e nº de pontos atribuídos							Subtotal de pontos
	nenhum	1	2	3	4	5	≥ 6	
Carros	0	04	09	13	18	22	26	
TV a cores	0	04	07	14	14	18	22	
Banheiros	0	02	05	10	10	12	15	
Empregados mensalistas	0	05	11	21	21	26	32	
Rádios	0	02	03	06	06	08	09	
Total de Pontos								
Classe sócio-econômica de acordo com o nº total de pontos	A N ≥ 89	B 59 - 89	C 35 - 58	D 20 - 34	E N ≤ 19			

ABIPEME - Av. Bernardino de Campos, 294 - 7º andar, sala 71 - São Paulo -
Tel. 889.8678

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME DO PACIENTE :
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Narcolepsie – Aspectos psico-sociais
PESQUISADOR: Carmen S. A. Icântara Proença
CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/24480-2
UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto Central – Amb. Neurologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 03 ANOS

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

ustificativa e os objetivos da pesquisa.

ocedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.

esconfortos e riscos esperados.

enefícios que poderão ser obtidos.

ocedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. **viabilidade de indenização por eventuais danos a saúde decorrentes da pesquisa.**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O sr. (sra.) fará parte de um estudo que tem por finalidade entender melhor sua maneira de ser e os problemas relacionados a sua doença narcolepsia. O sr. (sra.) responderá algumas perguntas e me dirá o que está vendo em alguns quadros que eu vou lhe mostrar. Sua participação será importante para nós, para sabermos mais sobre a narcolepsia e como melhor ajudá-lo.

O sr. (sra.) poderá ter informações sobre este estudo sempre que quiser ou até mesmo desistir de participar dele sem qualquer problema para o sr. (sra.) e o seu tratamento.

Este estudo não oferece nenhum perigo para a sua saúde e tudo o que o sr. (sra.) disser durante as entrevistas será confidencial, ou seja, ninguém nunca saberá que foi o Sr. (sra.) que disse qualquer uma dessas coisas.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO COMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

esquisadora:

men Proença tel: 285 6538 (cons.)

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, 12 de Março 2001

assinatura do sujeito da pesquisa ou
responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

ANEXO F – FOLHA DE RESUMO DIAGNÓSTICO

FOLHA DE RESUMO DIAGNÓSTICO

Entrevistado:

Nome _____ no. _____

Idade _____ Sexo _____ Estado Civil _____ Ocupação _____

Dados relevantes por Setor

Afetivo-Relacional: _____

Produtividade: _____

Sócio-Cultural: _____

Orgânico: _____

GRUPO	ADEQUAÇÃO			ADAPTAÇÃO
	AR	PR	SOMA	
1	+++ 3	+++ 2	5	<input type="checkbox"/> Adaptação eficaz <input type="checkbox"/> Adaptação eficaz em crise
2	++ 2	+++ 2	4	<input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz leve <input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz leve em crise
	+++ 3	++ 1	4	
3	++ 2	++ 1	3	<input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz moderada <input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz moderada em crise
	+ 1	+++ 2	3	
	+++ 3	+ 0,5	3,5	
4	++ 2	+ 0,5	2,5	<input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz severa <input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz severa em crise
	+ 1	++ 1	2	
5	+ 1	+ 0,5	1,5	<input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz grave <input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz grave em crise

Entrevistador: Data:

ANEXO G - GALERIA DE LÁMINAS DEL TEST DE RELACIONES OBJETALES* (SEGÚN EL ORDEN DE MOSTRACIÓN)



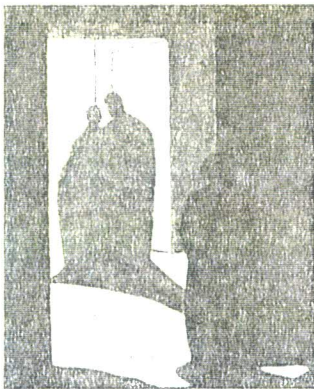
LAMINA 1 (A1)



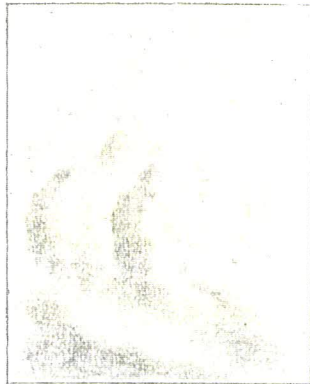
LAMINA 2 (A2)



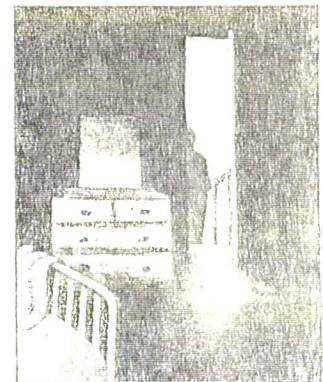
LAMINA 3 (C3)



LAMINA 4 (B3)



LAMINA 5 (A5)



LAMINA 6 (B1)



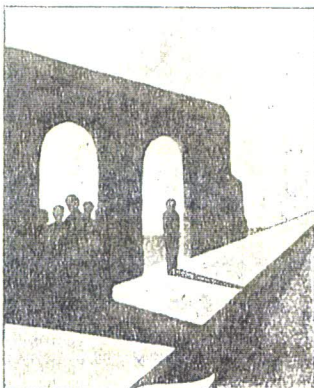
LAMINA 7 (C7)



LAMINA 8 (A3)



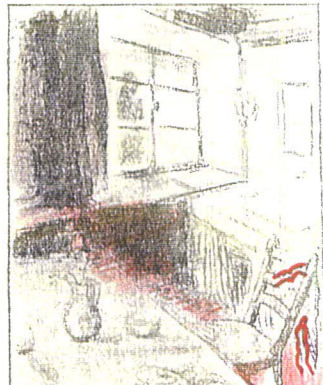
LAMINA 9 (B2)



LAMINA 10 (B6)



LAMINA 11 (C2)



LAMINA 12 (C1)

ANEXO H – PROTOCOLO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS

<p>INTERPRETAÇÃO TOTAL (continuação)</p>	<p style="text-align: center;">previsão /</p> <p>(Conduta prevista em situações do tipo: duas pessoas, três pessoas e grupo. Relações heterossexuais, sociais, mistas e trabalho).</p>
--	--

<p>TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS PROTOCOLO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO (segundo o sistema de Phillipson-Mod. Bernstein)</p>	<p>Examinada:.....</p> <p>Idade:.....Casalidade:.....</p> <p>Estado civil:.....</p> <p>Ocupação:.....</p> <p>Motivo do exame:.....</p> <p>Administrado por:.....</p> <p>Ficha nº termo:.....</p> <p>hora de início:.....</p> <p>duração:.....</p> <p>outra lâmina administrada:.....</p> <p>tempo</p> <p>Local do teste:.....</p> <p>conduta durante o teste:.....</p> <p>Atitudes frente a:</p> <p> examinador:.....</p> <p> lâminas:.....</p> <p> larva:.....</p> <p> produtos:.....</p> <p>Observações:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Interpretador por:.....</p> <p>Supervisor por:.....</p>
---	---

Sequência	ASPECTOS MANIFESTOS			SISTEMA TENSIVO	INCONSCIENTE	DOMINANTE	SISTEMA DE UNIDADES	INTERPRETAÇÕES
	conteúdo humano	conteúdo de realidade	contexto real					
1(A1)								(HISTÓRIA POR HISTÓRIA)
2(A2)								
3(C3)								
4(B3)								
5(A3)								
6(B1)								
7(C3)								
8(A3)								
9(B3)								
10(C3)								
11(C3)								
12(C1)								
13								

SEQUÊNCIA

ANEXO I – INSTRUMENTO: QUESTIONÁRIO DE SONO DO ADULTO (GIGLIO SBD 1988)

Data:

Nome:

Endereço:

Sexo 1M ()

2F ()

Idade.....anos

Instrução:

1.sem instrução ()

2.primeiro grau ()

3.segundo grau ()

4.nível superior ()

Estado civil:

1.solteiro

2.casado ou com companheiro ()

3.separado ()

4.viuvo ()

Origem étnica.....

Ocupação.....

1.Em que período o sr. trabalha ou estuda?

1.turno fixo 1.diurno ()

2.noturno ()

2.turno alternado

1.escala fixa ()

2.escala móvel ()

2. 1.Durante a semana, a que horas o sr. costuma ir

dormir.....horas

acordar.....horas

2.E, nos dias de folga, fins de semana e feriados

dormir.....horas

acordar.....horas

3. O sr. gostaria ou sente que precisaria mudar esse hábito, ou esse seu esquema de sono?

S ()

N ()

De que forma?

1.Aumentando as horas de sono ()

2.Diminuindo as horas de sono ()

3.Variando os seus horários ()

4.Outro.....

4. As condições do lugar em que o sr. dorme lhe satisfazem?

S ()

N ()

5. O sr. sente que tem algum problema de sono?

0.Nunca ()

1.Às vezes ()

2.Freqüentemente ()

3.Sempre ()

6. O sr. tem algum desses problemas?

1. Problema para adormecer
- | | |
|-------------------|-----|
| 0. Nunca | () |
| 1. Às vezes | () |
| 2. Frequentemente | () |
| 3. Sempre | () |
2. Acordar muito durante a noite (mais de três vezes)
- | | |
|-------------------|-----|
| 0. Nunca | () |
| 1. Às vezes | () |
| 2. Frequentemente | () |
| 3. Sempre | () |
3. Acordar antes da hora esperada e ser incapaz de adormecer
- | | |
|-------------------|-----|
| 0. Nunca | () |
| 1. Às vezes | () |
| 2. Frequentemente | () |
| 3. Sempre | () |
7. O sr. tem ataques de sono incontroláveis, chega a adormecer em momentos que o sr não poderia?
- | | |
|-------------------|-----|
| 0. Nunca | () |
| 1. Às vezes | () |
| 2. Frequentemente | () |
| 3. Sempre | () |
8. O sr. sente-se muito sonolento durante o dia de forma a prejudicar as suas atividades?
- | | |
|-------------------|-----|
| 0. Nunca | () |
| 1. Às vezes | () |
| 2. Frequentemente | () |
| 3. Sempre | () |
9. Devido a sua sonolência, já lhe aconteceu alguma dessas coisas?
- | | | |
|----------------------------|------|------|
| 1. acidentes de carro | N() | S() |
| 2. acidentes de trabalho | N() | S() |
| 3. perda de emprego/escola | N() | S() |
| 4. chamada a sua atenção | N() | S() |
10. O sr. sabe se durante o sono lhe ocorre alguma dessas coisas?
- | | | |
|--|------|------|
| 1. andar | N() | S() |
| 2. ranger de dentes | N() | S() |
| 3. engolir e sugocar | N() | S() |
| 4. crises epiléticas | N() | S() |
| 5. crises de asma | N() | S() |
| 6. acordar em pânico
chorando ou gemendo | N() | S() |
| 7. urinar pela manhã com
sangue | N() | S() |
| 8. taquicardia ou batadeira | N() | S() |
| 9. azia ou queimação no
estômago | N() | S() |
| 10. paralisia do adormecer
e/ou despertar | N() | S() |
| 11. dor de cabeça | N() | S() |
| 12. acordar ansioso após
pesadelos | N() | S() |
| 13. roncar | N() | S() |
| 14. câimbras | N() | S() |
11. O sr. já se consultou, ou procurou ajuda para o seu problema de sono?
- | | |
|------|------|
| N() | S() |
|------|------|

De que tipo de problema?.....

12. O sr. toma algum remédio para dormir?
 0. Nunca ()
 1. Às vezes ()
 2. Frequentemente ()
 3. Sempre ()
13. O sr. toma algum remédio para se manter acordado?
 0. Nunca ()
 1. Às vezes ()
 2. Frequentemente ()
 3. Sempre ()
14. O sr. teve algum problema de sono essa semana? N() S()
 Qual?.....
15. O sr. tem ou teve, nos últimos dois anos, úlcera ou hipertensão?
 1. úlcera N() S()
 2. hipertensão N() S()
16. O sr. dorme durante o dia? N() S()
17. Se o sr. dorme durante o dia, quantos dias dorme por semana?
 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()
18. Quando dorme durante o dia, quanto tempo geralmente dura este cochilo?
 1. 0-30min ()
 2. 30-60min ()
 3. mais de 60min ()
19. O sr. dorme durante o dia só nos fins de semana?
 N() S()
20. Quando o sr. dorme durante o dia: a que horas adormece?
 1. 10h ()
 2. 11h ()
 3. 12h ()
 4. 13h ()
 5. 14h ()
 6. 15h ()
 7. 16h ()
 8. 17h ()

ANEXO J – ESCALA DE SONOLÊNCIA EPWORTH

Escala de Sonolência Epworth

Nome:.....
 Idade:.....
 Peso:..... Altura.....
 Data:.....
 Sexo: M () F ()
 Cor:.....
 Horas de sono por noite:.....
 Dorme àsh a; acorda às.....h
 Álcool antes de dormir () sim () não
 Medicação:.....

Qual a probabilidade de você cochilar ou adormecer nas situações que são apresentadas a seguir, em contraste com estar sentido-se simplesmente cansado? Estes dados se referem ao seu modo de vida comum, hoje em dia. Ainda que você não tenha feito, ou passado, por nenhuma destas situações, tente calcular como poderiam tê-lo afetado. Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado cada situação:

0. Nenhuma chance de cochilar
1. Pequena chance de cochilar
2. Moderada chance de cochilar
3. Alta chance de cochilar

Situação	Chance de Cochilar
Sentado e lendo	_____
Vendo TV	_____
Sentado em lugar público (ex: sala de espera, igreja)	_____
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	_____
Deitando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem	_____
Sentado e conversando com alguém	_____
Sentado calmamente após almoço sem álcool	_____
Se você tiver carro, enquanto para por alguns minutos, em trânsito intenso (congestionado)	_____
Total	_____

9 REFERÊNCIAS*

* De acordo com as normas de Vancouver

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS.

- Aberastury A. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- Adda C, Lefèvre BH, Reimão R. Narcolepsy and depression. *Arq. Neuropsiquiatr.* 1997; 57:423-6.
- American Psychiatric Association. *DSM IV - Manual de diagnóstico de transtornos mentais*. 4a.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p.534-8.
- Baird W. A model of the origins of narcolepsy. *Sleep Dis.* 1995; 1:12-3.
- Barranger W, Del Campo E, Goldstein R, Merea E, Mom J, Resnicoff B, Ricón L, Romano E, Schutt B. *Contribuições ao conceito de objeto em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
- Bettelheim B. *A psicanálise dos contos de fadas*. 2a. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1979. p.271.
- Billiard M, Besset A, Montplaisir J. Modafinil: a double blind multicentric study. *Sleep*, 1984; 7:104-7.
- Billiard M. Narcolepsy. *Rev. Prat.* 1996; 46:2428-34.
- Bion WR. Sobre a alucinação. In: *Estudos psicanalíticos revisados (second thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago; 1988.
- Bion WR. *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Horme; 1972.
- Bleger J. *Simbiose e ambigüidade; estudo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
- Broughton R, Ghanem Q, Hishikawa Y. Life effects of narcolepsy: relationship to geographic origin (North American, Asian or European) and to other patient and illness variables. *Can. J. Neurol. Sci.* 1983; 10:100-04.

Broughton R, Ghanem Q. The impact of compound narcolepsy on the life of the patient. In: Guilleminault C, Dement WC, Passouant, editors. *Narcolepsy*. New York: Spectrum; 1976. p.201-20.

Broughton WA, Broughton RJ. Psychosocial impact of narcolepsy. *Sleep* 1994; 17:S45-S49.

Bulfinch T. *O livro de ouro da mitologia (a idade da fábula, história de deuses e heróis)*. 3a ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 1999.

Carroll L. *Aventuras de Alice*. 3a. ed. São Paulo: Summus; 1980.

Caruso MRF, Lefèvre BH, Reimão R. Narcolepsy psychology with group and individual therapy for patients and families. *Rev. Bras. Neurol.* 1996; 32:87-9.

Carvalho F. *A origem animal de deus e o baile do deus morto*. São Paulo: 1973. p. 84. (Exposição da vida e obra de Freud, Museu de Arte de São Paulo, 2001).

Coelho LMS. *Epilepsia e personalidade*. São Paulo: Ed. Ática; 1980.

Cohen F, Mudro R. Social distance from persons with narcolepsy and other conditions. In: Goswami M, Pollak CP, Cohen FL, Thorpy MJ, Kavey NB, Kutscher AH, editors. *Psychosocial aspects of narcolepsy*. USA: The Haworth Press; 1992.

Dauvilliers Y, Bazin M, Ondze B, Bera O, Besset A, Billiard M. Severity of narcolepsy among French of different ethnic origins (south of France and Martinique). *Sleep* 2002; 25:50-5.

De Lecea L, Kilduff TS, Peyron C. The hypocretins: hypothalamus-specific peptides with neuroexcitatory activity. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1998; 18:9996-10015.

Deitos F. Mito de Thekhis: narcolepsia. In: Reimão R. *Avanços em medicina do sono*. São Paulo: Zepellini ed.; 2001.

Dejours C. *Entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Dement W, Mignot E. Can narcolepsy be eradicated in this millenium? In: Goswami M, Pollak CP, Cohen FL, Thorpy MJ, Kavey NB, Kutscher AH, editors. *Psychosocial aspects of narcolepsy*. USA: The Haworth Press; 1992.

Douglas J. The psychosocial aspects of narcolepsy. *Neurology* 1998; 50:S27-S30.

- Fiorini HJ, Peyrú GM. Experiência, crescimento e desenvolvimento. In: Fiorini HJ, Peyrú GM. *Desenvolvimentos em psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves ed.; 1978.
- Freud S (1900). A interpretação dos sonhos. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- Freud S (1915-1917). Luto e melancolia. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- Freud S (1916-1917). Conferências introdutórias. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- Garma L, Marchand F. Non-pharmacological approaches to the treatments of narcolepsy. *Sleep* 1994; 17:S97-S102.
- Garotos de Programa (filme-vídeo). Produção e direção de Gus Van Sant. Los Angeles: New Line Cinema Corporation; 1991. 1 cassete VHS, 120 min. Color. Son.
- Grassano E. *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
- Giglio SBD. *Estrutura da ocorrência das queixas de insônia, de sonolência excessiva diurna e das relativas às parassônias na população adulta de São Paulo*. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1988.
- Goffman E. *Estigma, notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
- Goswami M. The influence of clinical symptoms on quality of life in patients with narcolepsy. *Neurology* 1998; 50:S31-S36.
- Goswami M. Preface. In: Goswami M, Pollak CP, Cohen FL, Thorpy MJ, Kavey NB, Kutscher AH, editors. *Psychosocial aspects of narcolepsy*. USA: The Haworth Press; 1992.
- Guilleminault SC, Anders TF. The pathophysiology of sleep disorders in pediatrics. Part II. Sleep disorders in children. *Adv. Pediatr.* 1976; 22:155-74.
- Hathaway S, McKinley J. *Inventário multifásico Minnesota de personalidade (MMPI)*. Rio de Janeiro: CEPA; 1962.

- Herculano-Houzel S. Genética não é destino. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 3 mar. 2002.
- Honda M, Honda Y, Uchida S. Monozygotic twins incompletely concordant for narcolepsy. *Biol. Psychiatry* 2001; 49:943-7.
- Honda Y, Doi Y, Ninomiya C. Increased frequency of non-insulin dependent diabetes mellitus among narcoleptic patients. *Sleep* 1986; 9:254-9.
- ICSD – International Classification of Sleep Disorders. *Revised: diagnostic and coding manual*. Rochester: American Sleep Disorders Association; 1997. p.38-43.
- Jancovic S, Susic V, Sokic D, Levic Z. Dr. John Baptiste Edouard Gellineau. *Srp. Arh. Celok. Lek.* 1996; 124:11-3.
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14:540-5.
- Johns MW. Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the Epworth sleepiness scale. *J. Sleep Res.* 2000; 9:5-11.
- Joseph B. *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica*. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
- Kales A, Soldatos CR, Bixler EO, Cadwell RJ and Kales JD. Narcolepsy - cataplexy II. Psychosocial consequences and associated psychopathology. *Arch. Neurol.* 1982; 39:169-71.
- Karacan I, Gokcebay N, Ozmen M, Williams R. Sexual dysfunction in men with narcolepsy. In: Goswami M, Pollak CP, Cohen FL, Thorpy MJ, Kavey NB, Kutscher AH, editors. *Psychosocial aspects of narcolepsy*. USA: The Haworth Press; 1992.
- Klein M. (1948). Sobre a saúde mental. In: Inveja e gratidão e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
- Knobel M. *Orientação familiar*. Campinas: Papirus; 1992.
- Kock L. *Teste de exame psicológico (o desenho da figura humana segundo Machover)*. São Paulo: Instituto de Psicologia – USP; 1982. [apostila]
- Kotagal S, Hartse KM, Walsh JK. Characteristics of narcolepsy in preteenaged children. *Pediatrics* 1990, 85:205-9.

- Kranhn LE, Moore WR, Altchler SI. Narcolepsy and obesity: remission of severe cataplexy with sibutramine. *Sleep Med.* 2001; 2:63-5.
- Kryger MH, Walid R, Manfreda J. Diagnoses received by narcolepsy patients in the year prior to diagnosis by a sleep specialist. *Sleep* 2002; 25:36-41.
- Lefèvre BH, Adda C, Silva LC, Reimão R. Narcolepsia na infância: aspectos neuropsicológicos e polissonográficos. In: Reimão R. *Sono, sonho e seus distúrbios*. São Paulo: Frôntis editorial; 1999. p.131-2.
- Lefèvre BH, Barreto M, Reimão R. Narcolepsia: avaliação neuropsicológica. *Neurobiologia (Recife)* 1990; 53:25-32.
- Lesak MA. *Neuropsychological assesment*. Oxford: University Press; 1976.
- Mcnamara P, Andersen J, Clark J, Zborowski M, Duffy CA. Impact of attachment styles on dream recall and dream content: a test of the attachment hypothesis of REM sleep. *J. Sleep Res.* 2001; 10:117-27.
- Menninger WW. An update on sleep disorders. *Bull. Menninger Clin.* 1989; 3:266-9.
- Merril MM. The real politik of narcolepsy and other disorders with impaired alertness. In: Goswami M, Pollak CP, Cohen FL, Thorpy MJ, Kavey NB, Kutscher AH, editors. *Psychosocial aspects of narcolepsy*. USA: The Haworth Press; 1992.
- Merrit S, Cohen F, Smith K. Depressive symptomalogy in narcolepsy. In: Goswami M, Pollak CP, Cohen FL, Thorpy MJ, Kavey NB, Kutscher AH, editors. *Psychosocial aspects of narcolepsy*. USA: The Haworth Press; 1992.
- Mignot E, Lin X, Arrigoni J et al. DQB1* 0602 and DQA1* 0102 (DQ1) are better markers than DR2 for narcolepsy in caucasian and black americans. *Sleep* 1994; 17:S60-S67.
- Mitler MM, Hajdukovic R. Relative efficacy of drugs for the treatment of sleepiness in narcolepsy. *Sleep* 1991; 14:218-20.
- Mitler MM, Poceta JS. *Sleep disorders – diagnosis and treatment*. Totowa NJ: Human Press; 1998. p.221-3.
- Montplasilir J, Poirier G. Narcolepsy in monozygotic twins. *Neurology* 1987; 33:1089.

- Murray, H. *Teste de apercepção temática (TAT)*. São Paulo: Ed. Mestre Jou; 1967.
- Nishino S, Ripley B, Overeem S, Lammers GJ, Mignot E. Hypocretin (Orexin) deficiency in human narcolepsy. *Lancet* 2000; 355:39-40.
- Ocampo MLS, Arzeno MEG, Grassano E. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes; 1981.
- Okun ML, Lin L, Pelin Z, Hong S, Mignot E. Clinical aspects of narcolepsy – cataplexy across ethnic groups. *Sleep* 2002; 25:27-35.
- Orellana C, Villemain M, Carlander B, Besset A, Billiard M. Life events in the year preceding the onset of narcolepsy. *Sleep* 1994; 17:S50-S53.
- Pegran CV, Hyde P. Sleep and its disorders: an overview. *Ala J. Med. Sci.* 1980; 17:147-55.
- Perissinotti DMN. *Estudo de condições psicológicas e de qualidade de vida de 50 doentes com cefaléia crônica decorrente de síndrome miofascial cervical*. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2001.
- Peyron C, Faraco J, Rogers W. A mutation in case of early onset narcolepsy and a generalized absence of hypocretin peptides in human narcoleptic brains. *Nature Med* 2000; 6:991-7.
- Phillipson H. *Test de relaciones objetales*. Buenos Aires: Paidós; 1981.
- Piana E. Narcolepsia. In: Reimão R. *Sono, sonho e seus distúrbios*. São Paulo: Ed, Frôntis; 1999.
- Proença C, Lefèvre B, Reimão R. Narcolepsia, comprometimento psicossocial. *Reun. Neurofisiol. Clin.* 1993; 8:46-9.
- Proença C, Reimão R. Narcolepsia: aspectos psicossociais. In: Reimão R. *Temas de medicina do sono*. São Paulo: Lemos; 2000.
- Proença C, Reimão, R, Lefèvre, B. *Aspectos emocionais da narcolepsia*. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE SONO, São Paulo, 1990.
- Reimão R, Diament A. *Sono na infância, principais distúrbios*. São Paulo: Sarvier; 1985.

- Reimão R, Proença C. Narcolepsia e acidentes automotivos. In: Reimão R. *Avanços em medicina do sono*. São Paulo: Zepellini ed.; 2001.
- Reimão R, Proença C. Narcolepsia: aspectos psicossociais. In: Reimão R. *Temas de medicina do sono*. São Paulo: Lemos ed.; 2000.
- Reimão R. A escolha do tratamento da narcolepsia. *Rev. Bras. Neurol.* 1998; 32:39-42.
- Reimão R. *Distúrbios do sono na prática clínica*. São Paulo: Roche; 1989.
- Reimão R. Narcolepsia: avanços no diagnóstico. *Reun. Neurofisiol. Clin.* (S. Paulo) 1993; 8:40-5.
- Reimão R. Escala de sonolência Epworth: método, aplicação e indicações. *Reun. Neurofisiol. Clin.* 1996; 8:1-13.
- Richards J. Narcoleptic states in psychoanalytic psychotherapy. *Br. J. Psychother.* 1995; 11:546-56.
- Rosa JT. *Atualizações clínicas com o teste de Phillipson*. São Paulo: Ed. Lemos; 1995.
- Rosa JT. Pensamento clínico no diagnóstico psicológico: relações objetais de dois pacientes depressivos. In: Simpósio – *A criança*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1988.
- Rossini SRG. O TRO como instrumento de estudo da percepção de famílias de excepcionais. In: Rosa JT. *Atualizações clínicas com o teste das relações objetais de Phillipson*. São Paulo: Lemos; 1995.
- Rossini SRG. Função alfa e distúrbios do sono: estudo de dois casos de insônia com o teste de Phillipson. *Bol. Psicologia* 1997; 59:71-82.
- Rossini SRG. *Estudo da relação entre insônia, equilíbrio adaptativo e função Alfa*. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2001.
- Rossini SRG, Reimão R, Lefèvre BH. Fibromialgia e insônia crônica: avaliação da eficácia adaptativa. In: Reimão R. *Sono, sonho e seus distúrbios*. São Paulo: Frôntis; 1999a. p.129.

- Rossini SRG, Reimão R, Lefèvre BH. Chronic insomnia in senior citizens: a psychological assessment. *Rev. Bras. Neurol. Psiquiatr.* 1999b; 3:49-52.
- Saks O. *Enxaqueca*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- Sampaio AEM, Lefèvre BH, Reimão R. Narcolepsia: atendimento psicológico em grupo. *Neurobiologia (Recife)* 1995; 58:119-24.
- Scheredl, M. Dream content in patients with narcolepsy: preliminary findings. *J. Assoc. Study Dreams* 1998; 8:103-7.
- Schumaker A, Merrit SL, Cohen LF. The effect of drug therapy on the perceived symptom and ADL experiences of narcoleptics. *J. Neurosc. Nurs.* 1997; :15-23.
- Silva JCVVV. *Variabilidade adaptativa num grupo de pacientes e suas evoluções em psicoterapia individual de orientação psicanalítica*. Dissertação (mestrado) - Instituto Metodista de Ensino Superior. São Bernardo do Campo, SP; 1989.
- Simon R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: Vetor Ed.; 1983.
- Simon R. Proposta de redefinição da EDAO – Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada. *Mudanças S. Paulo* 1998; 6:13-24.
- Simon R. Psicoterapia psicanalítica ou psicoterapia breve? In: 4º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica, São Paulo, USP, 7 out. 2000.
- Spalding TO. *Dicionário de mitologia greco-latina*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; 1965.
- Thorpy M. Current concepts in the etiology diagnosis and treatment of narcolepsy. *Sleep Med.* 2001; 2:5-17.
- Trinca W. *A arte interior do psicanalista*. São Paulo: EDUSP; 1988. p.30.
- Viana MGH. *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo 2*. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2000.
- Winnicott DW. *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica; 1972.
- Wise MS. Childhood narcolepsy. *Neurology* 1998; 50:S27-S30.

Yoshida EMP. EDAO-R: precisão e validade. *Mudanças – Psicoter. Estudos Psicanal.* 1999; 7:189-213.

Yoss RE, Daly DD. Criteria for the diagnostic of the narcoleptic syndrome. *Proc. Mayo Clin.* 1957; 32:320-8.