

O USO DO TESTE DE RORSCHACH NA AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE DE PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

THE USE OF RORSCHACH TEST IN PERSONALITY ASSESSMENT OF MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Edson Gomes da Silva¹, Paulo Francisco de Castro²

RESUMO: Objetivo: Identificar componentes de personalidade em pacientes com Esclerose Múltipla (EM), por meio dos dados do Método de Rorschach. **Materiais e Métodos:** Estudo de caso de dez pacientes, comparados com os dados de dez sujeitos não pacientes com idade equivalente. **Resultados:** Pacientes com EM mantiveram sua capacidade de produção adequada e revelaram dificuldade para adaptação a novas situações. No aspecto emocional, tendem a controlar suas descargas ou trocas, e dificilmente permitem-se relaxar quando estão envolvidos em alguma situação que interfira com suas emoções. Quanto à organização do pensamento, podem ter mais dificuldade de pensamento em determinadas situações, podendo ter relação com o processo degenerativo da patologia que pode inclusive causar a perda de memória curta que deve resultar na dificuldade de codificar e /ou recuperar informações da memória episódica. **Conclusões:** Em geral os pacientes apresentaram respostas muito diferentes do habitual, estudos mais amplos são necessários para que os dados expostos possam ser generalizados.

DESCRITORES: Teste de Rorschach; Esclerose Múltipla; Personalidade.

ABSTRACT: Objective: To identify personality traits in patients with Multiple Sclerosis (MS) through data from the Rorschach Method. **Materials and Methods:** Case study that sought to investigate the common personality traits and characteristics of ten patients compared with data of ten nonpatients with equivalent age. **Results:** MS patients maintained their production capacity appropriate but had difficulty adapting to new situations. As for the emotional aspect, they tend to control their discharges or exchanges, and hardly ever relax when they are involved in a situation that interferes with their emotions. When it comes to organizing their thoughts, it can be harder for them to think in certain situations. This may be related to the degenerative process of the disease, which can even cause short-term memory loss, which in turn may result in impaired codification and/or retrieval of episodic memory information. **Conclusions:** In general, patients showed responses too different from usual, more comprehensive studies are required so that the data collected can be generalized.

DESCRIPTORS: Rorschach Test. Multiple Sclerosis. Personality.

* Psicólogo graduado pela Universidade Guarulhos. E-mail: edgegomes@terra.com.br

** Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP). Professor do Curso de Psicologia da Universidade Guarulhos e do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté. E-mail: castro.pf@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O interesse para realização do presente trabalho surgiu ao verificar a necessidade de informações sobre os aspectos psicológicos observados em pacientes com Esclerose Múltipla, além da importância que estas informações poderiam ter ao se estabelecerem estratégias de tratamento para estes pacientes. Na busca de dados sobre esta patologia, principalmente no que se refere a seus aspectos psicológicos, percebeu-se que as fontes de estudos sobre o assunto eram escassas, principalmente no âmbito de métodos de avaliação psicológica.

São poucos os trabalhos que apresentam estudos sobre os aspectos psicológicos de pacientes com Esclerose Múltipla (EM) e mais raros ainda são os estudos realizados com avaliação a partir de testes psicológicos. Assim, a exploração desta abordagem pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de intervenção, no sentido de melhoria da qualidade de vida e apoio psicológico durante o tratamento, este é o principal motivo do presente estudo.

A esclerose múltipla é a mais conhecida das patologias desmielinizantes, com risco de uma para 400 pessoas ao longo da vida, os casos mais comuns ocorrem entre os jovens adultos. Ninguém sabe o número exato de pessoas com EM. Acredita-se que nas regiões equatoriais a patologia tem prevalência de <1 para 100.000, enquanto nos climas temperados do norte europeu e da América do Norte, este número aumenta para >100 em 100.000¹. No Brasil, as estatísticas mostram que 10 em cada 100 mil habitantes tem a patologia, sendo mais frequente em mulheres (cerca de 70% dos pacientes são do sexo feminino)¹. Globalmente, a esperança de vida é de pelo menos 25 anos a contar do início dos sintomas, sendo que, a maioria dos pacientes morre de causas não relacionadas².

Ao citar EM é importante saber das dificuldades encontradas pelos pacientes e familiares durante o processo de identificação e diagnóstico, muitos pacientes passam por diversos profissionais antes que consigam receber um diagnóstico adequado³.

Apesar dos diversos estudos no campo na neurologia, ainda não foi possível identificar claramente as causas da EM; sabe-se que se trata de uma patologia degenerativa do sistema nervoso central, de etiologia desconhecida e patogênese pouco compreendida. É uma doença crônica, com efeito sobre a expectativa de vida e com consequências de gravidade variável para cada pessoa. Durante o tratamento, o paciente pode passar por aumentos e remissões dos efeitos das cri-

ses, dependendo da intensidade do quadro⁴. Apesar dos recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento atualmente disponíveis, o tratamento possibilita uma modesta melhora sobre o curso da EM⁵.

Definição e Caracterização da Esclerose Múltipla

Conforme descrição na CID-10, Esclerose Múltipla é uma patologia SOE (sem outras especificações), que se apresenta de forma disseminada, generalizada, atingindo principalmente a Medula espinhal e Tronco Cerebral. Classificada como uma das Doenças do sistema nervoso sob o código G35⁶.

Esclerose múltipla é uma doença desmielinizante, inflamatória e autoimune do sistema nervoso, pode se apresentar de forma crônica e progressiva e afeta a bainha de mielina⁴. Quando há uma lesão na mielina, os nervos não conseguem conduzir os impulsos nervosos de modo adequado, podendo acarretar falhas neurológicas permanentes e, frequentemente, extensas como, por exemplo: acidente vascular encefálico, doenças autoimunes e distúrbios metabólicos. O processo de destruição da bainha de mielina no adulto é denominado desmielinização, em situações onde este processo é extenso, o nervo geralmente morre, acarretando em uma lesão irreversível. A desmielinização do sistema nervoso central ocorre em vários distúrbios de etiologia desconhecida⁷.

Pautando-se nas diferenças dos sintomas apresentados pelos pacientes é possível classificar a EM em quatro diferentes tipos, esta classificação pode auxiliar no tratamento e acompanhamento^{1,8}: EM recidivante com remissão, identificada por um curso de recidivas recorrentes discretas, entremeadas por períodos de remissão completa ou parcial; EM progressiva secundária, caracterizada pelo fato de depois de um período de recidiva e remissão, a doença entra em uma fase em que há deterioração progressiva, com ou sem recidivas sobrepostas identificáveis; EM progressiva primária, tipificada por déficit neurológico progressivo e cumulativo desde o início e EM benigna que está associada a sintomas iniciais menos graves, por exemplo, sensoriais.

Na EM recidivante com remissão, se o paciente atingir recuperação parcial ou total (remissão) após os surtos pode viver normalmente, sem sintomas, entre dois episódios⁹.

A evolução da EM progressiva secundária é uma fase que se segue à EM recidivante com remissão. Ocorre quando o grau de incapacidade persiste e/ou

agrava durante os surtos. Podem ocorrer mais surtos ou nunca sequer aparecerem. Cerca de 30-50% dos casos de EM recidivante com remissão desenvolvem o tipo secundário progressivo ao fim de dez anos⁹.

A forma primária progressiva da EM é mais rara. Neste caso, a incapacidade e os sintomas agravam-se continuamente desde o início, sem ataques e sem remissões intermédias da incapacidade⁹.

Evolução da EM benigna acontece se o doente viver sem limitações na sua rotina por um período maior do que 15 anos após o diagnóstico. Esta forma não se agrava com o tempo e só pode ser identificada com análise do histórico clínico do paciente⁸.

O prognóstico é relativamente bom quando sintomas sensoriais ou visuais prevalecem no curso da EM em adultos, este padrão é ainda mais comum em mulheres jovens. Quanto há envolvimento motor, que perturbe especialmente a coordenação ou o equilíbrio, o prognóstico é menos positivo. A perspectiva também é reduzida em homens mais velhos que desenvolvem a patologia. Recaídas frequentes e prolongadas durante um período em que ainda não houve a recuperação completa, com um curto intervalo de tempo entre o primeiro episódio e a primeira recaída identificam diagnósticos desfavoráveis, mas o principal determinante da deficiência é o início de uma fase progressiva⁴.

Possíveis causas estudadas

No século XIX o francês Jean-Martin Charcot foi, sem dúvida, um dos mais importantes personagens na história da Esclerose Múltipla. Com seus achados representou uma enorme abertura para a compreensão clínica da doença, estabelecendo ligações definitivas entre sua misteriosa sintomatologia à época, a partir de alterações patológicas observadas nas amostras *post-mortem*. Charcot em sua primeira avaliação histológica completa das lesões da Esclerose Múltipla descreveu muitos aspectos importantes, como por exemplo, a perda da mielina e a proliferação das fibras e núcleos da glia. O desenvolvimento dos critérios de diagnóstico, os quais incluem a hoje famosa tríade de Charcot, diplopia (visão dupla), ataxia (distúrbios do equilíbrio ou da coordenação) e disartria (dificuldades de fala ou fala pastosa), foram pautados nos estudos que o mesmo desenvolveu a partir do estudo de sua própria governanta¹⁰.

Atualmente ainda não foi determinada uma etiologia para EM, embora muitos teóricos convertam seus estudos para confirmar a causa como de origem autoimune. É importante entender as possíveis causas da EM para que

posteriormente entendam-se suas características⁷. Uma das causas estudadas são as infecções virais do sistema nervoso central, que são causadas por uma grande variedade de vírus, afetando principalmente o cérebro e a medula espinhal, além das meninges. Outra possibilidade seria a anormalidade genética de um ou mais genes, as características herdadas são codificadas pelos genes, no caso de doenças hereditárias podem ser o resultado do desenvolvimento anormal de um deles¹¹.

A possibilidade mais estudada atualmente refere-se à autoimunidade, compreendida como uma resposta imune produzida contra autoantígenos, ou seja, há uma perda do sistema imunológico da capacidade de diferenciar entre antígenos próprios e não próprios o que permite uma regulação do sistema imunológico pelo organismo¹². Quando os mecanismos reguladores não têm seu funcionamento adequado, a produção exagerada de autoanticorpos, ou o surgimento de reconhecimento anormal entre as células provocam a doença¹¹.

OBJETIVO

Descrever aspectos de personalidade observados em pacientes com Esclerose Múltipla, por meio dos dados do Teste de Rorschach, segundo o sistema compreensivo de classificação.

Método

Trata-se de um estudo descritivo realizado com um grupo de vinte participantes, sendo dez pacientes diagnosticados com EM de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS⁶, cadastrados pela Associação Brasileira de Esclerose Múltipla e de clínicas de neurologia e neurocirurgia da cidade de São Paulo, sendo em sua maioria do sexo feminino (N=7), com idade entre 31 e 46 anos, nível sociocultural e escolaridade variados. O grupo de não pacientes foi constituído por equivalência de sexo, idade e nível de escolaridade, sem queixas psicológicas ou neurológicas, convidados por conveniência.

Para a coleta de dados, utilizou-se o Teste de Rorschach que consiste na interpretação de formas fortuitas, que são figuras formadas ao acaso. As figuras são preparadas de forma simétrica e o que surge é um borrão de tinta enquadrado no espaço da prancha. Considerando os efeitos que os borrões causavam nas respostas dos pacientes, dez das pranchas foram separadas, organizando-as de forma que fosse possível manter uma ordem progressiva de acordo com os resultados empíricos obtidos¹³. Constitui-se como um dos principais instrumentos para avaliação psicológica, desde sua criação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Guarulhos – SISNEP/469, Parecer nº 179/2009, segundo a resolução 196. Após o consentimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes (TCLE), o Teste de Rorschach foi aplicado, de acordo com as especificações técnicas do sistema compreensivo¹⁴.

RESULTADOS

Após aplicação dos testes, as respostas foram codificadas e cotadas, de acordo com as especificações técnicas do referido instrumento¹⁴, os dados foram classificados de acordo com os valores apresentados pela amostra normativa brasileira para classificação de cada uma das variáveis que compõem a interpretação¹⁵⁻¹⁶, na sequência os resultados dos pacientes e não pacientes foram comparados, destacando-se os índices onde foi possível observar diferença entre os dados.

Tabela 1. Índices observados nos resultados do Teste de Rorschach

ÍNDICES	Pacientes			Não Pacientes		
	Elev	Med	Reb	Elev	Med	Reb
Número de Respostas	3	7	0	0	10	0
Tolerância ao Estresse	4	5	1	1	9	0
Tolerância ao Estresse Ajustado	4	5	1	1	8	1
Respostas de espaço em branco	2	7	1	3	3	4
Movimento Humano mal elaborado	3	7	0	0	10	0
Índice de comprometimento da mediação	5	5	0	10	0	0
Incidência de respostas mal vistas	0	9	1	0	3	7
Respostas Populares	3	4	3	0	6	4
Índice de elaboração de respostas	5	4	1	10	0	0
Incidência de respostas comuns	2	4	4	0	3	7
Frequência de respostas elaboradas	3	7	0	0	6	4
Índice de Egocentrismo	1	7	2	2	3	5

Legenda – Elev – Valores considerados elevados de acordo com as normas brasileiras.

Med – Valores considerados médios (compatíveis) com as normas brasileiras.

Reb – Valores considerados elevados de acordo com as normas brasileiras.

Em relação ao número de respostas emitido (R), observa-se que três pacientes indicaram R elevado e sete emitiram respostas de acordo com a média esperada. Todos participantes não pacientes apresentam número médio de respostas. Assim, verifica-se que os pacientes que possuem EM possuem maior incidência de R elevado, revelando que sua capacidade de produtividade se mantém de acordo com o esperado, com um bom potencial intelectual no desenvolvimento de suas tarefas.

Na análise do índice de tolerância ao estresse, identificado pela Nota D, é possível identificar que quatro pacientes indicaram Nota D elevada, cinco apresentaram valores na média e apenas um apresentou Nota D rebaixada. No grupo de não pacientes apenas um apresentou Nota D elevada enquanto nove sujeitos possuem Nota D em valores médios. Observa-se, com esses dados, que os indivíduos com EM geralmente conseguem ter melhor funcionamento em situações rotineiras, sendo que em geral possuem menos recursos para enfrentar novas situações.

Analisando-se os valores do índice de tolerância ao estresse ajustado, avaliado pela Nota D Ajustada pode-se observar que apenas um paciente está com Nota D Ajustada rebaixada, cinco pacientes estão com valores médios e quatro estão com o nível de respostas elevado. Em observação dos dados do grupo de não pacientes pode-se identificar que oito pacientes estão dentro da média de respostas, um está com nível elevado e um está com nível rebaixado de Nota D Ajustada.

Identifica-se que dois pacientes possuem número de respostas com elaboração do espaço em branco - S elevado, sete dentro da média e um está com número de S rebaixado. No grupo de não pacientes o número de S elevado é maior do que o primeiro grupo com três pessoas, outros três indicam respostas dentro da média e quatro sujeitos não pacientes possuem número de respostas S rebaixado.

A análise destes dados mostra que o grupo de pacientes faz um esforço maior para conseguir se autoafirmar, podendo gerar tendências de oposição puramente emocionais ou encontrar expressão intelectual para sua adaptação.

Observa-se que três pacientes apresentam respostas de movimento humano mal vistas - M- em valor elevado e sete apresentam respostas dentro da média, o grupo de não pacientes apresentou em sua totalidade respostas dentro da média de M-.

No que se refere ao comprometimento da media-

ção cognitiva pode-se perceber que cinco pacientes apresentam o índice de comprometimento da mediação - WDA% elevado e cinco possuem esse índice dentro da média, diferindo do grupo de não pacientes onde todos indicam WDA% elevado. Desta forma, é possível identificar que o grupo de não pacientes tem mais facilidade de mediação e uso apropriado para diferentes situações do que o grupo de não pacientes que pode ter mais dificuldade para aplicação adequada da mediação.

No que se refere à incidência de respostas mal vistas - X-%, nove pacientes encontram-se na média para a população brasileira e um está com resultados rebaixados, sendo que dos não pacientes três estão com valores de acordo com a média global e sete obtiveram resultados abaixo da média. A avaliação do resultado de X-% representa a proporção de respostas muito afastadas do habitual, estão incluídas nesta análise as percepções mais individuais e/ou pouco comuns, mas que de certa forma se ajustam ao estímulo, o indivíduo adapta-se aos diferentes estímulos, mesmo que de uma forma distorcida.

Quanto aos resultados referentes à emissão de respostas populares - P tem-se que o grupo de pacientes possui três indivíduos com número de respostas P elevado, quatro dentro da média e três com resultado rebaixado, no grupo de não pacientes seis indivíduos possuem número das respostas dentro da média e quatro estão abaixo do esperado, não havendo neste grupo nenhum indivíduo com número de respostas elevado. Índices semelhantes foram observados em pesquisa anterior¹⁹.

Respostas P são as respostas mais recorrentes às manchas de Rorschach quanto à localização e ao conteúdo em uma prancha, tendo uma recorrência bastante grande entre os indivíduos. Na aplicação nos pacientes com EM percebe-se uma elevação nestes indicadores, três respondentes apresentam níveis elevados de respostas populares, o que significa um alto índice de convencionalidade, indicando que estes indivíduos podem caracterizar submissão excessiva às normas sociais e que sofrem muito se não o fizerem, apresentando um superego muito rígido.

Observando-se o índice de elaboração de respostas - X+%, é possível identificar diferenças entre as respostas de pacientes e não pacientes, cinco pacientes apresentaram resultados elevados, quatro dentro da média e um apresentou resultados X+% rebaixados, sendo que todo o grupo de não pacientes apresentou dos resultados em nível elevado de X+%. Esses dados

revelam que tanto pacientes quanto o grupo de não pacientes tem grande preocupação em respostas de exatidão, que significa que estas pessoas têm grande necessidade de estarem conectadas à realidade.

A análise da diferença de resultados de incidência de respostas comuns - Xu% apresentadas revela que dois pacientes tem resultados acima da média, quatro estão compatíveis com média global e quatro indicam resultados abaixo desta média, enquanto o grupo de não pacientes não apresentou em sua amostra resultados acima da média, três com resultados na média esperada e sete abaixo desta média. A análise de Xu% revela sobre os traços de individualidade e distorções perceptivas, é possível identificar que tanto os pacientes quanto não pacientes apresentam características de percepção menos comuns para os estímulos das manchas de Rorschach.

É possível observar diferença entre os resultados da análise do índice que apresenta a frequência de respostas com articulação entre seus conteúdos - Zf, onde três pacientes apresentam resultados acima da média esperada e sete na média, enquanto que seis sujeitos não pacientes possuem resultados na média esperada e quatro revelam resultados abaixo da média.

No grupo, três pacientes apresentam índice Zf elevado o que demonstra que sua capacidade de motivação está acima da média esperada, trata-se de um grupo de pessoas que tenta se organizar para uma situação previamente inexistente, o que significa um nível de autoexigência excessivo, podendo ter sua atividade organizadora exageradamente aumentada por medo de errar.

Verifica-se algumas diferenças entre os resultados obtidos na comparação do Índice de Egocentrismo ($3r+(2)/R$) dos grupos participantes, sendo que um paciente apresenta resultados elevados, sete valores na média esperada e dois abaixo dos resultados medianos, enquanto que dois sujeitos não pacientes apresentam resultados elevados, três na média e cinco com resultados rebaixados. Esta análise indica sobre a capacidade do indivíduo centrar-se em si, índices elevados poderiam indicar que o indivíduo tem muita preocupação consigo mesmo. Em geral os pacientes com EM apresentam boa capacidade de administrar a transição de percepção de si e do meio a sua volta.

Tabela 2. Comparação entre as respostas cromáticas

FC:CF+C	Pacientes N	Não Pacientes N
Predomínio FC	6	7
FC = CF+C	3	0
Predomínio CF+C	1	3
Total	10	10

Legenda: FC – respostas de cor-forma
 CF – respostas de cor-forma
 C - respostas de cor sem forma

Pode-se observar na Tabela 2, que expõe dados de comparação entre as respostas com cor cromática - FC:CF+C que seis indivíduos com EM possuem predomínio de respostas FC, três apresentam equivalência entre as respostas e que dez apresentam predomínio de respostas CF+C. No grupo de não pacientes há sete sujeitos com respostas em predomínio de FC e três com predomínio das respostas CF+C. Índices semelhantes foram observados em outra investigação sobre o tema¹⁹.

O indivíduo com predomínio de FC tende a controlar suas descargas ou trocas afetivas e dificilmente permite-se relaxar quando está envolvido em alguma situação que interfira com suas emoções porque teme ou desconfia de qualquer expressão aberta de afeto nesta situação, é possível identificar que os pacientes apresentam maior equilíbrio entre suas trocas emocionais, não havendo um controle rígido sobre as emoções.

Tabela 3. Comparação entre as categorias de localização

W:D:Dd	Pacientes N	Não Pacientes N
Predomínio W	5	2
Predomínio D	3	4
Predomínio Dd	2	2
W=D	0	1
D=Dd	0	1
W=Dd	0	0
Total	10	10

Legenda: W – Respostas com localização global
 D - Respostas com localização em detalhe comum
 Dd - Respostas com localização em detalhe incomum

A Tabela 3 apresenta a comparação das categorias de localização de respostas W:D:Dd emitidas pelos dois grupos, pode-se observar algumas diferenças nos resultados, onde cinco pacientes apresentam respostas com predomínio de W, três com predomínio de D e dois com predomínio de respostas Dd. Para o grupo de não

pacientes, dois indicam predomínio de W, quatro predomínio de respostas D, dois predomínio de respostas Dd, um apresenta equivalência de respostas W:D e um sujeito apresenta equivalência para respostas D:Dd.

O grupo de pacientes participantes apresenta maior número de respostas W que demonstra a tentativa de abranger toda a figura, são respostas mais difíceis e exigem maior investimento de energia.

DISCUSSÃO

Na perspectiva do desenvolvimento, a EM é uma fonte adicional e que causa importantes restrições nas realizações dos potenciais, mas mesmo assim não indica uma alteração irremediável no desenvolvimento, já que estes indivíduos conseguem adaptar-se a novas possibilidades de desenvolvimento e de produtividade em função da patologia¹⁷⁻¹⁸.

Em pesquisa semelhante, os valores da Nota D em pacientes também se encontravam na média esperada¹⁹. O aumento do estresse em pacientes com esclerose múltipla ainda não é totalmente compreendido, embora seja observado em paciente com o quadro, podendo gerar dificuldades em enfrentar situações que fujam à rotina. Quando tensos, os pacientes com EM tendem a vivenciar mais estresse²⁰.

Pode-se com estes dados, confirmar a dificuldade de adaptação a novas situações vividas pelos pacientes com EM. A adaptação do indivíduo à esclerose múltipla, mesmo dentro de certos limites e considerando as circunstâncias vividas, ainda pode ser adequada, mantendo o bem-estar e qualidade de vida, continuando a se desenvolver pessoalmente, entretanto o indivíduo passa por diversas adaptações que são necessárias para seu novo estilo de vida. Em alguns casos, a capacidade de adaptação e conseqüentemente os níveis de bem-estar podem até mesmo aumentar com o passar dos anos, mesmo com o acúmulo progressivo de incapacidades²¹⁻²²⁻²³.

Os estímulos para pacientes com EM podem ser percebidos de forma muito mais intensa, causando alterações na forma de expressão, que podem não ser controladas, sendo contrárias ao estado de humor do paciente. Apesar destes sintomas serem conhecidos, os mecanismos específicos envolvidos ainda não são totalmente compreendidos²⁴.

Os pacientes podem ter mais dificuldade de pensamento em determinadas situações vividas, podendo ter relação com o processo degenerativo da patologia que pode inclusive causar a perda de memória curta que

deve resultar na dificuldade de codificar e/ou recuperar informações da memória episódica²⁵.

Em trabalho sobre a importância da interação dos indivíduos com EM com equipes multidisciplinares, este processo em diversos grupos terapêuticos tem gerado resultados satisfatórios na habilidade de readaptação dos indivíduos, que tem em geral boa capacidade de mediação idêntica aos demais²⁶.

As alterações cognitivas tem sido objeto de muitas pesquisas na tentativa de identificar as principais alterações ou prejuízos causados pela EM, mas ainda não há um consenso sobre os resultados, o que se sabe é que os pacientes têm alterações independentes do tipo de EM ou estágio que a patologia esteja, o que se percebe é que quanto mais severo o estágio, maior o nível de comprometimento da cognição do indivíduo, o que pode causar um distanciamento da forma comum de percepção de estímulos²⁵⁻²⁷.

A qualidade de vida dos indivíduos EM tem tido uma melhora nos últimos anos, isso pode ser consequência da quantidade de estudos realizados para tratamento da patologia. Embora ainda não se tenha nenhum resultado de cura, existem diversos estudos mostrando que pacientes que estão mais conectados à realidade e que conhecem bem sua patologia, participam ativamente de organizações e grupos terapêuticos e conseguem ter uma melhor estimativa da qualidade de vida. Paralelo a isso, trata-se de uma patologia, que instiga os pacientes por um desejo de encontrar um tratamento que resolva seus problemas, desta forma podem se apresentar mais ligados à realidade do que a maioria dos indivíduos com outras patologias²¹⁻²²⁻²³.

Pacientes com EM indiferente do grupo de idade, mostram diferença no reconhecimento normal de estímulos, tendo uma percepção diferente da maioria das pessoas, este sintoma pode ser apresentado pelos pacientes pela dificuldade para armazenamento de memória de curto prazo, estes indivíduos tem a tendência de utilizar funções alternativas de sua capacidade cognitiva para compensar as áreas lesionadas²⁸.

Observa-se diferença de comportamento apresentado entre os pacientes de EM, esta diferença de motivação está relacionada à evolução da patologia e às patologias associadas, pacientes que apresentaram quadro de depressão acentuado apresentaram conseqüentemente menor nível de realização de atividades, o que pode revelar que o diagnóstico de EM sem outras patologias associadas, não indicaria diminuição significativa do nível de atividade destes indivíduos¹⁷⁻²⁹.

O comportamento do paciente ao receber o diagnóstico pode ocorrer de diversas formas, mas neste momento é de extrema importância que ele tenha alguém para compartilhar e em geral são familiares, já que em média 48% destes pacientes são solteiros ou divorciados, o trabalho terapêutico para estes familiares ou cuidadores torna-se essencial para que eles e o paciente saibam trabalhar o processo de adaptação à patologia, medicamentos e tratamento, pacientes que tem participado de grupos de reabilitação têm conseguido muitos resultados positivos, principalmente no aspecto psicológico e entendimento da situação¹⁸⁻²⁶.

Em revisão sobre o transtorno da expressão emocional involuntária, referem-se à EM como uma patologia que pode ter labilidade afetiva associada, o que causa alterações de humor nos pacientes. Entretanto, para pacientes que não tem esta patologia secundária, o controle de emoções é tido como dentro da normalidade, revelando capacidade na articulação dos aspectos afetivos e emocionais¹⁸⁻²⁴⁻²⁶.

A necessidade de autoafirmação e autoexigência presentes nestes indivíduos na busca de superação, comum na maioria dos pacientes com EM, que tem a necessidade de adaptação à cada nova crise, que altera significativamente seu estilo de vida²¹⁻²²⁻²³.

CONCLUSÕES

Em síntese, os traços de personalidade evidenciados pelo Método de Rorschach verificados no grupo de pacientes com EM revelam tentativas de aceitação da patologia e necessidade de readaptação para atividades que conseguiam praticar antes do diagnóstico, são pessoas que possuem um nível de exigência própria maior do que outros indivíduos para realizarem estas tarefas adequadamente.

Os indivíduos com EM podem caracterizar submissão excessiva às normas sociais, e que sofrem muito se não o fizerem, o que dificulta a execução de ações que consideram importantes, sempre pensando nas conseqüências, causando grande sofrimento e podendo caracterizar complexos de inferioridade e melancolia, por não conseguir independência psíquica e física para execução de seus desejos.

No que se referem à cognição, sabendo que se trata de uma patologia degenerativa, os pacientes apresentam boa capacidade psíquica e em geral buscam manterem-se ativos em funções adaptadas. O grupo de pacientes apresenta maior índice de respostas, revelando que sua capacidade de produtividade se mantém

com um bom potencial intelectual, assim como sua capacidade de atenção, os pacientes conseguem perceber detalhes nas figuras, que são respostas mais difíceis e que requerem maior investimento de energia. É preciso relevar, porém, que os pacientes de EM podem apresentar déficit de atenção e capacidade de processamento, assim como possibilidade de aumento de reconhecimento seletivo de um determinado estímulo, tendendo à exclusão dos estímulos que consideram desnecessários, passando da observação espontânea e processamento automático para a seleção de estímulos por um processamento controlado, esta alteração pode causar déficit destes processos, bem como na capacidade de armazenamento de memória temporária.

Quanto ao aspecto físico, a compreensão da patologia e tratamento faz com que os indivíduos tenham mais dificuldade para adaptação a novas atividades, resultando em maior facilidade do que o grupo de não pacientes para realização de atividades rotineiras. Outro fator relevante é que o grupo de pacientes tem mais dificuldade para processamento de pensamentos em determinadas situações, podendo ter relação com o processo degenerativo da patologia que pode causar perda de memória, dificuldade para codificação ou recuperação de informações da memória episódica.

Indivíduos com EM fazem um esforço maior para conseguirem se autoafirmar, podendo gerar tendências de oposição puramente emocionais ou pela expressão intelectual. No que tange à motivação, considerando a evolução da patologia e patologias concomitantes, os pacientes ainda apresentam nível elevado de motivação comparando com os demais indivíduos, em situação de pacientes que apresentam características depressivas o nível de atividades tende a diminuir.

Observa-se que vários índices coincidem com pesquisa semelhante realizada anteriormente¹⁹. Com estes dados espera-se que profissionais que atuam direta ou indiretamente no tratamento de pacientes com EM, consigam desenvolver técnicas de abordagem psicológica, considerando as especificidades dos traços de personalidade observados.

As conclusões apresentadas referem-se à amostra investigada e não devem ser adotadas como finais. Torna-se necessária a investigação frequente de novas possibilidades para o acompanhamento psíquico destes indivíduos, colaborando para novos métodos de trabalhos interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

1. Cash. Neurologia para fisioterapeutas. 4ª ed. São Paulo: Panamericana; 1987.
2. Compston A. Genetic epidemiology of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62: 553-61.
3. Pedro L, Pais-Ribeiro J. Revisão de instrumentos de qualidade de vida na esclerose múltipla. In: Leal I, Pais-Ribeiro J, Neves S. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa: ISPA; 2006. p.121-6.
4. Compston CS. Multiple sclerosis. *The Lancet*. 2002; 359:1221-31.
5. Solari A. Role of health-related quality of life measures in the routine care of people with multiple sclerosis. *Health qual life outcomes*. 2005; 3:16.
6. OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10. 10ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1995.
7. Fernandes IR. Avaliação do aprendizado da aplicação subcutânea executada pelo portador de esclerose múltipla. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de pós-graduação em Medicina; 2005.
8. AMB- Associação Médica Brasileira e CFM- Conselho Federal de Medicina. Academia Brasileira de Neurologia. Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla. São Paulo. 2005. [acesso em 10 mar. 2010]. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/047.pdf.
9. EMEA. Guideline on clinical investigation of medicinal products for the treatment of Multiple Sclerosis. London, UK: EMEA; 2005.
10. Moreira MA. A história da esclerose múltipla. In: Haussen SR. Esclerose múltipla: informações científicas para o leigo. Porto Alegre: Conceito; 2004. p.17-21.
11. Berkow R, Fletcher AJ. Manual Merck de Medicina. 5ª ed. São Paulo: Roca; 1989.
12. Rubin E. (ed.). Patologia: bases clinicopatológicas da medicina. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.158-59.
13. Rorschach H, Amaral MSV (trad.). Psicodiagnóstico. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou; 1978.
14. Exner JE. Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

15. Nascimento RSGF. Sistema compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
16. Exner JE, Sendín, C. Manual de Interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
17. Haase VG, Lacerda SS, Lima E P, Correa TD, Brito CS, Lana-Peixoto MA. Avaliação do funcionamento psicossocial na esclerose múltipla. Arq Neuropsiquiatria. 2004;62(2-A):282-91.
18. Haase VG, Lacerda SS, Lima EP. Desenvolvimento bem-sucedido com esclerose múltipla: um ensaio em psicologia positiva. Est Psicol. 2005;10(2):295-304.
19. Ozura A, Erdberg P, Segal S. Personality characteristics of multiple sclerosis patients: A Rorschach investigation. Clin Neurology and Neurosurgery. 2010;112:629-32
20. Buljevac D, Flach HZ, Hop WC, Hijdra D, Laman JD, Savelkoul HF, et al. Prospective study on the relationship between infections and multiple sclerosis exacerbations. Brain. 2002; 125:952-60.
21. Morales RR, Morales NMO, Rocha FCG, Fenelon SB, Pinto RMC, Silva CHM. Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. Arq Neuro-Psiquiatr. 2007;65(2-B):454-60.
22. Nogueira LAC, Nóbrega, FR, Lopes KN, Thuler LCS, Alvarenga RMP. The effect of functional limitations and fatigue on the quality of life in people with multiple sclerosis. Arq Neuropsiquiatr. 2009;67(3-B):812-7.
23. Pedro, LMR, Pais-Ribeiro JL. Características psicométricas dos instrumentos usados para avaliar a qualidade de vida na esclerose múltipla: uma revisão bibliográfica. Fisioter e Pesq. 2008;15(3):309-14.
24. Sartori HS, Barros T, Tavares A. Transtorno da expressão emocional involuntária. Rev Psiquiatr. 2008;35(1):20-5.
25. Fuso SF, Callegaro D, Pompeia SB, Orlando FA. Prejuízo de memória operacional em pacientes com esclerose múltipla recorrente-remitente com déficits de memória episódica. Arq Neuropsiquiatr. 2010; 68(2):205-11.
26. Almeida LHRB, Rocha FC, Nascimento FCL, Campelo LM. Ensinar e aprender com portadores de Esclerose Múltipla: relato de experiência. Rev bras enferm. 2007; 60(4):460-3.
27. Balsimelli S, Mendes MF, Bertolucci PHF, Tilbery CP. Attention impairment associated with relapsing-remitting multiple sclerosis patients with mild incapacity. Arq Neuro-Psiquiatr. 2007;65(2A): 262-7.
28. Haase VG, Lacerda SS, Lima E P, Wood E, Daker GMO, Lana-Peixoto MA. Estudos Clínicos Iniciais com o Teste de Discriminação de Listas (TDL-UFMG). Psicol reflex crit.. 2001;14(2):289-304.
29. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimelli S, Moreira MA, Barão-Cruz AM. Depressão na Esclerose Múltipla forma remittente-recorrente. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3-A):591-5.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa desenvolvida com o apoio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Guarulhos – PIBIC-UnG.