

Disritmia cerebral e orientação psicológica de crianças e adolescentes

ISABEL ADRADOS

Nos centros de orientação psicológica costumam aparecer crianças e adolescentes portadores de síndromes de conduta, perturbações de caráter e problemas de personalidade, com características que podem configurar uma psicose. Todavia, são muitas vezes manifestações clínicas decorrentes de disritmias cerebrais, mais ou menos graves.

Desde que os responsáveis por essas crianças ou adolescentes procurem um Centro de Orientação Psicológica, para solucionar seus problemas, caberá ao psicólogo a responsabilidade do diagnóstico. Somente poderá ele ser bem feito, se o técnico responsável estuda cada caso considerando-o como um todo. O psicólogo não deve esquecer que além da personalidade, com seus diversos componentes, a criança ou o adolescente também possui um sistema orgânico que pode interferir negativamente, determinando distúrbios emocionais e dificuldades de ajustamento nos diferentes setores vitais, inclusive o escolar.

Com esta afirmação, não estamos querendo invadir o terreno do clínico, mas, pelo contrário, se o resultado dos testes demonstrar que o caso é neurológico, ele deverá ser encaminhado

ao profissional adequado. Assim, diagnosticando a verdadeira origem do distúrbio, o orientando não perderá o tempo em tratamentos psicoterápicos. Estes podem ter certo valor como coadjuvantes, pois a terapia da disritmia, como a da epilepsia, é essencialmente médica.

Contudo, devemos ser cautelosos, não tentando traduzir fenômenos psicológicos em termos eletroencefalográficos; existe um termo médio entre preconizar o uso do E.E.G. como exame de rotina e desprezar a possível interferência de fatores orgânicos no desajustamento da criança ou do adolescente.

Após os estudos de Solomon, Brown, Deutsch e, mais recentemente, Knott e Ashby, o interesse pela pesquisa das alterações eletroencefalográficas em correlação com distúrbios afetivo-emocionais tem-se acentuado.

Mosovich achou que o predomínio da atividade lenta encontra-se em relação com a agitação motora, irritabilidade, enurese e crises explosivas de caráter. O ritmo "theta", de acordo com seus estudos, seria o mais freqüente no traçado de jovens personalidades psicopáticas. Já o maior índice de periculosidade corresponderia a indivíduos com disritmia focal temporal posterior.

Hill observou a mesma coisa, ou seja, que as personalidades com desordens de conduta e hiperagressividade apresentam traçados com alteração focal temporal, localizada na área posterior.

Mathews coincide com Mosovich e outros investigadores ao afirmar que os focos "theta" se apresentam numa alta proporção nas personalidades psicopáticas. Todavia, frisa que estes focos também são compatíveis com a normalidade. Um foco "delta" pode ser indicativo de um tumor cerebral e uma atividade ponta-onda de 3 c.p.s. levanta a possibilidade de uma epilepsia idiopática.

Helman Z., num estudo com 3 crianças com perturbações de caráter, inadaptação escolar, impulsividade ou viscosidade, encontrou nos eletroencefalogramas complexos ponta-ondas. Os acessos de fúria e as crises coléricas que apresentavam seriam o equivalente das crises comiciais ausentes. Hawkes e Marion Rook, estudando 25 menores com problemas de conduta, encontraram 21 com disritmia generalizada.

No Brasil, temos o magnífico trabalho de Rocha e Di Lascio apresentado no VI Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, reunido em Belo Horizonte, em 1962. Num estudo com 150 crianças e adolescentes com distúrbios de conduta, chegaram às seguintes conclusões:

1. Um alto número de traçados anormais em menores portadores de desordens primitivas da conduta;

2. Uma dominância de atividade lenta isolada ou associada à instabilidade do ritmo alfa ou mesmo à má organização rítmica;

3. Difusa ou focal, a atividade lenta é em grande parte paroxística, espontânea ou provocada por meios rotineiros de ativação;

4. A localização principal foi posterior havendo significativo envolvimento da área temporal e occipital. O ritmo teta temporal foi assinalado em grande número de casos, mas a preferência pela área posterior deste lobo não se tornou preponderante. Os potenciais *sharp* não foram encontrados com freqüência;

5. As anormalidades nitidamente do tipo epiléptico, ponta e ponta-onda, surgiram muito poucas vezes;

6. O ritmo rápido difuso foi raro;

7. As anormalidades, quando surgidas assimetricamente, tiveram maior assento no hemisfério esquerdo;

8. Foi constatada freqüência significativa do ritmo alfa de grande voltagem e pontiagudo, não raro de aspecto *sharpóide*;

9. A grande sensibilidade à hiperpnéia foi desordem muito freqüente, sendo menos encontrada a má reação ao estímulo visual;

10. Marcada influência de fatores mórbidos genético-familiares e fatores mórbidos pessoais sobre as anormalidades encontradas, com provável dominância dos primeiros.

Contudo, não existe um padrão de traçado normal e, como afirma Mathews, poderemos encontrar anomalias graves num tra-

gado eletroencefalográfico de pessoas sem nenhum transtorno neuropsiquiátrico.

Na verdade, o terreno da observação neuro-fisiológico é muito delicado, como muito bem observaram Di Loscio e Rocha. As variações são tão freqüentes no interior do organismo, em sua integração física e psíquica, que se torna difícil compreender em termos eletroencefalográficos o que entendemos por personalidade. A dinâmica psicológica, sempre em mutação, não pode exprimir-se gráficamente de maneira definitiva, por ora, ao menos.

Entretanto, tôdas as pesquisas e estudos citados revelam a correlação existente entre indivíduos portadores de distúrbios de caráter e alterações eletroencefalográficas. Se, por um lado, não podemos dizer que exista uma "personalidade disrítmica", pois qualquer tipo de personalidade pode desenvolver-se no terreno da disritmia, a verdade é que existem certos traços de caráter e comportamento que sugerem instabilidade emocional e disritmia cerebral.

Não existe a mesma coerência, entre os estudiosos quanto ao grau de afinidade do fator disritmia com a constelação ciclóide ou a esquizóide. A escola francesa, talvez com excessão de Delay, aproxima as manifestações de disritmia paroxística e hipersincrônica à constelação gliscróide, e as opõe à racionalidade, projeção e simbolismo esquizofrênicos. Outros investigadores encontram uma estreita afinidade clínica e eletroencefalográfica entre disritmia e diversas formas do círculo esquizofrênico.

Em nossa experiência com puberes disrítmicos encontramos uma alta correlação com o segundo grupo. Um alto número de crianças e adolescentes disrítmicos por nós testados, mediante o Rorschach e o P.M.K., pertencem à constelação esquizóide. As mais recentes investigações feitas com a técnica da Feinmotorik e P.M.K. permitem concluir a existência de um "blending" esquizo-disrítmico. De acôrdo com o autor do Psicodiagnóstico Miocinético, as estatísticas revelam que em 14.000 traçados do P.M.K. com adultos brasileiros, supostamente normais, o síndrome esquizo-disrítmico se apresenta com uma freqüência 6 vêzes maior que a combinação clodisrítmica.

Na verdade, a chamada "personalidade disrítmica" é variada, dependendo de múltiplos fatôres.

Haim Grünspon divide êsses fatôres em dois grandes grupos: os condicionados pelo funcionamento anormal do sistema nervoso e os derivados de conflitos de adaptação ao meio. Achamos que os segundos são decorrentes dos primeiros. O deficiente contrôle dos planos inferiores, afetivo, emocional e instintivo, dá lugar a pautas comportamentais de tal natureza que automaticamente origina conflitos com o meio e desajustamentos mais ou menos graves nos diferentes setores vitais, onde a criança e o adolescente se desenvolvem. No ambiente familiar, a situação se agrava, quase sempre, pela presença de um ou mais de seus membros, portadores também de disritmia. Não é ela hereditária, mas herda-se a predisposição e a vulnerabilidade do sistema nervoso.

Embora o lar seja o lugar de maiores atritos para o disrítico, é no ambiente escolar que a situação se torna mais difícil para êle. Crianças, embora problemáticas, são mais ou menos aceitas no ambiente familiar, mas fracassam quando enfrentam a escola e passam a ser consideradas nesse meio como desajustadas. Isso se explica por que uma das características mais constantes do disrítico é a intensidade de suas exigências instintivas e a precariedade do contrôle cognoscitivo sôbre essas exigências. Tem dificuldade em aceitar o princípio da realidade. De outro lado, uma das características do epileptóide é a insatisfação, descontentamento e permanente estado de frustração que manifesta.

Tal insatisfação é particularmente notória na esfera afetiva. Sentem-se rejeitados, preteridos, não compreendidos ou aceitos, embora a maior parte das vêzes sejam pertencentes a lares bem estruturados, onde o clima é de amor e segurança afetiva. Os familiares queixam-se, entre outras coisas, do exibicionismo e manifestações de teor regressivo dos pequenos disríticos. Êsse comportamento visa atrair sôbre si as atenções do ambiente e a satisfação de suas insaciáveis necessidades afetivas. Mesmo nos casos em que são descritos, pelos pais, como muito carinhosos, os testes demonstram que suas reações afetivas são puramente receptivas, periféricas, caracterizadas pela pegajosidade, não havendo participação profunda da personalidade.

Quanto às dificuldades da criança e do adolescente disrítico no setor escolar, ligadas ao rendimento intelectual, estão

quase sempre originadas na dificuldade que têm para concentrar-se; assim, a memória, retenção de conhecimentos, raciocínio etc., encontram-se prejudicados. Todavia, não é difícil encontrar superdotados no grupo dos disrítmicos.

Desde que a disritmia da criança seja leve, ou esteja localizada em áreas do cérebro ainda por mielinizar, será superada durante o processo evolutivo de maturação neuronal, entrando na adolescência sem maiores obstáculos.

Todavia, são muitos os casos em que a puberdade e a pré-adolescência, com suas exigências, especialmente quanto à independência do meio familiar, acentuam e exacerbam as anormalidades do temperamento-caráter. E nessa fase que surgem as pautas de conduta anti-social: furtos, mentiras, transgressões sexuais, falta de senso de responsabilidade. Origina-se um círculo vicioso: a sociedade reage ao comportamento do disrítmico, êste se ressentido quando rejeitado; a não compreensão dos adultos e sua falta de orientação determinam como resposta uma conduta cada vez mais amoral, até o adolescente conseguir o rótulo de "delinqüente juvenil".

Nesses casos, os traços neuróticos como mecanismos de adaptação coexistem com uma base disrítmica. Com bastante frequência, a criança e o adolescente disrítmicos experimentam uma espécie de sentimento de dissociação ou de dupla personalidade, tão intensamente vivenciam o conflito entre suas tendências e impulsos negativos e os desejos de satisfazer as expectativas de seus pais e familiares. Essas contradições originam fricções e conflitos íntimos, fontes de grande ansiedade e frustração.

DIAGNÓSTICO DA DISRITMIA

A disritmia pode apresentar-se como uma síndrome triplíce: psicológica, eletroencelegráfica e clínica. Os métodos para seu diagnóstico serão os mais adequados para cada uma dessas síndromes.

Servimo-nos, em Psicologia Aplicada, dos testes de personalidade, principalmente dos gráficos e projetivos. No I.S.O.P. utilizarmos, principalmente, o Psicodiagnóstico Miocinético do Prof. Mira, o teste de Koch e o Psicodiagnóstico de Rorschach.

As grandes disritmias com manifestações comiciais caracterizam-se no P.M.K. pela amplitude e intensa oscilação dos desvios primários e secundários, evidenciando depressão, emotividade e ansiedade acentuadas.

As disritmias de menor intensidade apresentam-se quase sempre associadas a traços esquizóides, sendo freqüentes os sinais de instabilidade tensional e a irregularidade e falta de ritmo do traçado, que por vêzes, se torna iterativo.

No teste de Rorschach, a síndrome encontrada com maior freqüência é a esquizo-racional, que tem grande afinidade com o abortivo de Stauder.

Certos testes de inteligência, como o WISC e o WAIS, também podem colaborar para o diagnóstico dos casos orgânicos. Estes testes nos oferecem sinais indicativos da desorganização dos processos intelectuais. Contudo, alguns investigadores, como Patterson, sustentam que as capacidades afetadas e o número de subtestes atingidos dependem, em parte, da localização e extensão da área do cérebro afetada. Diversas pesquisas já constataram que os indivíduos portadores de lesões orgânicas do cérebro têm dificuldade para resolver certos itens dos testes de inteligência referentes à execução, especialmente certos subtestes, tais como Mosaico, Arrumação de figuras e Reunião de objetos.

Entre os orientandos, que procuram o I.S.O.P., dificilmente aparecem casos com lesões cerebrais graves; todavia, é muito alto o número dos que são portadores de expressões fenotípicas comiciais; Assim o Setor de Orientação Individual em colaboração com os técnicos do Setor de Inteligência pretende, no decorrer do presente ano, verificar o índice de validade dos subtestes acima assinados, para registrar a presença de disritmia e outras disfunções cerebrais da mesma natureza, que as tratadas no presente trabalho.

Entretanto, no diagnóstico clínico da disritmia, nada pode comparar-se em eficiência com o histórico do indivíduo, seus antecedentes pré-natais e familiares, e os restantes dados obtidos mediante as entrevistas.

Entre os sinais que levantam suspeita de disritmia nas crianças e adolescentes, encontram-se os seguintes:

1. Carga hereditária negativa: pais ou familiares epiléticos, epileptóides, disrítimicos, portadores de distúrbios neurológicos de diversos tipos ou de doenças mentais.
2. Condições inadequadas de gestação, tanto físicas quanto psíquicas.
3. Nascimento anormal, parto distócico ou em condições tais que levantam suspeita de traumatismo craniano.
4. Alterações do sono: sonambulismo, terror noturno, sono irrequieto, revirado, dores abdominais de tipo espasmódico, que acordam a criança durante o sono.
5. Distúrbios psicossomáticos, tiques, manipulações, asma, enurese.
6. Alterações da linguagem: gagueiras, dislalias, troca de letras, de palavras, articulação deficiente.
7. Problemas de dislexia.
8. Hiperexcitação motora — a criança se bate, deixa cair coisas, é estabanada, irrequieta, turbulenta.
9. Manifestações de mau humor, irritabilidade, suscetibilidade e impressionabilidade. Agressividade sujeita a impulsos, explosões de conduta, implicância, viscosidade, teimosia. “Criança queimada”.
10. Transtornos alimentares com vômitos cíclicos, precedidos de dor de cabeça.
11. Dificuldades escolares ligadas à falta de concentração, escasso rendimento intelectual, embora com Q.I. normal.

Quando o resultado dos testes e os dados da entrevista assim o sugerem, solicitamos a obtenção de um E.E.G. Todavia, certos casos podem apresentar a síndrome de personalidade disrítmica sem que apareça a síndrome eletroencefalográfica.

Apresentamos a seguir um caso que pode ser considerado de rotina no Serviço de Orientação do I.S.O.P.:

Trata-se de uma criança de 11 anos de idade, filho único, sexo masculino. Escolaridade: admissão. Mãe: 38 anos, professora primária. Pai: 45 anos, engenheiro.

MOTIVO DA CONSULTA: Tem dificuldades escolares, foi reprovado no curso de admissão em dois colégios. A mãe sempre acompanha seus estudos de perto. É indisciplinado, desobediente, mente muito e carece de senso de responsabilidade. Sofre desmaios precedidos de vertigens. Sono muito agitado. Depois da última re-provação, passou a ter tiques. É agitado, nervoso, irrequieto.

Os pais desejam saber se tem alguma deficiência intelectual e qual o melhor tipo de escola, ou método de ensino, a ser adotado para obter um melhor nível de aproveitamento.

Partindo destes dados obtidos na entrevista inicial com a mãe, planejamos que o orientando se submeteria a testes de inteligência — Binet e Cubos de Kohs, e de personalidade — P.M.K., Rorschach e T.A.T., assim como a um exame médico; realizamos também entrevistas com os responsáveis.

Dos dados da entrevista com a mãe, concluímos que as relações dos pais já na época de sua gestação não eram harmoniosas. Não foi desejado. A mãe sofreu vômitos e enjôos que persistiram até o fim da gravidez. O nascimento processou-se a termo, mas de parto demorado e traumático, conseguido sob manipulações a fórceps baixo.

Alimentação artificial desde as primeiras semanas. Sono muito agitado, até hoje: senta na cama, fala alto, range os dentes, acorda assustado. Embora tendo seu próprio quarto, dormiu com o pai até os 10 anos. Sempre foi o líder de sua turma, impõe-se pela força, mas é respeitado e querido dos outros meninos; ultimamente anda meio desmoralizado, pois suas mentiras foram descobertas pelos colegas. A mãe o proíbe de descer a brincar no pátio do edifício onde moram, pois joga pedras nos carros, quebra as vidraças e des-respeita os empregados.

Mais chegado afetivamente à mãe, embora seja o pai quem lhe faz tôdas as vontades.

Iniciou sua vida escolar com 5 anos, teve adaptação sempre precária, embora não encontrasse dificuldades durante os primeiros anos. Alfabetizou-se com facilidade. Seu rendimento intelectual diminuiu nos últimos dois anos e simultâneamente se agravaram as características negativas de sua personalidade. Não

se concentra, é preguiçoso, irresponsável e descuidado com seus pertences escolares. Nas horas de estudo fica aéreo, revelando grande dificuldade para concentrar-se.

A mãe é rígida, insatisfeita, perfeccionista e sumamente exigente com seus familiares e com ela mesma. Quando se irrita, grita, agride e chama de nomes feios. É muito dura com o filho, e, quando foi reprovado pela segunda vez pediu-lhe para não chamá-la mais de mãe. Últimamente, como castigo, proíbe-o de fazer esportes ou praticar qualquer atividade que não seja estudar. É a figura dominante no lar.

O pai é calmo, passivo, de temperamento viscoso. Frustrado afetiva e sexualmente com a espôsa, canaliza todo seu afeto para o filho, mimando-o exageradamente.

Embora discordem frontalmente quanto aos métodos educacionais a serem seguidos com êle, não discutem por pura apatia e indiferença.

Ambiente familiar tenso, desarmonioso; recebem poucas visitas, não promovem festas.

Antecedentes familiares patológicos por parte do pai. Avô paterno doente mental, avô suicidou-se. Vários tios, irmãos do pai do orientando, desajustados. Um primo epilético.

RESULTADOS DOS TESTES:

Inteligência — Binet-Terman: Q.I. = 120.

Teste de Kohs: Q.I. = 147. Nível muito superior.

Personalidade — No P.M.K. apresenta base fraca, com acentuados traços esquizo-disrítimicos. A síntese das outras duas provas revela situação de conflitos entre seus impulsos de submissão e autonomia. Sente-se pressionado pelas figuras parentais, o que mobiliza seu elevado potencial agressivo. São tênues, superficiais e nêutras suas relações com os pais.

Ressente-se de isolamento e falta de convívio social com outras crianças. Desorientação sexual, o que contribui para aumentar sua curiosidade neste setor.

Foram os seguintes os dados que nos levaram a solicitar um exame eletroencefalográfico: antecedentes hereditários patológicos, nascimento de parto distócico, sono agitado, desmaios e vertigens, tiques, irrequietude, agressividade sujeita a impulsos, falta de senso de responsabilidade, dificuldade de concentração e a presença de disritmia no P.M.K.

O resultado do E.E.G. foi o seguinte: anormal generalizado grau I. Instabilidade de ritmos, suscetibilização à alcalose cerebral. Correlação eletroclínica: disfunção das estruturas centroencefálicas.

Trata-se, pois, de uma criança intelectualmente superdotada, porém portadora de disritmia cerebral, o que prejudica seu ajustamento escolar e familiar. As condições familiares negativas também interferem no seu desenvolvimento afetivo emocional.

Aconselhamos:

a) Tratamento neurológico;

b) Do ponto de vista pedagógico, regime de semi-internato em colégio com estudo dirigido, de turmas pequenas e com assistência psicológica aos pais e ao orientando;

c) Modificação da dinâmica familiar procurando a mãe evitar qualquer manifestação de rejeição. O pai orientaria e daria seu apoio afetivo ao orientando sem entretanto exceder-se, superprotegendo-o. Os pais se uniriam visando proporcionar ao filho um lar mais alegre e descontraído, permitindo que fôsse freqüentado por crianças da idade do orientando por êle escolhidas;

d) Propiciar sua participação em esportes e atividades lúdicas e recreativas sob supervisão médica e técnica;

e) Os pais receberiam assistência psicológica visando a solucionar seu problema matrimonial.

O seguimento do caso, após dois anos de sua orientação, revelou que os pais seguiram parcialmente o conselho, cumprindo à risca o tratamento neurológico. Os resultados foram surpreenden-

tes: o orientando encontra-se cursando com aproveitamento o 2.º ano ginásial, acata a disciplina do colégio. Os desmaios e tiques desapareceram logo no primeiro ano de tratamento. Dorme normalmente. Ainda é impulsivo e irrequieto; a conselho médico alterna jogos e esportes com suas obrigações escolares, liberando assim suas tensões e canalizando de maneira sadia seu excesso de energia.

BIBLIOGRAFIA

Disritmias

(In: GRUNSPUN, Haim — Distúrbios psiquiátricos da criança. São Paulo, Fundo Editorial Prociex, 1961. p. 66 — 86).

Formas eletroencefalográficas.

(In: GRUNSPUN, Haim — Distúrbios psiquiátricos da criança. São Paulo, Fundo Editorial Prociex., 1961. p: 243 — 273).

KNOBEL, Maurício

Las disritmias.

(IN: Nuestros hijos. Cordoba, Argentina. (90): jul: 12-14: 1962.)

SATO, T.

Clinico-electroencephalographical study of maladjusted children in wide sense, especially about the significance of abnormal EEG in behavior-problem children.

(In: Folia psychiatrica et neurologia japonica. Niigata, Japan, 1960. 14 (2): 107 — 122).

Mosovich, Abraham

La electroencefalografia en psiquiatria.

(In: Mira y López, E. — Psiquiatria. Buenos Aires, El Ateneo., 1955. t. III: 43 — 100)

REFT, Andreas

Contribución al tratamiento de la epilepsia infantil.

In: La infancia anormal. México, 1955: Año I (2): 55 — 58).

PEREIRA, Amador

Algunos aspectos del tratamiento de las afecciones motrices de origen cerebral.

(In: La infancia anormal. México, 1955. I (12): 365 — 368).

HUSSEN, A.

Eletroencefalografia.

(In: La infancia anormal. México. V (36): 15 — 18: 1959)

El automatismo psico-motor.

(In: La infancia anormal. México. V (39): 112-113: 1959)

BANBINI, I.

El niño epileptico.

(In: La infancia anormal. México. IV (34): 179: 1958)

PEREIRA, Amador

Clasificaciones de las anomalias psiquicas infantiles.

(In: La infancia anormal. México. VII (52): 39 — 42: 1961); VI (53): 69-72: 1961); VII (55): 120 — 123: 1961).

HELMAN, Z.

Test de Rorschach et examen électro-encéphalographique chez l'enfant dans des cas limites d'épilepsie.

(In: Enfance. Paris, 1953. (4): sept-oct: 18 — 290).

AGUIRRE, Max Augusto

El teste de szondi en pacientes epilepticos.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas. Quito, xii (45): 35 — 100: 1964)

MARKOVICH, Simon E.

Manifestaciones de orden psiquiatrico en la epilepsia focal temporal.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas. Quito, I (4): 428 — 432: 1953).

CARLOS A. León M. D.

El contexto temporo-espacial como fator en la formación de sintomas de-
presivos.

ZELADA, Carlos Rodríguez.

El electroencefalograma del habitante de la autura.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas. Quito. III (10): 247-254: 1955).

BORJA. C. Perez.

La electroenafalografia/dinamica" en los casos de atrofia cerebral.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas. Quito. III (12): 600 — 613: 1955).

MATUTE, Manuel.

Correlaciones electro-clínicas en pacientes epilépticos con manifestaciones
psicóticas.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas.
Quito. IX (35): 490 — 508: 1961).

VELASCO — SUAREZ, Manuel M.

Epilepsia: nuevos conceptos — etiopatogenia, terapeutica y repercusiones so-
ciales.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas. Quito,
X (38): 147 — 151: 1962).

BORJA, C. Perez

Electroencefalografia clinica.

Personalidad epileptica.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas.
Quito, IX (34): 305 — 328: 1961).

MIRA y LÓPEZ, E.

Psicosis y personalidad epileptica.

(In: Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas. Quito,
IX (34): 329 — 332: 1961).

DI LASCIO, Arnaldo

Alterações eletroencefalográficas em menores com desordens de conduta.

(In: Neurobiologia. Recife 26 (2): 154-172: jun: 1963).

- MATHEWS, W. B.
The use and abuse of electroencephalography.
(In: Archivos venezolanos de psiquiatria y neurologia. Caracas 10 (22-23): 89-93: 1964).
- MAIA, José Alberto
Contribuição ao estudo eletro-clínico das hipocarritímias.
(In: Neurobiologia. Recife, 1959/1960/1961. v. 22, 23, 24.
- MARTINEZ, Lage J. M.
Epilepsia refleja: crisis inducidas por movimento.
(In: Revista de medicina del estudio general de Navarra. Pamplona VI (2): 111-119: 1962).
- Epilepsy in children
(In: The objectives and functions of occupational therapy. New York, 1958. 56 — 58).
- SAL y ROSA, Frederico
Aspectos de la herencia de la epilepsia.
(In: Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas. Quito, 1959. vii (25): 22-46:).
- ADRADOS, Isabel.
Estudo de um caso de epilepsia mediante o Teste de Rorschach.
(In: Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro. 14 (3): 53-59: jul/set 1962).
- PARIZET, M. J.
La kinesthésie dans un Rorschach d'enfant épileptique.
(In: Cahiers du groupe françoise Minkovska. Paris (7): oct: 59-68: 1962)
- ALMEIDA GUIMARÃES, Almir
Distúrbios da consciência nas epilepsias.
(In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro X (4): 359-369: oct/nov/dez: 1961)
- PAVONI, M.
Contributo allo studio della psicopatologia degli epilettici con il test "Piramide colori".
(In: Revista de psicologia normal e patológica. São Paulo., 1964 x (3-4): 522 — 524)
- MOURA, M. de
Quelques attitudes d'adolescentes épileptiques envers leur malade.
(In: BINOP. Paris. (2): mar-avr: 75-126: 1965)
- MARQUES, Aluizio
Perspectivas terapêuticas da agressividade dos epilepticos.
(In: Neurobiologia. Recife, 1956. XIX (3-4): 243-276)
- ROYO, Denis J.
(In: Archivo di psicologia neurologia e psichiatria. Milano xxv (1): 51-58: out: 1963).
- ZELADA, Carlos Rodriguez
Orientación profesional del epiléticos.
(In: Boletin de racionalización del trabajo., 1954. (2): 32-40)
- KIKUCHI, Tetsuhiko
Rorschach response and epileptic personality
(In: Tohoku psychologica folia. Tohoku University, 1961. XIX (3-4): 93-102).

- CUNHA LOPES, Ignacio da
Vida profissional dos epiléticos.
(In Arquivos do manicómio judiciário Heitor Carrilho. Rio de Janeiro, 1957.
26 (2) : 11-28)
- PINHO, Rubim de
Psicodiagnóstico de Rorschach em epiléticos.
(In: Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro, 1958.
10 (4) : 35-45)
- TALAN, I.
Contribution à l'étude de l'intelligence chez les épileptics.
(In: Revue psychologie appliquée. Paris, 1953. 3 (3) : 283-287)
- LOPEZ, Fernando Claramut
(In: Revista de psicologia general y aplicada. Madrid xviii (68-69) :
922-926: 1963).
- BORGES, J. C. C.
O teste de Rorschach em epilepticos.
Neurobiologia, Recife, 1938.
- Da Psicologia de epilepticos genuínos. Respostas de côr primárias no Psicodiagnóstico de Rorschach em cinquenta doentes de epilepsia.
Recife, 1936.
- DELAY, A. Pichet, P; Lamperiere, F e Perse
Le test de Rorschach dans l'épilepsie. La personnalité epileptique.
Encephale, 43, 1954.
- El teste de Rorschach en los enfermos com lesiones organicas cerebrales.
Revista de Psicologia General y Aplicada. Madrid, 1957.
- Le test de Rorschach dans le psychosyncho organique.
Revue de Psychologie appliquée, Paris. Centre de Psychologie Apliquée. 1956.
- GUIRDHAM, A.
The Rorschach test in epileptics. J. Mental Sc. 1935, LXXX.
- HARROWER, Erickson M. R.
Personality Changes Accompanyng cerebral lessions I Rorschach Studies of patients wich cerebral Tumors. Arch. Neurol-Psychiat. 1940, vol 43.
- HERTZ, M. R. e Lochrke, L. M.
The application of the Piotrowski and the Hugues signs of organic defect to a group pf partients sufferng from post-traumatic encephalopathy.
Journal of Projective Techniques, 18, 1954.
- MINHOWSKA, F.
Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle.
Am. med. psycholo, 1946, II.