

O Teste das Relações Objetais de Phillipson (TRO) em pacientes com narcolepsia*

*Carmen Alcântara***

*Elsa Grassano****

*Sueli Rossini*****

*Rubens Reimão******

Resumo

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 podendo causar dificuldades no desempenho profissional, nos relacionamentos interpessoais, além de aumentar os riscos de acidentes. Acredita-se que seja causada por um interjogo de fatores genéticos e ambientais. O presente trabalho teve como objetivo caracterizar os aspectos psicodinâmicos mais freqüentes de um grupo de pacientes com diagnóstico de narcolepsia e ainda, verificar o grau de equilíbrio psíquico. A amostra constituiu-se de 19 pacientes portadores de narcolepsia, sendo 13 do gênero feminino e 6 do masculino, com idade média de 44 anos. A dinâmica do funcionamento mental foi avaliada através do Teste das Relações Objetais de Phillipson (TRO), segundo os pressupostos teóricos da psicanálise. A análise revelou funcionamento psíquico no qual ocorre tendência adaptativa do ego, porém com resultante negativa para dar liberdade em estabelecer relações satisfatórias. Desejos de vínculo e/ou contacto afetivo, controle dos impulsos sexuais e agressivos e fuga às frustrações, foram os sentimentos mais freqüentes. Os medos relativos às perdas e/ou separações, culpa persecutória e aniquilamento, mostraram-se decorrentes aos desejos. Os mecanismos de defesa mais utilizados foram os característicos da posição esquizoparanóide: idealização, paralisção, controle onipotente, a negação de conflitos. Revelou também dificuldades em relação aos vínculos interpessoais, com mecanismos de fuga e evitação principalmente nas situações grupais e de três pessoas.

Descritores: narcolepsia, teste projetivo, teste de Phillipson, Teste das Relações Objetais, distúrbios do sono.

Reactions to The Object Relations Technique in narcolepsy

Abstract

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 phenomenon such as cataplexy, sleep paralysis and hypnagogic hallucinations can also occurs. The condition affects on every aspect of life harming professional performance and personal relationships, besides increasing accident risks. It is believed to be caused by an interplay between genetic and environmental factors. This aim of this research was to describe the major psychodynamic aspects in a group of narcoleptics patients and verify the level of them psychic balance. The present study characterizes a sample of 19 patients suffering from narcolepsy, of which 13 female and 6 male patients, 44 years-old in average. Mind functioning dynamics

* Parte da Dissertação de Mestrado em Ciências aprovada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). (Proença, 2003).

** Psicóloga, Mestre em Ciências pela FMUSP, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina de Santo Amaro (UNISA), Membro do Grupo de Pesquisa Avançada em Medicina do Sono.

*** Licenciada em Psicologia pela Universidade de Buenos Aires, Analista Didata da Sociedade Argentina de Psicanálise (SAP), filiada a IPA.

**** Psicóloga, Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Avançada em Medicina do Sono da FMUSP.

***** Neurologista, Professor Livre-Docente da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP); Líder do Grupo de Pesquisa Avançada em Medicina do Sono do HC FMUSP.

was assessed by Phillipson's Object Relations Test (ORT) according to psychoanalytic theoretical basis. The study showed adaptive ego tendency however negative resultants to give freedom in satisfactory relationships. The most frequent feelings were: affective links desire, sexual and aggressive impulse control and frustration escape. The fear related to lost or separation, persecutory guilt and annihilation appeared consequent to desires. Defense mechanism of schizoparanoïd position was the most common: idealization, paralyzation, omnipotent control and denial conflicts. Also revealed difficulty in personal links, using escape and avoiding mechanisms mostly in group or triangle situations. *Index-terms*: narcolepsy, projective test, Phillipson's test, Object Relations Test, sleep disorders.

Le Test des Relations Objectales de Phillipson (TRO) chez des patients atteints de narcolepsie

Résumé

La narcolepsie est une maladie neurologique chronique caractérisée par une somnolence diurne excessive et des attaques de sommeil. Elle se produit dans la population en raison d'une pour mille personnes. Des phénomènes de sommeil REM (rapide mouvement des yeux), cataplexie, paralysie du sommeil et hallucinations hypnagogiques peuvent aussi se produire. Elle touche tous les aspects de la vie en pouvant causer des difficultés dans le développement professionnel, les relations interpersonnelles, et en outre augmenter les risques d'accidents. On pense qu'il serait causé par une interaction de facteurs génétiques et environnementaux. Le présent travail a eu comme objectif caractériser les aspects psycho-dynamiques plus fréquents dans un groupe de patients avec narcolepsie diagnostiquée et en outre vérifier le degré d'équilibre psychique. L'échantillon est constitué de 19 patients porteurs de narcolepsie, soit 13 du type féminin et 6 du masculin, d'âge moyen de 44 ans. La dynamique du fonctionnement mental a été évaluée au moyen du Test des Relations Objectales de Phillipson (TRO), selon les présuppositions théoriques de la psychanalyse. L'analyse a révélé un fonctionnement psychique dans lequel intervient une tendance adaptative de l'ego, néanmoins avec une résultante négative pour donner la liberté d'établir des relations satisfaisantes. Des désirs de lien et/ou de contact affectif, contrôle des impulsions sexuelles et agressives, et de fuite aux frustrations ont été le sentiment le plus fréquent. Les peurs relatives aux pertes et/ou les séparations, culpabilité persécutrice et annihilation, se sont montrées liées aux désirs. Les mécanismes de défense les plus utilisés ont été les caractéristiques de la position schizoparanoïde : idéalisation, interruption, contrôle omnipotent, la négation de conflits. Il a révélé aussi des difficultés concernant les liens interpersonnels, avec des mécanismes d'évasion et de prévention principalement dans les situations groupales et de trois personnes. *Mots clés*: narcolepsie ; test projectif ; Test de Phillipson ; Test de Relations Objectales ; troubles du sommeil.

La Prueba de las Relaciones Objectales de Phillipson (ORT) en pacientes con narcolepsia

Resumen

Narcolepsia es una enfermedad neurológica crónica caracterizada por somnolencia durante el día y ataques extremos del sueño. Ocurre en la población, una en cada mil personas. Es posible que puedan ocurrir fenómenos del sueño REM (movimiento rápido del ojo), cataplexia, parálisis del sueño y las alucinaciones hipnagógicas. Estas alteraciones pueden afectar la vida del paciente provocando dificultades en el relacionamiento profesional e interpersonal e inclusive aumentar los riesgos de accidentes, causada por la interacción de los factores genéticos y ambientales. El actual trabajo tuvo como objetivo caracterizar los aspectos psicodinámicos más frecuentes de un grupo de pacientes con diagnóstico de narcolepsia y verificar el grado de equilibrio psíquico. La muestra consistió en 19 pacientes con narcolepsia, siendo 13 del sexo femenino y 6 del sexo masculino, con edad promedio de 44 años. La dinámica del funcionamiento mental fue evaluada por la prueba de las relaciones objectales de Phillipson (ORT), según los presupuestos teóricos del psicoanálisis. El análisis demostró el funcionamiento psíquico en el cual es identificado una tendencia de adaptación del ego, no obstante con un resultado negativo para dar la libertad en establecer relaciones satisfactorias. Las sensaciones más frecuentes fueron: los deseos de vínculo o de contacto afectivo, control de los impulsos sexuales y agresivos y fuga de las frustraciones. Los miedos relacionados con la pérdida o separaciones, culpabilidad persecutoria y destrucción se revelaron producto de los deseos. Los mecanismos de defensa mas usados fueron la característica de la posición esquizo-paranoica: idealización, parálisis, control omnipotente y la negación de conflictos. También fue identificado dificultades con las relaciones interpersonales, con mecanismos de fuga y de evitar principalmente situaciones del grupo y de tres personas. *Descriptor*: narcolepsia, prueba proyectiva, prueba de las relaciones objectales de Phillipson, disturbios del sueño, prueba de Phillipson.

Introdução

Narcolepsia pode ser definida como 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, alucinações hipnagógicas e hipnopômpicas, e ainda, comportamentos automáticos.

Quando todos esses sintomas estão presentes tem-se a “Tétrade Narcoléptica” ou “Tétrade de Gelineau”, pesquisador que primeiro descreveu a doença como síndrome em 1880. Sua prevalência não é rara, sendo maior do que a da esclerose múltipla, 2 a 6/10000 (Billiard, 1996). Segundo Thorpy (2001), 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, Besset & Montplaisir, 1984).

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 foi identificada e relacionada com a narcolepsia (De Lecea, Kilduff & Peyron, 1998; Thorpy, 2001; Wurtman, 2006). 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, Ripley, Overeem, Lammers & Mignot, 2000).

Objetivos

A narcolepsia é uma doença que por sua sintomatologia pode repercutir de forma muito incapacitante na vida produtiva, psicoafetiva e social da pessoa. 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.

Assim, o objetivo principal deste estudo foi caracterizar os aspectos psicodinâmicos mais frequentes em uma amostra de narcolépticos, visando à compreensão do Sistema Tensional Inconsciente Dominante¹ (STID), descrevendo principais medos e desejos, bem como as defesas mais frequentemente utilizadas.

¹ Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID) 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 Melanie Klein (1948).

Rosa (1995) e Rosa e Silva (2005) mostram que, segundo o modelo das Relações Objetivas de Melanie Klein, as relações estabelecidas com os objetos formam constelações que caracterizam as posições, que podem ser esquizoparanóide ou depressiva, e ainda, segundo o modelo de Bleger (1988), viscocárica.

Casuística e métodos

Sujeitos

Foram avaliados 19 sujeitos de um total de 30 pacientes diagnosticados com narcolepsia até 2003, atendidos no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) tomou-se para avaliação 19 deles, que preencheram os critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, diagnóstico de narcolepsia e concordância em participar do estudo. Foram excluídos 11 pacientes sendo aqueles com idade abaixo de 18 anos (dois) e os demais (nove) seja por não mostrarem interesse ou possibilidade em participar, seja pela distância entre o local da pesquisa e sua residência (muitos residem no interior ou em outros estados).

Todos os sujeitos 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. No início de cada avaliação os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os principais dados demográficos da amostra encontram-se na Tabela 1.

Resultados e discussão

Será apresentada a análise quantitativa com os resultados globais e de cada série. Em seguida, será abordada a análise qualitativa dos casos.

Caracterização da população de estudo

Procedimento

Utilizou-se o Teste das Relações Objetivas (TRO) de Herbert Phillipson (1981) para a avaliação das condições psicodinâmicas. O delineamento da pesquisa foi clínico, sendo os dados analisados quantitativa e qualitativamente. A aplicação do teste, bem como sua avaliação, foi realizada pela primeira pesquisadora. Coube a outra psicóloga, com amplo conhecimento do instrumento, avaliar às cegas os protocolos dos pacientes, confrontando depois com as avaliações da primeira. A aplicação do instrumen-

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com as características sócio-demográficas

Características	n	%	Características	n	%
Sexo			Situação Econômica		
Feminino	13	68,4	Classe B	3	15,8
Masculino	6	31,6	Classe C	6	31,6
Situação Civil			Classe D	9	47,4
Casado/companheiro	7	36,8	Classe E	1	5,3
separado/divorciado	1	5,3	Situação Profissional		
solteiro	10	52,6	Aposentado por invalidez	2	10,5
viúvo	1	5,3	Aposentado por tempo	6	31,6
Escolaridade			Autônomo	1	5,3
1-4 anos	3	15,8	Desempregado	1	5,3
5-8 anos	3	15,8	Empregado qualificado	5	25,3
9-11anos	4	21,1	Prendas domésticas	4	21,1
3º grau incompleto	3	15,8			
3º grau completo	6	31,6			

to, bem como sua avaliação, seguiu o modelo proposto por seu autor (Phillipson,1981), no Manual de Instruções, iniciando-se pela entrevista clínica.

O TRO é um método projetivo que consiste em apresentar ao sujeito 13 lâminas com figuras ambíguas e solicitar histórias. 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). Utiliza como pressuposto básico as relações interpessoais como o núcleo das relações objetais no presente, explorando o conteúdo de realidade e o clima emocional que evocam (Rosa,1995; 2005; Rosa & Silva, 2005).

Para a análise foi adotado o modelo proposto por seu autor com as contribuições propostas por Rosa (1988; 1995; 2005). A utilização de uma escala ordinal para atribuição de pontos no STID, em substituição à graduação proposta por Phillipson (1981), permite maior visualização e correlação com outros instrumentos e grupos, sendo adotada em vários outros estudos (Silva,1989; Heleno,2000; Rosa,1995,2005; Rosa & Silva, 2005).

Análise Quantitativa

Para a análise, se tomou como base a teoria das relações objetais de Melanie Klein, com as descrições

clínicas das posições esquizoparanóide e depressiva, que foram relacionadas com as pontuações obtidas pela média das lâminas de cada sujeito.

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. Já aquelas 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.

A pontuação global variou entre 25 e 48 pontos, sendo a média da amostra de 34,5 pontos. Essa média dividida entre as 13 lâminas foi igual a 2,6, configurando tendência adaptativa do ego, com resultante negativa para dar liberdade em estabelecer relações satisfatórias com as pessoas (Rosa,1995,2005; Rosa & Silva, 2005).

Na análise quantitativa das lâminas de cada sujeito verificou-se que, dos 19 sujeitos, 10 (52,6%) receberam pontuação inferior à média de 2,5 por lâmina, considerados com equilíbrio egóico que não se mantém, sendo que 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 diagnosticados como tendência adaptativa do ego, mas com resultante negativa. Apenas um paciente (5,3%), recebeu pontuação

de 3,7 como média, sendo classificado com equilíbrio egóico que se mantém, as defesas são eficazes para lidar com ansiedades vinculadas às conseqüências temidas, podendo dar liberdade para relações positivas. Assim, este caso foi o único considerado como vivenciando a posição depressiva. Os demais se encontravam na posição esquizoparanóide. Ou seja, o funcionamento mental dos 94,7% dos pacientes revelou uso de defesas primitivas (projeções maciças, idealizações, controle onipotente e fuga da realidade psíquica). A única paciente com um funcionamento mental mais característico da posição depressiva e que apresentava defesas mais elaboradas, com um sentido de responsabilidade maior, dor e culpa diante de seus sentimentos e emoções, expressava também maior contacto com a realidade psíquica.

Do exame dos resultados, verifica-se a maior frequência dos desejos de vínculo e/ou contacto 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, Reimão & Lefèvre, 1990).

Análise Qualitativa

De uma maneira geral os pacientes têm uma boa percepção das lâminas, contudo falham em criar uma história com conteúdo emocional, imprimindo sentido aos vínculos. Os conflitos são pouco definidos e as soluções mais frequentes são negação, idealização ou soluções mágicas.

Observa-se sentimento de pânico em separar-se do objeto, sendo que sentimentos de abandono e solidão são frequentemente expressos. Demonstrem dificuldades no contato direto com o objeto, culminando em corte quando a relação ameaça estreitar-se.

As defesas mais utilizadas foram: a) cisão do mundo emocional, o aparato mental não consegue organizar-se sobre a base de 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 expressou através da banalização dos problemas e da espera de soluções mágicas; d) idealização, onde um ser superior ou um contexto sem conflitos e diferenças viriam dar conforto e segurança emocional sempre.

Na maioria das histórias relatadas, 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*² (Winnicott, 1972) ou da função de *reverie*³ materno (Bion, 1972).

Nesta amostra, prevaleceram sentimentos de desconfiança e desesperança, incerteza na disponibilidade generosa e amorosa dos objetos. Conseqüentemente, ocorre distanciamento do mundo externo, dos vínculos humanos íntimos, refugiando-se em fantasias de relações com um ser divino que as proteja (contém)— a Virgem, Deus. Buscam uma relação de fusão incondicional.

Há 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, como descrita por Bleger (1988). Para ele o núcleo enviscado constitui no adulto “a parte psicótica da personalidade, como remanescente da organização mais arcaica da personalidade, geneticamente anterior à posição esquizoparanóide” (p. 109), posição que denomina viscoárica. São pacientes, em sua maioria, com graves perturbações psíquicas que fazem uso de defesas primitivas frente aos medos e desejos inconscientes.

Lâminas de um, dois e três personagens e de grupo

A análise qualitativa das lâminas permitiu identificar maiores dificuldades nas relações objetivas associadas às projeções nas lâminas de grupo (A-G, B-G e C-G), de três pessoas (A-3, B-3 e C-3) e na lâmina 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 se encontram dificuldades.

Nas lâminas de uma pessoa, foram relatadas, muitas vezes, a impossibilidades de ficar só e entrar em contacto com o mundo mental. Como recurso a essa situação, foi mencionado, por vários sujeitos, na lâmina B-1 o desejo de entrar no quarto e dormir, como na história a seguir:

É um quarto, uma figura masculina. A pessoa chegou do trabalho, cansadona, está em um hall, está tentando relaxar, olhando para o nada.

² Holding pode ser entendido como a capacidade materna de sustentar emocionalmente as angústias e emoções do bebê e ainda de prover satisfação concreta para suas necessidades, possibilitando ao bebê relacionar-se com objetos externos, desenvolver sua capacidade criativa e integração psíquica. (Winnicott, 1971)

³ Reverie – Capacidade da mãe de identificar-se com seu bebê, podendo sonhar os conteúdos emocionais e então, nomeá-los, dando significado (Bion, 1962).

Título: A volta.

(Inquérito): Depois vai para o quarto.

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

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

É interessante contrapor a história desta lâmina e o sintoma da sonolência excessiva a uma citação de Flávio de Carvalho em “A origem animal de Deus e o bailado 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 ao final da vida. São manifestações de medo e desejo.

Para Sacks (1996), algumas doenças neurológicas, certos 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 o exigissem. Segundo esse mesmo 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 ser 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.

O mecanismo de “cair bruscamente em sono” pode ocorrer habitualmente em bebês durante a vivência de experiências ambientais traumáticas, tais como brigas violentas entre os pais, quando o bebê está em contato físico com sua mãe ou cuidador. Podem surgir também quando em situações de violência corporal (sacudi-los fortemente) ou auditiva (gritar com eles). É uma reação primária de defesa frente a situações de enfermidade, desamparo e pânico, que não permite ao bebê sequer a descarga do pranto para livrar-se da emoção violenta que o tem invadido. Neste sentido, esses pacientes têm conservado um tipo de defesa muito primitiva, uma expressão de “morte psíquica” pela impossibilidade total do aparelho psíquico em absorver situações tão penosas e de traumatismo vincular, que não podem ser metabolizadas psiquicamente. São experiências emocionais tóxicas em pessoas que não tem tido experiências de reverie, que os permitam, por identificação, conter e transformar em pensamentos as vivências emocionais.

Nas lâminas de duas pessoas são relatadas oscilações entre personagens que, num primeiro momento, buscam contacto e aproximação e a seguir se afastam por temor manifesto ou racionalização. “O desejo é estabelecer uma relação simbiótica com um objeto total, sem genitalidade que acalme a ansiedade e proteja corporalmente. O medo 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 apresentada por Grassano(1996).

Outra história da mesma paciente ilustra os principais conteúdos da Lâmina A2:

Duas figuras femininas, em um lugar gostoso, passeando, um parque. São amigas. Título: Recreação ou descanso. (Inquérito): Sem preocupação de horário.

(Inquérito): Depois voltar para casa.

Busca o contato com o outro, de forma muito próxima, mas, ao mesmo tempo, sem que os impulsos e a realidade se façam presentes.A principal defesa é a idealização (três pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

As lâminas de grupo foram as que propiciaram com maior freqüência as situações geradoras de angústia. Em quase todas aparecem sentimentos de exclusão, de espiar e ser espiado, denotando fantasias persecutórias e dificuldades relacionais em situações grupais.

Lâmina AG (5)

Na AG, que explora a capacidade do ego em elaborar perdas e o nível da 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, o que pode ser observado no relato a seguir.

É uma reunião, deve ser uma multidão, um enterro. Atrás parecem árvores de um cemitério antigo. Todo mundo cabisbaixo. Chatice de enterro. Título: A última homenagem.

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

Esta outra história também da lâmina AG, temos:

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 de 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.

A relação com “uma força divina”, o vínculo salvador que provém de um ser superior, vem para socorrer os objetos. Evidencia-se depressão vazia, a qual nega e evita entrar em contacto (dois pontos, equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade com relações muito negativas). Esta paciente não consegue dar um título às histórias, evidenciando dificuldades de unir e fazer sínteses.

Observa-se também a referência ao sentimento de desânimo e sua expressão sintomática (cabisbaixos, cabeça caída). Parecem relacionar a dor com o sono brusco e corporalmente ficam nessa posição “com a cabeça caída sobre o peito”, a cabeça cai ao mesmo tempo em que a mente fica impotente pela lembrança ou pela situação emocional intolerável. Apresentam a representação de seus corpos durante a crise de sonolência.

Lâmina BG (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. Nesta amostra os sujeitos não apresentaram controle adaptativo que favorecesse fantasias de cura, mostrando predominantemente angústias persecutórias.

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. Título: A escola.

(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...

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

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.

O sintoma que apresentam se faz visível para os outros e isto aumenta a dor que sofrem por sua enfermidade, o temor de ser objeto de crítica, riso e exclusão. A necessidade de estar acordado às exigências sociais e o sentir-se diferente socialmente, acrescenta novas dores: vergonha, temor de serem objeto de gozação, impotência e vivências paranóides que aumentam a tendência à exclusão, como meio de “esconder-se”.

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

Lâmina CG (7)

As histórias revelam a forma de reação do paciente frente à autoridade externa e interna. Grande parte dos sujeitos expressou paralisação frente às situações de autoridade e frente a impulsos agressivos.

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. Título: O desastre

(Inquérito): Esta pessoa morreu no desastre.

(Inquérito): Não chamar o resgate.

Não consegue tolerar a turbulência emocional, as paixões, recorrendo à 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*”. A avenida simbolizando a severa cisão da mente, o ego impotente pela turbulência mental, o desastre que ocorre em alguma parte de sua mente. Algo de enorme violência vincular ocorreu em seu mundo interno, uma parte de si está morta ou está em risco de morrer. Não pode fazer nada, ou como coloca Winnicott, “temor de que ocorra o que já aconteceu”: temor de que aconteça, no presente ou no futuro, o que já viveu precocemente, o estado de desamparo em um vínculo materno de muita privação, ou ainda, que seu *self* verdadeiro morreu, precisou deixar de ser, cindindo da emocionalidade, para poder sobreviver. “Fica só contemplando... querendo fazer algo sem poder” expressa o fracasso de mecanismos mentais adequados de enfrentamento. Expressa o estado de paralisção e, como mecanismo de defesa, a cisão (1 ponto, equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas).

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.

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

Lâminas de três pessoas

As histórias a estas lâminas mostraram dificuldades em elaborar situações de exclusão, demonstrando a imaturidade emocional frente a uma situação triangular.

Lâmina C3 (3)

Nesta lâmina são mobilizados sentimentos relacionados ao conflito edipiano, os impulsos agressivos oriundos e os conseqüentes medos a eles associados.

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 santa, Nossa Senhora. Deve ter tido uma reunião gostosa, conversaram coisas boas e ruins. Título: O encontro

(Inquérito: São amigos. No primeiro plano tem uma mulher e no segundo tem dois homens. Conversaram, conversaram e foram acender a luzinha e vão rezar e vão embora.

Há uma superficialidade, faz uso de estratégias de comunicação para socializar-se, mas sem se entregar tampouco criar laços. Utiliza-se da cisão como mecanismo de defesa e, dessa forma, mantém a experiência emocional separada da experiência relacional (três pontos, tendência adaptativa como resultante negativa).

Em outro exemplo temos:

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 abajur mais lá no fundo, ao seu lado. Tem uma luminária que ilumina a imagem... é vermelha.

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

Sente-se sozinho, expressando depressão através do cansaço e vazio mental, embora deseje 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 o 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).

Em ambos os casos, o “vermelho” da lâmina só pode ser tolerado na relação com uma figura religiosa (Nossa Senhora ou Jesus, Deus iluminado) A impulsividade temida é modulada com a ajuda de Deus, que conseguiria, quem sabe, transformar a paixão que poderia arrasar todos os vínculos, em emoção que permita receber ajuda em um momento de grande preocupação (crise).

Lâmina 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 mostra-se bastante acentuada. Evidencia-se a paralisação, um mundo emocional estático como forma de lidar com a situação de sentir-se excluído do par. Abaixo algumas ilustrações.

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. Título: A Família.

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

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

Em outro exemplo temos:

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 atraparlar os dois.

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

Lâmina A3 (8):

Os temas centrais são a separação, os momentos de mudanças na vida e como o ego resolve estas questões. A maioria das histórias expressa dificuldades em aceitar ambas as situações.

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 ficou dando boa viagem. Este espaço aqui dá impressão de separação, separação de pessoas queridas. Título: A viagem

(Inquérito): São todos irmãos. Não foi junto porque moram separados, não era oportuno.

É possível unir um par, contudo aparece o medo, a angústia e defensivamente esvazia a cena, “se vão”. Pode metaforizar o espaço vazio como símbolo de separação e o associa a experiências de separação de pessoas queridas, mas como não consegue atribuir sentimentos não pode elaborar estas experiências penosas. (Três pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

Outro exemplo:

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 atraparlar os dois.

Neste caso a separação de seres queridos produz vivências agorafóbicas intoleráveis, “ficar sem sustentação no vazio”. A situação de ambiente externo da lâmina é negada.

Sentimentos de rancor e impotência frente aos pais que invadem, dominam, paralisam e controlam; provocam a paralisação. Expressa a impossibilidade em usar o pensamento como instrumento de indagação e aproximação de sua vida mental (três pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

Lâmina em branco

Esta lâmina pôde 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, 1995,2005).

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

Os sujeitos puderam relatar histórias permeadas de satisfação de desejos e necessidades, com o mínimo de frustração. Descreveram lugares paradisíacos, principalmente ligados à natureza, onde 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. Como se pode observar na história a seguir:

Um jardim, muitas flores, ar puro, muito verde, lugar repousante que faz bem para a cabeça. Título: O Jardim.

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

A idealização é a defesa mais constante nas lâminas 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.

Estou sentada em uma cadeirinha gostosa, estou batendo papo com a psicóloga, inventando historinhas que depois ela vai me dar a interpretação das histórias. Título: No divã do analista.

(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.

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

Análise das séries

Do ponto de vista das séries de lâminas, a série C foi a que revelou maior comprometimento.

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

Pode-se perceber 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 estudo com pacientes epiléticos, no qual utilizou 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 inadequações afetivas ou expressam reações emocionais excessivamente objetivas, 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, possível de constatar nas respostas às lâminas 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.

Naqueles sujeitos que, além da sonolência excessiva, está presente também a cataplexia, a retração emocional muitas vezes é deliberada, em uma tentativa de controle das crises.

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 – oba! Vou descansar. Título: Volta ao lar.

(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.

Teme a depressão, reviver perdas e mortes. Nega a dor através do dormir e cria uma união ilusória com uma mãe idealizada que contenha e lhe dê paz. (3 pontos, tendência adaptativa com resultante negativa).

Coube ainda comparar os resultados com outros publicados na literatura, onde foram sujeitos pessoas com distúrbio do sono- insônia e outro grupo com doença crônica, no caso diabetes tipo 2. Para tanto foi tomado os resultados qualitativos apresentados por Rossini (2001) que estudou pacientes com insônia através de outro teste projetivo, Teste de Apercepção Temática (TAI). Já para o grupo com doença crônica, compararam-se os resultados de Heleno (2000) que estudou o universo psíquico de pacientes com diabetes tipo 2, de bom e de mau controle glicêmico.

Os sujeitos do grupo com insônia revelaram dificuldades em elaborar histórias nas lâminas em branco, ma-

nifestando recusa e relatos de eventos traumáticos (Rossini, 2001), diferentemente dos pacientes com narcolepsia que puderam facilmente “sonhar as histórias”, com conteúdos permeados de satisfação de desejos e com um mínimo de frustração. Evidenciou-se, contudo, no grupo de narcolepsia, a excessiva idealização.

Já no grupo de pacientes diabéticos, os que apresentavam mau controle glicêmico trouxeram histórias onde revelam identificação com os aspectos superegóticos cruéis e punitivos, próprios de personalidade depressiva (Heleno, 2000). Conforme descreveu Grassano (1996) quando a identificação projetiva é utilizada de forma maciça gera pobreza interna.

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.

Os pacientes com narcolepsia se diferenciam dos diabéticos de mau controle glicêmico e também dos com insônia, no que diz respeito às defesas mais frequentemente utilizadas, caracterizando um modo de funcionamento mental específico.

Conclusões

Os resultados revelam que nesta amostra de pacientes com narcolepsia houve predominância de aspectos psicóticos da personalidade, caracterizando um modo de funcionamento mental típico de uma fase primitiva do desenvolvimento psíquico. Este modo de funcionamento mental expressa predominantemente temores relativos a entrar em contato com a vida psíquica por meio de reviver ansiedades catastróficas primárias. Expressam desejos de um tipo de vínculo idealizado, “enviscado” e têm como defesas predominantes frentes a esses medos, a paralisação da vida mental, a cisão, negação e idealização.

Referências

- Bleger, J.(1988). *Simbiose e ambigüidade: estudo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Billiard, M., Besset, A.& Montplaisir, J. (1984). Modafinil: a double blind multicentric study. *Sleep*, 7,104-7.
- Billiard, M. Narcolepsy.(1996). *Rev. Prat.*, 46,2428-34.

- Bion, W.R.(1988). Uma teoria sobre o pensar In: *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago,101-109. (Trabalho original publicado em 1962).
- Carvalho, F.(1973). *A origem animal de deus e o bailado do Deus morto*. São Paulo, Difel.
- Coelho, L.M.S.(1980). *Epilepsia e personalidade*. São Paulo: Ed. Ática.
- De Lecea, L., Kilduff, T.S. & Peyron, C.(1998). The hypocretins: hypothalamus- specific peptides with neuroexcitatory activity. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 18,9996-10015.
- Fiorini, H.J. & Peyru, G.M.(1978). *Desenvolvimentos em Psicoterapias*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo:Casa do Psicólogo.
- Heleno, M.G.V. (2000). *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo 2*. Tese (Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- ICSD. International Classification of Sleep Disorders. (1997). *Revised: diagnostic and coding manual*. Rochester: American Sleep Disorders Association.
- Klein, M. (1960). Sobre a saúde mental. In Klein, M (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1948).
- Nishino, S., Ripley, B., Overeem, S., Lammers, G.J. & Mignot, E. (2000) Hypocretin (Orexin) deficiency in human narcolepsy. *Lancet*, 355,39-40.
- Phillipson, H. (1981). *Test de relaciones objetales*. Buenos Aires: Paidós.
- Proença, C., Reimão, R. & Lefèvre, B.(1990). Aspectos emocionais da narcolepsia. In: III Congresso Brasileiro de Sono, São Paulo.
- Proença, C.S.A.(2003). *Narcolepsia: muito além do sono; eficácia adaptativa do ego, equilíbrio psíquico e destinações inconscientes*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Rosa, J.T. (1988). Pensamento clínico no diagnóstico psicológico: relações objetais de dois pacientes depressivos. In: Simpósio – *A criança*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, J.T. (1995). O uso clínico do TRO de Phillipson. In: *Atualizações clínicas com o teste de Phillipson*. São Paulo, Lemos,9-26.
- Rosa, J.T.(2005). O uso clínico do Teste de Relações Objetais de Phillipson In: Rosa, J.T. & Silva, J.C.V.V.V. (org). *Atualizações Clínicas do Teste de Relações Objetais de Phillipson*.Edição revisada. São Paulo, Vetor,19-51.
- Rosa, J.T. & Silva, J.C.V.V.V.(2005). Fundamentos do Teste de Phillipson na prática clínica. In: Rosa, J.T. & Silva, J.C.V.V.V. (org). *Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson*. São Paulo, Vetor, 17-25.
- Rossini, S.R.G. (2001). *Estudo da relação entre insônia, equilíbrio adaptativo e função Alfa*. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Sacks, O. (1996). *Enxaqueca*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Silva, J.C.V.V.V. (1989). *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.
- Thorpy, M. (2001). Current concepts in the etiology diagnosis and treatment of narcolepsy. *Sleep Med.*, 2,5-17. Winnicott, D.N. (1975). O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago (Trabalho original publicado em 1971).
- Wurtman, R.J. (2006). Narcolepsy and the hypocretins. *Metabolism*, 55(10-Sup),536-539.

Recebido pela Comissão Editorial em 2/3/07 e aprovado para publicação em 26/7/07.