

Adolescentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico: Um Estudo Por Meio do Método de Rorschach¹

Jacqueline Santoantonio²

Latife Yazigi

Emília Sato

Universidade Federal de São Paulo

RESUMO – Características da personalidade de adolescentes com Lúpus Eritematoso sistêmico (LES) foram estudadas por meio do método de Rorschach e da Escala Wechsler de Inteligência. A atividade da doença foi avaliada através do Índice de Atividade do LES (SLEDAI). Na Escala Wechsler, o QI médio do Grupo Índice foi menor que o do Grupo Controle. No Rorschach, as pacientes com lúpus apresentaram maior dificuldade nas relações interpessoais e na auto-estima, porém com recursos para processar afeto e tolerar estresse. Foi observada correlação positiva moderada entre o índice da atividade da doença e a proporção de constrição afetiva: quanto maior o escore do SLEDAI, menor a capacidade para processar emoção. A correlação entre o SLEDAI e o QI foi positiva: quanto maior o índice de atividade do LES, menos recursos intelectuais se mostram disponíveis.

Palavras-chave: lúpus eritematoso sistêmico; adolescentes; Rorschach.

Adolescents With Systemic Lupus Erythematosus: A Study With the Rorschach Method

ABSTRACT – Personality characteristics in adolescents with Systemic Lupus Erythematosus – (SLE) were investigated using the Rorschach Method and the Wechsler Intelligence Scale. The SLE Disease Activity Index was administered. In the Wechsler Intelligence Scale the mean IQ of the Experimental Group was significantly lower than that of the Control Group. In the Rorschach, lupus patients showed greater difficulty in interpersonal interactions and in self-esteem, although they displayed the resources to process affect and to cope with stressful situations. A positive moderate correlation between the activity index of the disease and the affect constriction proportion of the Rorschach was observed: the higher the SLEDAI score, the lower the capacity to process affect. The correlation between the activity index of the disease and IQ was positive: the higher the activity index of the disease, the lower the intellectual ability.

Key words: systemic lupus erythematosus; adolescents; Rorschach.

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença auto-imune, de etiologia desconhecida, provavelmente multifatorial, que acomete o tecido conectivo de vários órgãos. Sua evolução apresenta períodos de atividade e remissão, que podem ser desencadeados por fatores genéticos, infecciosos, hormonais, ambientais e mesmo psicológicos. É considerada uma enfermidade crônica, de caráter imprevisível, que atinge vários sistemas do organismo, simultânea ou sucessivamente, muitas vezes levando à falência de órgãos vitais ou comprometendo definitivamente suas funções (Antolín & Amérigo, 1996).

Em estudos norte-americanos, a incidência estimada de LES na população é de 5,7 a 7,6 casos por ano para cada 100 mil habitantes, com prevalência variando de 1/2000 a 1/10000. Acomete predominantemente indivíduos jovens, do sexo feminino, na proporção de cerca de dez mulheres para cada homem. O desequilíbrio imunológico no LES caracteriza-se pela perda da tolerância imunológica, desen-

volvimento de auto-anticorpos e resposta citotóxica contra auto-antígenos, desencadeando fenômenos inflamatórios que levam à lesão tecidual e/ou a destruição celular (Cervera & Ingelmo, 1996; Gómez-Reino, 1996).

A prevalência de manifestações psicopatológicas no LES varia de 12% a 59% (Hanly, Fisk, Sherwood & Eastwood, 1994; Shapiro, 1997). As alterações mais intimamente relacionadas ao Sistema Nervoso Central são: psicose, epilepsia, estados confusionais, desorientação e distúrbios de atenção (Modrego, Venegas, Cuenca, Moreno & Delgado, 1994; Ward & Studenski, 1991).

Os transtornos neuropsiquiátricos são frequentes, com uma incidência de 24% a 51%. A vasculite é a mais comumente responsável por transtornos cognitivos, cefaléia, mielopatia, papiledema, disfunções neurológicas focalizadas ou generalizadas e Síndrome Mental Orgânica (Ellis & Verity, 1979; Wallace & Metzger, 1997).

Embora o mecanismo patogênico envolvido no lúpus neuropsiquiátrico seja ainda pouco conhecido, acredita-se que sua ação na vascularização cerebral tenha um papel importante. A deposição de imuno-complexos no endotélio vascular pode causar vasculite; a ativação simultânea das células endoteliais e das moléculas de adesão de neutrófilos

1 A pesquisa contou com financiamento integral da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

2 Endereço: Rua Napoleão de Barros, 447 ap. 41, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil 04024-001. E-mail: antunezaea@uol.com.br

pelas citocinas e produtos do sistema de complemento podem levar a quadros de leucotromboses e vaso-oclusão. Além do mais, auto-anticorpos antifosfolípidos ocasionariam oclusão vascular e auto-anticorpos antineuronais poderiam causar disfunção neuronal. Anormalidades no sistema imuno-neuro-endócrino podem também provocar algumas das manifestações neuropsiquiátricas observadas em pacientes com LES (West, 2002).

A associação entre os anticorpos antineuronais e os transtornos cognitivos foi evidenciada em vários estudos (Comabella, Tintoré & Montalbán, 1996; Denburg, Carbotte & Denburg, 1987; Long, Denburg, Carbotte, Singal & Denburg, 1990; Wyckoff, Miller, Tucker & Schaller, 1995), sugerindo que as disfunções podem estar relacionadas à lesão do tecido neuronal por mecanismos imunológicos.

De acordo com a literatura, a depressão e a ansiedade são as queixas mais frequentes em pacientes com diagnóstico de LES que procuram os serviços de saúde mental, estando presentes em até 78% dos casos. Isto porque a convivência com uma doença crônica e imprevisível pode causar problemas adaptativos importantes associados ao estresse emocional, tais como: irritabilidade, fadiga, instabilidade emocional, insônia, alteração na concentração e memória, problemas relacionados ao apetite, baixa auto-estima, insegurança, distúrbios na imagem corporal, ideação suicida, diminuição do interesse no ambiente e limitações nas atividades sociais devido aos cuidados que a enfermidade impõe (Iverson, 1995; Matsukawa, Sawada, Hayama, Usui & Horie, 1994; Segui, 1993; Ware & Sherbourne, 1992).

Vários estudos associam o estresse à diminuição da resposta do sistema imunológico. O estresse pode provocar falha no sistema supressor de linfócitos T e ativação policlonal de linfócitos B, relacionados ao desencadeamento do LES (Fantini, Lopes, Miranda & Sato, 1995; La Via & Workman, 1991).

A proposta do presente estudo foi contribuir para compreensão do funcionamento da personalidade de adolescentes com LES. As hipóteses investigadas referem-se às questões:

- a) presença ou ausência de estilo preferencial de organização do afeto, emoção e ideação na resolução de problemas, observando a capacidade de adaptação frente às demandas externas;
- b) presença ou ausência de capacidade adequada de formular e implementar estratégias diante das demandas do ambiente, observando se há recursos emocionais suficientes para o manejo das relações interpessoais e enfrentamento dos acontecimentos da vida;
- c) presença ou ausência de condições de auto-estima e autopercepção, observando a possibilidade de autocentramento e a capacidade para tomar a si mesmo como foco de atenção em grau suficiente para o estabelecimento de uma imagem pessoal satisfatória;
- d) presença ou ausência de capacidade estrutural de tolerância ao estresse e de manejo dos estímulos situacionais, observando se há recursos emocionais suficientes para lidar com as dificuldades que se impõem e se há sobrecarga de estímulos estressores no momento;
- e) presença ou ausência de capacidade para experienciar e expressar emoções no processamento do afeto, observando o grau de constrição: internalização ou expressão excessiva.

Método

Delimitação

Com intuito de investigar e analisar as características da personalidade de adolescentes com LES desenvolveu-se um estudo de caso-controle.

Participantes

Grupo Índice (GI): composto por 30 adolescentes de 12 a 17 anos, do sexo feminino, que preencheram os critérios para classificação do LES, de acordo com o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e com pelo menos um ano de doença, conforme revisão dos prontuários. A média de duração da doença foi de quatro anos. Critérios de exclusão: pacientes com Síndrome Mental Orgânica, alterações neuropsiquiátricas e Deficiência Mental Grave³ avaliada pela Escala Wechsler de Inteligência (Wechsler, 1981).

Grupo Controle (GC): constituído por 32 adolescentes, sem vínculo com instituições de saúde, voluntárias, filhas, familiares ou conhecidas de funcionários do hospital, com as mesmas características quanto à idade e nível sócio-econômico⁴ do GI.

Os atendimentos das adolescentes do GI foram realizados nos hospitais⁵ onde as pacientes estavam em tratamento, no ambulatório, enquanto aguardavam as consultas médicas, durante a pulsoterapia e, em alguns casos, no período de internação. Esses atendimentos foram realizados ao longo de três anos. Os atendimentos das adolescentes do GC foram realizados em suas residências.

Instrumentos

O método de Rorschach segundo o Sistema Compreensivo (Exner, 1993), a Escala Wechsler de Inteligência (Wechsler, 1981) e o Índice de Atividade da Doença – SLEDAI (Bombardier & cols., 1992) foram os instrumentos empregados no presente estudo. Todas as adolescentes – GI e GC – foram submetidas a: (1) entrevista psicológica aberta inicial, na qual foram coletados dados gerais de história de vida e do nível sócio-econômico; (2) administração do método de Rorschach e (3) aplicação da Escala Wechsler de Inteligência, WISC ou WAIS-R, segundo a idade.

Atendendo aos objetivos do estudo, seis variáveis do método de Rorschach, segundo o Sistema Compreensivo, foram selecionadas para a análise comparativa dos dois grupos. A indicação da escolha de variáveis para a análise, em procedimentos de pesquisa, faz parte da metodologia recomendada por Exner (1995), como estratégia para evitar fatores incongruentes decorrentes do número excessivo de dados que a análise completa dos protocolos acarretaria. O número de variáveis selecionadas está de acordo com o tamanho da amostra estabelecida e são: (1) Estilo preferencial de resposta – *EB*; (2) Índice de Déficit Relacional – *CDI*; (3)

3 QI < 69.

4 Critérios da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado – ABIPEME.

5 Hospital Santa Casa de São Paulo e Hospital São Paulo.

Quadro 1. Variáveis selecionadas do método de Rorschach

Variáveis	Codificação	Aspecto observado
EB – Erlebnistypus	EB	Estilo preferencial de resposta
Índice de Déficit Relacional	CDI	Relacionamento interpessoal
Índice de Egocentricidade	$3(Fr+rF) + (2)/R - EGO$	Auto-estima, autopercepção
Nota D	D	Estresse situacional
Nota D corrigida	Adj D	Estresse habitual
Proporção de constrição afetiva	$SumC' : WSumC$	Modulação afetivo-emocional

Índice de Egocentricidade – *EGO*; (4) Estresse situacional – *Nota D*; (5) Estresse habitual – *Adj D* e (6) Proporção de constrição afetiva – $SumC' : WSumC$ (ver Quadro 1).

Foram desenvolvidos dois estudos de concordância entre codificadores no método de Rorschach: (a) em relação às codificações das respostas nas oito categorias: localização, atividade organizativa, qualidade evolutiva, determinantes, qualidade formal, populares, conteúdos, e códigos especiais e (b) nas seis variáveis selecionadas. Foram sorteados 50% dos protocolos de cada grupo, 16 do GI e 14 do GC (Exner, 1991, 1995; McDowell & Acklin, 1996) e dois psicólogos externos ao estudo, treinados no Sistema Compreensivo, codificaram os protocolos sem identificação quanto ao grupo a que pertenciam. O estudo de confiabilidade da codificação das respostas revelou que, em sete das oito categorias, os valores de concordância foram considerados adequados, segundo o Coeficiente Kappa e o Coeficiente de Correlação Intraclases (ICC)⁶. A categoria Códigos Especiais apresentou baixa correlação, sendo por isso excluída do estudo (ver Tabela 1).

Com relação às seis variáveis selecionadas, todas obtiveram valores de concordância (ICC) dentro do esperado (ver Tabela 2).

Tabela 1. Análise da concordância entre codificadores no método de Rorschach

Categorias	Valor do coeficiente de correlação
Localização	0,854
Qualidade Evolutiva	0,726
Determinantes	0,835
Qualidade Formal	0,674
Populares	0,822
Conteúdos	0,815
Atividade Organizativa	0,911*
Códigos Especiais	0,474

*ICC, outras categorias Kappa.

6 Valores $r \geq 0,61$ – satisfatórios; $r > 0,81$ – ótimos (McDowell & Acklin, 1996).

Tabela 2. Análise da concordância entre codificadores das seis variáveis selecionadas no método de Rorschach

Variáveis	Valor do coeficiente de correlação
EB	0,734
Índice de Déficit Relacional – <i>CDI</i>	0,765
Índice de Egocentricidade – <i>EGO</i> – $3(Fr+rF) + (2)/R$	0,714
Nota D	0,772
Nota D corrigida – Adj D	0,842
Proporção de constrição afetiva – $SumC' : WSumC$	0,714

Quadro 2. Testes estatísticos utilizados no estudo

Teste	Estudo	Variáveis
Coeficiente Kappa	Concordância entre codificadores	Localização, Qualidade Evolutiva, Determinantes, Qualidade Formal, Populares, Conteúdos, Códigos Especiais
Coeficiente de Correlação de Intraclases – ICC	Concordância entre codificadores	<i>EB, CDI, EGO, Nota D, Adj D, SumC' : WSumC, Atividade Organizativa</i>
ANOVA	Comparação entre o GI e o GC	Idade, escolaridade, QI, <i>EGO, Nota D, Adj D</i>
Qui-quadrado	Comparação entre o GI e o GC	Nível sócio-econômico, <i>EB, CDI, SumC' : WSumC</i>
Coeficiente de Correlação de Pearson	Correlação entre as variáveis do método de Rorschach e o QI obtido através da Escala Wechsler e grau de atividade da doença verificado pelo SLEDAI	<i>CDI, EGO, Nota D, Adj D, QI Total, pontuação SLEDAI</i>
ANOVA	Correlação entre as variáveis do método de Rorschach e o grau da atividade da doença verificado pela SLEDAI	<i>EB, SumC' : WSumC, pontuação SLEDAI</i>

O Quadro 2 identifica os testes estatísticos utilizados no estudo. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes e valores de p entre 0,05 e 0,10 foram considerados com tendência a serem significantes.

A Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – WISC (Wechsler, 1949) foi aplicada nas adolescentes com até 15 anos e 11 meses de idade e a Escala Wechsler para Adultos Revisada – WAIS-R (Wechsler, 1981) naquelas com 16 e 17 anos, segundo as recomendações dos manuais de normatização.

O instrumento SLEDAI foi administrado no período em que as pacientes foram avaliadas pelo Rorschach e pelo Wechsler, com o intuito de correlacionar o grau de atividade do LES com as variáveis de personalidade e de inteligência. O SLEDAI é uma escala que avalia 24 variáveis associadas à atividade do LES e agrupadas em nove sistemas, em que a gravidade de cada comprometimento recebe pesos diferentes. Assim, peso oito para as lesões do Sistema Nervoso Central e lesões vasculares, peso quatro para a afecção renal e músculo-esquelética, peso dois para as serosas, pele e alterações imunológicas e peso um para os sintomas constitucionais e hematológicos (Bombardier & cols., 1992). Os escores do SLEDAI foram calculados utilizando os dados descritos nos prontuários das pacientes na data mais próxima e, de preferência, coincidente com a administração do Rorschach e do Wechsler.

Resultados

Os dois grupos não apresentaram diferenças estatísticas significantes em relação à idade ($p = 0,739$) e ao nível sócio-econômico ($p = 0,288$). A maioria é estudante (98%), proveniente da cidade de São Paulo (94%) e da região sul da cidade (67%). Estes dados confirmam a possibilidade de comparação entre os dois grupos. Com relação à escolaridade, o GI apresentou em média seis anos de estudo e o GC a média foi de oito anos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,029$).

Na Escala Wechsler de Inteligência também foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$). O GI apresentou QI total médio de 77, na faixa limítrofe, com QI verbal médio de 79 e QI de execução médio de 75. Já o GC obteve QI total médio de 98, considerado normal, com um QI verbal médio de 95 e QI de execução médio de 101.

As variáveis do método de Rorschach estão listadas na Tabela 3.

1. *EB* – foi observado estilo preferencialmente ambigüal em 70% do GI e em 53% do GC, não sendo significativa a diferença estatística entre os grupos ($p = 0,211$). Este

Tabela 3. Resultados das variáveis selecionadas do método de Rorschach

Variável	Aspecto Observado	GI	GC	Valor p
EB	Ambigüal	70%	53%	0,211
Índice de Déficit Relacional – <i>CDI</i>	Presente	68%	43%	0,076
Índice de Egocentricidade – <i>EGO</i>	Rebaixado	64%	73%	0,404
Nota D	D = 0	50%	53%	0,956
Nota D corrigida – Adj D	Adj D = 0	59%	67%	0,708
Proporção de constrição afetiva – <i>SumC' : WSumC</i>	<i>SumC' < WSumC</i>	50%	63%	0,394

- estilo vivencial indica predominância de uma atitude mais vulnerável, com tendência a comportamentos inconsistentes. Isso porque, ora prevalece a orientação pelo afeto e ora pela ideação, do que resulta inconstância no estilo de abordagem das situações, o que leva à menor eficácia na resolução de problemas, tanto intra como interpessoais.
2. Índice de Déficit Relacional – *CDI* – foi positivo em 68% do GI e em 43% do GC e a diferença entre os grupos revelou uma tendência a ser significativa ($p = 0,076$). As adolescentes com LES apresentam maior dificuldade nas relações interpessoais em decorrência do estilo de ser indefinido, ambigüal, e da carência dos recursos internos, afetivos e cognitivos. Suas relações pessoais são em geral superficiais e pouco duradouras, suscitando problemas de interação com os outros e resultando em certa inaptidão na esfera relacional. O *CDI* é composto por 11 variáveis agrupadas em cinco condições descritas na Tabela 4.
3. Índice de Egocentricidade – *EGO* – foi semelhante nos dois grupos ($p = 0,404$), revelando que não há diferença quanto a autopercepção (GI 64% e GC 73%). A análise dos componentes desse índice mostra que as adolescentes de ambos os grupos fornecem poucas respostas de reflexos e pares, relacionadas respectivamente à tendência narcísica de recolhimento em si mesmo e autocentramento (Exner, 1999). Entretanto, as adolescentes com LES demonstram menor preocupação consigo mesmas, com suas próprias necessidades emocionais e tendência à autodesvalorização, o que leva à baixa auto-estima.
4. Nota D – não apresentou diferença significativa entre os dois grupos e a maioria das adolescentes tem escore dentro do esperado, o que denota condição para tolerar o estresse face às demandas situacionais. Isto significa que as adolescentes com LES não apresentam no momento sobrecarga de tensão mesmo frente aos fatores estressantes impostos pela doença.
5. Nota D corrigida ou *Adj D* – foi semelhante nos dois grupos ($p = 0,708$) e com valores dentro do esperado, o que revela que a maioria das adolescentes apresenta capacidade estrutural para manter o controle e tolerar o estresse, ou seja, possui recursos suficientes para responder habitualmente aos desencadeadores de tensão.
6. Proporção de constrição afetiva – *SumC' : WSumC* – não apontou diferenças entre os dois grupos ($p = 0,394$), estando seus valores dentro da expectativa, o que indica capacidade adequada para experienciar e expressar a emoção.

Tabela 4. Condições positivas no Índice de Déficit Relacional (*CDI*)

Condições	GI	GC	Valor p
1. <i>EA < 6</i> ou <i>Adj D < 0</i>	55%	27%	0,011
2. <i>COP < 2</i> e <i>AG < 2</i>	90%	83%	0,429
3. <i>WSumC < 2,5</i> ou <i>Afr < 0,46</i>	77%	73%	0,060
4. <i>p > a + 1</i> ou <i>H < 2</i>	55%	50%	0,583
5. <i>T > 1</i> ou <i>Isolate/R > 0,24</i>	45%	53%	0,668

A atividade da doença, medida pelo SLEDAI, no período da aplicação do Rorschach, foi em média de dez pontos, variando de um mínimo de zero e um máximo de 26, o que é considerado atividade do LES dentro da média. As pacientes encontravam-se em bom estado geral, sendo a vasculite a alteração mais presente. Foram observadas correlações negativas entre os escores do SLEDAI e as variáveis numéricas⁷ e a maioria das variáveis categóricas⁸ do Rorschach ($p = 0,952$). Porém, em relação à proporção de constrição afetiva – *SumC'*: *WSumC* – foi evidenciada uma correlação positiva moderada ($p = 0,069$), o que significa que quanto maior a atividade da doença menor a capacidade das adolescentes para processar a emoção.

O escore do SLEDAI no período da administração da Escala Wechsler de Inteligência foi em média de seis pontos, variando de um mínimo de zero e um máximo de 25, o que é considerado como baixa atividade do LES. As pacientes apresentavam-se em bom estado geral e a proteinúria foi a alteração mais freqüente. Foi observada uma correlação positiva significativa entre a Escala Wechsler e o SLEDAI ($p = 0,001$), indicando que quanto maior a atividade do LES menos recursos intelectuais estão disponíveis.

Durante a pesquisa todas as pacientes estavam em tratamento com corticosteróides, sendo a dosagem administrada considerada moderada, com média de 16,5 mg/dia, variando de 10 a 40 mg/dia.

Discussão

Conforme os dados da literatura apresentados anteriormente e os resultados da investigação realizada, o aparecimento do LES na adolescência causa uma série de dificuldades que influenciam o desenvolvimento cognitivo e emocional do jovem. A escolaridade costuma ser muito prejudicada, tanto pela necessidade de afastamentos em consequência do tratamento, como pela própria evolução da doença que interfere no desempenho em geral. A falta à escola diminui a motivação, a possibilidade de interação entre as pacientes e os colegas, dificulta a aprendizagem e compromete o desenvolvimento cognitivo. As limitações que são impostas, seja pelos cuidados para que a doença não entre em atividade, seja pela própria atividade que leva a internações e, muitas vezes, a seqüelas, acabam por restringir a interação social e, com isso, a possibilidade de troca e estimulação que o ambiente pode oferecer.

Em nosso estudo, foi observada na Escala Wechsler de Inteligência uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. As adolescentes com LES apresentaram QI total médio na faixa limítrofe. Uma análise dos subtestes verbais revela que 'Informação' está diminuído em 91% do grupo (média = 5,7; moda = 6,0; mediana = 6,0; valor mínimo 1,0 e máximo 10,0). 'Informação' avalia a quantidade de conhecimento geral que a pessoa assimila de seu meio ambiente e este rebaixamento reforça a hipótese de que as faltas escolares estão prejudicando a aquisição e assimilação de informação das pacientes, dada a menor estimulação de habilidades e de recursos cognitivos.

O desempenho rebaixado no QI de execução das pacientes está relacionado principalmente aos baixos resultados em 87% nos subtestes 'Arranjo de Figuras' e 'Completar Figuras'. 'Arranjo de Figuras' avalia a habilidade de reconhecer a essência do conteúdo de uma história, de antecipar e compreender a seqüência lógica de eventos, particularmente eventos sociais, o que envolve a capacidade de antecipação das consequências, de planejamento e de seqüência temporal. Nesse subteste, as pacientes obtiveram a média = 6,0 (moda = 6,0; mediana = 6,0; valor mínimo 1,0 e máximo 10,0), o que significa que a experiência de uma vida social com colegas e participação em acontecimentos coletivos, a vivência de constância, seqüência e ritmo de trabalho estimulados pela escola estão prejudicadas em decorrência da ruptura na vivência de continuidade no ambiente escolar.

O subteste 'Completar Figuras' está associado à avaliação da percepção visual, da aptidão espacial e do processamento holístico. As adolescentes com LES tiveram média = 6,8 (moda = 6,0; mediana = 6,0; valor mínimo 4 e máximo 13). Assim, a identificação de detalhes visuais significativos em um contexto global encontra-se comprometida em virtude das interrupções no aprendizado que impedem o exercício de aprofundar-se em uma análise mais minuciosa dos fatos.

Em ambos os grupos, prevaleceu o estilo preferencial *EB* ambigüal na organização da ideação e da emoção na resolução de problemas. Os indivíduos *com EB* são mais vulneráveis que os introversivos e os extratensivos diante das dificuldades em responder às situações. Não ter desenvolvido um estilo preferencial, ideativo ou expansivo-afetivo, está relacionado à menor eficácia e maior insegurança decorrente do uso alternado da reflexão e da expressão. Além do mais, como indivíduos *com EB* necessitam de mais tempo para concluir as tarefas, empregam mais energia no processo. Ao contrário, quando há um estilo preferencial definido, introversivo ou extratensivo, observa-se maior eficácia, já que as questões psicológicas que ambos estilos comportam estão mais estáveis. No estilo ambigüal, o mais provável é que as emoções influenciem de maneira irregular o pensamento e a atividade de resolução de problemas, sendo menos consistentes em sua tomada de decisão (Exner, 1993). Porém, a análise deste estilo de resposta deve ser feita em conjunto com a variável *Lambda*, pois são referenciais que vão condicionar a interpretação dos dados do Rorschach e revelar a maneira mais básica da pessoa formular suas respostas (Andronikof, 2002). A variável *Lambda* indica a quantidade da incidência do determinante 'forma' e, portanto, a maior ou menor participação de outros determinantes (movimento, cor, sombreado, entre outros), informando sobre os recursos pessoais do indivíduo.

Exner e Weiner (1995) comentam em relação a protocolos de adolescentes:

Usualmente os dados de EB ou de Lambda não fornecem indícios acerca de se o estilo de enfrentamento básico do jovem é um risco para o ajustamento. Quase todas as crianças entre as idades de 5 a 12 anos vão, em algum momento, apresentar um estilo Lambda elevado sem levar em consideração se é ou não a melhor forma de adaptação. Por outro lado, se o estilo Lambda elevado persistir na adolescência, isto deve ser motivo de preocupação, já que pode ser um sinal de algum tipo

7 CDI, EGO, Adj D, Nota D.

8 EB, cinco condições do CDI.

de evitação ou fuga face à complexidade, o que diminuirá as experiências ligadas ao crescimento. Da mesma forma, todos os jovens em desenvolvimento terão alguma vez durante seus anos de crescimento um EB ambigüal. São fortes as chances de que o status ambigüal mudará para um estilo mais definido quando o jovem alcançar os 15 ou 16 anos, mas se isso não acontecer é um alerta claro de futuras dificuldades. Entretanto, ser um tipo ambigüal não equivale necessariamente a uma personalidade instável. Muitos ambigüais passam pela vida de modo efetivo e bem sucedido. (p. 237)

A maioria das adolescentes estudadas não desenvolveu um estilo definido, o que pode ou não estar interferindo em seus desempenhos, segundo os comentários de Exner e Weiner (1995). Entretanto, os resultados da escala Wechsler nos levam a pensar que a indefinição de um estilo estaria prejudicando mais às adolescentes com LES.

A limitação imposta pelo LES interfere negativamente na interação social, já que diminui a participação das pacientes no ambiente. O Rorschach confirmou a presença de maior dificuldade das pacientes na esfera interpessoal (*CDI*), caracterizada pela predominância de uma atitude distante e de esquivas à estimulação afetiva, de contenção das reações emocionais provocando retração social. As pacientes mostraram um contato superficial, com menor investimento e envolvimento afetivos, fazendo pouco uso dos recursos internos (*Lambda* elevado, ou seja, *Lambda* = 1 em 60% do GI e em 31% do GC; e $L < 1$ em 40% do GI e em 69% do GC), o que significa que elas tendem a evitar processar a emoção e deixar-se invadir pelos afetos (Exner & Sendín, 1999).

O Índice de Déficit Relacional – *CDI* – inclui a variável *EA* ($M + WSumC$), rebaixada em 55% das adolescentes com LES, indicando carência de recursos internos para resolver questões da vida cotidiana. Neste grupo, 41% também apresentou $Adj D < 0$, aspecto que revela menos recursos internos para enfrentar situações de crise, prejudicando a capacidade de responder adequadamente às solicitações externas. Estes achados foram confirmados nas entrevistas e na observação das pacientes durante os atendimentos. As adolescentes com LES não costumam fazer perguntas durante as consultas médicas, dando a impressão de uma atitude de distanciamento afetivo da situação e ausência de participação mais ativa no tratamento. Suas maiores queixas são os numerosos medicamentos que necessitam tomar diariamente e os cuidados que a doença impõe. Apesar disso, não foram identificadas dificuldades para tolerar o estresse tanto em seus comportamentos (capacidade para lidar com o estresse situacional – Nota *D*) como ao longo de suas vidas (capacidade habitual para tolerar o estresse – *Adj D*).

De acordo com o Rorschach, as adolescentes dos dois grupos, em sua maioria, apresentaram condições suficientes para responder aos desencadeadores de tensão e não demonstraram sobrecarga tensional situacional. Entretanto, ambos os grupos apresentaram autopercepção, auto-imagem e auto-estima rebaixadas (*EGO*). Auto-estima eficiente promove a auto-aceitação, o auto-respeito e a autoconfiança, já que uma avaliação mais realista da própria capacidade contribui com o sentimento de satisfação para consigo mesmo e com suas ações (Exner, 1993; Weiner, 2000), o que não acontece em nosso estudo.

A presença de uma enfermidade crônica como o LES expõe as adolescentes a constantes situações de angústia, associadas com o sofrimento físico, e interferem no desenvolvimento da personalidade e da inteligência. Em pacientes adultos, as alterações físicas e a evolução da doença levam à insegurança, à baixa auto-estima e à depressão (Sato, 2000). Estas interferências explicariam a baixa auto-estima encontrada nas adolescentes com lúpus, entretanto, a porcentagem do índice *EGO* rebaixado é maior no grupo controle (73% no GC e 69 % no GI) o que nos leva a supor que a doença leva as adolescentes a ter maior contato com o funcionamento de seu corpo e, portanto, com sua auto-imagem, o que não acontece no grupo controle. Além do mais, o tratamento faz com que as adolescentes vivenciem e aprendam a lidar com várias situações novas e inusitadas – freqüentar ambulatórios, submeter-se a exames e intervenções variadas – o que promove uma certa maturidade.

As adolescentes em sua maioria revelaram capacidade adequada para experimentar e expressar a emoção. Foi observada, entretanto, uma correlação positiva moderada entre a atividade da doença no SLEDAI e a proporção de constrição afetiva – *SumC'* : $WSumC$ – no Rorschach, o que significa que quanto maior a atividade da doença, menos recursos estão disponíveis para processar a emoção. Já a correlação positiva entre o SLEDAI e o baixo desempenho no Wechsler evidencia que quanto maior a atividade da doença, menor a utilização de recursos cognitivos.

Segundo Weiner (1998, 2000), *CDI* alto e *EA* baixo significam competência psicológica reduzida que prejudica a relação da pessoa com o mundo, já que não há recursos suficientes para lidar com as demandas do ambiente e com acontecimentos da vida cotidiana. Quando esta combinação está presente em adolescentes é necessário e importante o encorajamento das habilidades subjetivas da pessoa, com boa probabilidade de benefícios, que é o caso das adolescentes com LES, buscando desenvolver recursos emocionais para elaborar seus problemas refletindo acerca deles e para responder às situações por meio da expressão dos sentimentos.

O atendimento psicológico em grupo ao adolescente com lúpus pode favorecer não só a reflexão frente às dificuldades vividas, mas também oferecer uma possibilidade de contato com o outro e com o meio externo. O atendimento psicológico voltado às necessidades desse jovem pode facilitar a constituição de novos recursos emocionais como a auto-aceitação e ampliar a capacidade de adaptação frente às questões limitantes relacionadas com a doença, aspectos importantes no estabelecimento de sua identidade. Um espaço referencial de convivência pode colaborar com a aderência ao tratamento, fator decisivo para que os efeitos da doença sejam menos debilitantes, levando a uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Referências

- Andronikof, A. (2002). El tipo vivencial: piedra angular del edificio de Rorschach. *Psicodiagnosticar*, 12, 13-20.
- Antolín, J. & Amérigo, M. J. (1996). Antecedentes históricos y conceptos actuales. Em J. Font, M. Khamashta & M. Vilardele (Orgs.), *Lúpus eritematoso sistêmico* (pp. 1-8). Barcelona: Menarini.

- Bombardier, C., Gladman, D. D., Urowitz, M. B., Caron, D., Chang, C. H. & Committee on Prognosis Studies in SLE. (1992). Derivation of the SLEDAI. A disease activity index for lupus patients. *Arthritis Rheumatism*, 35, 630-640.
- Cervera, R. & Ingelmo, M. (1996). Epidemiologia. Em J. Font, M. Khamashta & M. Vilardele (Orgs.), *Lúpus eritematoso sistêmico* (pp. 9-15). Barcelona: Menarini.
- Comabella, M., Tintoré, M. & Montalbán, X. (1996). Manifestaciones neuropsiquiátricas. Em J. Font, M. Khamashta & M. Vilardele (Orgs.), *Lúpus eritematoso sistêmico* (pp.157-182). Barcelona: Menarini.
- Denburg, J. A., Carbotte, R. M. & Denburg, S. D. (1987). Neuronal antibodies and cognitive functions in systemic lupus erythematosus. *Neurology*, 37, 463-467.
- Ellis, S. G. & Verity, M. A. (1979). Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus: a review of neuropathologic finding in 57 cases – 1955/1977. *Arthritis and Rheumatism*, 8, 212-221.
- Exner, J. E. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system. Interpretation*. New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic Foundations*. New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1995). *Issues and methods in Rorschach research*. New Jersey: Erlbaum.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. & Weiner, I. B. (1995). *The Rorschach: A comprehensive system. Assessment of children and adolescents*. New York: Wiley.
- Fantini, S. C., Lopes, A. C., Miranda, C. T. & Sato, E. I. (1995). Evaluation of the influence of emotional aspects on the onset of the first flare of systemic lupus erythematosus. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 35(4), 177-182.
- Gómez-Reino, J. J. (1996). Factores etiológicos y genéticos. Em J. Font, M. Khamashta & M. Vilardele (Orgs.), *Lúpus eritematoso sistêmico* (pp. 32-57). Barcelona: Menarini.
- Hanly, J. G., Fisk, J. D., Sherwood, G. & Eastwood, B. (1994). Clinical course of cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 21(10), 1825-1831.
- Iverson, G. L. (1995). The need for psychology. *Psychology*, 40, 39-49.
- La Via, M. F. & Workman, E. A. (1991). Psychoneuroimmunology: yesterday, today and tomorrow. *Acta Neurologica*, 13, 335-342.
- Long, A. A., Denburg, S. D., Carbotte, R. M., Singal, D. P. & Denburg, J. A. (1990). Serum lymphocytotoxic antibodies and neurocognitive function in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 49, 249-253.
- Matsukawa, Y., Sawada, S., Hayama, T., Usui, H. & Horie, T. (1994). Suicide in patients with SLE: A clinical analysis of seven suicidal patients. *Lupus*, 3, 31-35.
- McDowell, C. & Acklin, M. W. (1996). Standardizing procedures for calculating Rorschach interrater reliability: Conceptual and empirical foundations. *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 308-320.
- Modrego, P. J., Venegas, J. P., Cuenca, M. S., Moreno, R. S. & Delgado, A. J. (1994). Neuropsychological analysis in patients with systemic lupus erythematosus: A case control study. *Annals of Rheumatic Diseases*, 53, 478.
- Sato, E. I. (1991). Seguimento clínico e laboratorial de 132 pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 31(2), 133-136.
- Sato, E. I. (2000). Manifestações psiquiátricas da corticoterapia. *Psiquiatria na prática médica*, 33(1), 1-3.
- Seguí, B. (1993). Trastornos psiquiátricos inducidos por corticoides en el lupus eritematoso sistêmico. *Revista de Psiquiatria*, 20, 195-201.
- Shapiro, H. S. (1997). Psychopathology in the patient with lupus. Em D. J. Wallace & B. H. Hahn (Orgs.), *Dubois' Lupus Erythematosus* (pp. 755-782). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wallace, D. J. & Metzger, A. L. (1997). Systemic lupus erythematosus and the nervous system. Em D. J. Wallace & B. H. Hahn (Orgs.), *Dubois' Lupus Erythematosus* (pp. 723-753). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ward, M. M. & Studenski, S. (1991). The time course of acute psychiatric episodes in systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 18(4), 535-539.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wechsler, D. (1949). *Escala de Inteligência Wechsler para crianças – WISC*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Wechsler, D. (1981). *Wechsler adult intelligence scale revised – WAIS-R*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Weiner, I. B. (1998). *Principles of Rorschach Interpretation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- West, S. G. (2002). Systemic lupus erythematosus and the nervous system. Em D. J. Wallace & B. H. Hahn (Orgs.), *Dubois' Lupus Erythematosus* (pp. 693-738). (6th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Wyckoff, P. M., Miller, L. C., Tucker, L. B. & Schaller, J. G. (1995). Neuropsychological assessment of children and adolescents with systemic lupus erythematosus. *Lupus an International Journal*, 4, 217-220.

Recebido em 29.10.2003

Primeira decisão editorial em 15.06.2004

Versão final em 24.06.2004

Aceito em 02.07.2004 ■