

MARIA DO ROSÁRIO LIMA CURRAL

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA EPILEPSIA
(contribuição para o seu estudo)

Porto
1989

MARIA DO ROSÁRIO LIMA CURRAL

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA EPILEPSIA
(contribuição para o seu estudo)

Porto
1989

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade do Porto
para Obtenção do grau de Mestre em
Psiquiatria

Decreto-lei nº 263/80

- D.R., Iª série nº 181, de 7 de Agosto.

Portaria nº 321/82

- D.R., Iª série nº 70, de 25 de Março.

Despacho nº 122/SES/82

- D.R., IIª série nº 184, de 11 de Agosto.

AO ÁLVARO

AO MEU FILHO FRANCISCO

AOS MEUS PAIS

AO PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO FERNANDES DA FONSECA

AO PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO PACHECO PALHA

E A TODOS OS MEUS MESTRES

CORPO CATEDRÁTICO DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

PROFESSORES CATEDRÁTICOS

Doutor Alexandre Alberto Guerra de Sousa Pinto
Doutor Amândio Gomes Sampaio Tavares
Doutor António Alberto Falcão de Freitas
Doutor António Augusto Lopes Vaz
Doutor António Carvalho de Almeida Coimbra
Doutor António Fernandes da Fonseca
Doutor António Fernandes de Oliveira Barbosa Ribeiro Braga
Doutor António Germano Pina da Silva Leal
Doutor António Luís Tomé da Rocha Ribeiro
Doutor António Manuel Sampaio Araújo Teixeira
Doutor Artur Manuel Giesteira de Almeida
Doutor Cândido Alves Hipólito Reis
Doutor Carlos Rodrigo de Magalhães Ramalhão
Doutor Carlos Sampaio Pinto de Lima
Doutor Casimiro Águeda de Azevedo
Doutor Celso Renato Paiva Rodrigues da Cruz
Doutor Daniel dos Santos Pinto Serrão
Doutor Eduardo Jorge da Cunha Rodrigues Pereira
Doutor Fernando de Carvalho Cerqueira Magro Gomes Ferreira
Doutor Francisco José Zarco Carneiro Chaves
Doutor Francisco de Sousa Lé
Doutor João da Silva Carvalho
Doutor Joaquim Germano Pinto Machado Correia da Silva
Doutor Joaquim de Oliveira Costa Maia
Doutor José Augusto Fleming Torrinha
Doutor José Carvalho de Oliveira
Doutor José Fernando de Bastos Castro Correia
Doutor José Manuel da Costa Mesquita Guimarães

Doutor José Manuel Gonçalves de Pina Cabral
Doutor José Pinto de Barros
Doutor José Vaz Saleiro e Silva
Doutor Levy Eugénio Ribeiro Guerra
Doutor Luís António M.R. Cunha S.M. Pereira Leite
Doutor Manuel Alberto Coimbra Sobrinho Simões
Doutor Manuel Augusto Cardoso de Oliveira
Doutor Manuel da Fonseca Pinheiro Coelho Hargreaves
Doutor Manuel Machado Rodrigues Gomes
Doutor Manuel Maria Paula Barbosa
Doutor Manuel Miranda Magalhães
Doutor Manuel Teixeira Amarante Júnior
Doutora Maria da Conceição Fernandes Marques e Magalhães
Doutor Mário José Cerqueira Gomes Braga
Doutor Norberto Teixeira Santos
Doutor Serafim Correia Pinto Guimarães
Doutor Valdemar Miguel Botelho dos Santos Cardoso
Doutor Vitor Manuel Oliveira Nogueira de Faria
Doutor Walter Friedrich Alfred Osswald

PROFESSORES JUBILADOS

Doutor Abel José Sampaio da Costa Tavares
Doutor Albano dos Santos Pereira Ramos
Doutor António Martins Gonçalves de Azevedo
Doutor Carlos Ribeiro da Silva Lopes
Doutor Eduardo Esteves Pinto
Doutor João Costa
Doutor Joaquim José Monteiro Bastos
Doutor José Ruíz de Almeida Garret
Doutor Júlio Machado de Sousa Vaz
Doutor Manuel Sobrinho Rodrigues Simões
Doutor Manuel José Bragança Tender

"Penso que só há um caminho para a ciência
ou para a filosofia:

encontrar um problema, ver a sua beleza
e apaixonar-se por ele, casar e viver fe-
liz com ele até que a
morte nos separe - a não ser que encontrem
um outro problema ainda mais fascinante,
ou, evidentemente, a não ser que obtenham
uma solução.

Mas mesmo que obtenham uma solução, po-
derão então

descobrir para nosso deleite,
a existência de toda uma família de problemas
filhos, encantadores ainda que talvez dí-
fíceis, para cujo bem-estar poderão
trabalhar, com um sentido,
até ao fim dos nossos dias"

Karl Popper

PREFÁCIO

Na escolha do tema a investigar com vista à elaboração desta Tese de Mestrado, foi sem hesitação, embora com alguma preocupação, que me decidi por investigar uma área ligada à Neurologia. Pelo Excelentíssimo Senhor Professor Doutor António Palha fui orientada para a temática dos "Aspectos Psicossociais na Epilepsia". Àquela data, já outros projectos de investigação decorriam entre o Serviço de Psiquiatria e o Serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital de S. João. O encorajamento que recebi do Excelentíssimo Senhor Professor Doutor António Fernandes da Fonseca permitiu que se iniciasse então este estudo.

O trabalho não chegou ao fim. Torna-se agora, necessário fazer uma paragem.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Fernandes da Fonseca testemunho a minha gratidão pelas condições de trabalho que conseguiu criar no Departamento que dirige, pelo incentivo que sempre me demonstrou pela realização deste trabalho, pela sua grande generosidade e calor humano e pelo modelo científico que personifica.

Ao Professor Doutor António Palha agradeço a orientação que sempre me deu assim como as críticas construtivas e pertinentes que este trabalho lhe mereceu.

Aos Professores António Palha e João Barreto agradeço as condições de trabalho existentes no Serviço de Psicologia Médica, que contribuíram para a realização deste trabalho.

Na pessoa do Professor Doutor Celso Cruz agradeço a disponibilidade e competência com que os profissionais que dirige, nomeadamente a Dra. Luísa Guimarães, me receberam e ajudaram neste trabalho.

Ao Professor Doutor Leandro de Almeida e Dr. Emanuel Ponciano agradeço a ajuda no estudo estatístico efectuado.

Aos Drs. Isabel Soares e Alberto Getúlio Castro agradeço a colaboração no estudo psicométrico.

A Dra. Rita Adília de Sá Carneiro Leão agradeço, a colaboração na tradução do inventário psicossocial.

Agradeço ainda aos Laboratórios Ciba-Geigy e Upjohn Farmoquímica Lda por me terem fornecido material bibliográfico.

A todos os outros, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu obrigada.

Por último quero expressar a minha gratidão à Reitoria da Universidade do Porto, na pessoa do seu Magnífico Reitor, Professor Doutor Alberto Amaral, pela atribuição duma bolsa que subsidiou parte deste trabalho.

ÍNDICE

CAP. I - O QUE É A EPILEPSIA	15
1.1 - O que é a epilepsia?	15
1.2 - Incidência	18
1.3 - Prevalência	18
1.4 - Classificação	19
CAP. II - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA EPILEPSIA	23
2.1 - Introdução	24
2.2 - Aspectos Psicológicos	25
2.3 - Aspectos Sociais	32
2.4 - Quantificação	39
CAP. III - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	44
3.1 - Objectivos	45
3.2 - Metodologia	45
3.3 - Tratamento Estatístico	59
3.4 - Resultados	60
CAP. IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	95

BIBLIOGRAFIA

Capítulo I
O QUE É A EPILEPSIA

CAPÍTULO I

O QUE É A EPILEPSIA

1.1 - O que é a Epilepsia?

Como se define? Qual o seu significado? Clínicos gerais, generalistas, neurologistas, pediatras e psiquiatras, observam doentes com epilepsia. A sua definição, no entanto, permanece controversa.

Vejamos algumas definições:

"A epilepsia é uma perturbação paroxística e transitória da função cerebral que se desenvolve subitamente, cessa espontaneamente e que exhibe nítida tendência a recorrer" (Russel Brain 1951).

"Doença cerebral crónica com várias etiologias, caracterizada por crises recorrentes, devido a descarga excessiva dos neurónios cerebrais (crises epilépticas) associadas a variadas manifestações clínicas e laboratoriais. Uma crise epiléptica e crises epilépticas esporádicas (convulsões febris, convulsões secundárias a eclampsia puerperal), crises epilépticas durante uma doença aguda, não constituem no entanto epilepsia (não se fala em epilepsia urémica ou encefálica, mas em crises epilépticas durante a encefalite ou doença de Bright" (Gastaut 1973).

"Definição fisiológica - descarga em massa de um grupo de neurónios cerebrais ou da sua totalidade, afectados momentaneamente numa forma sincrónica; definição neurológica - manifestações convulsivas desta hipersincronia ou dos seus equivalentes; definição psiquiátrica - destruturação da consciência em relação com as crises e os acidentes comiciais de um lado e modificações de personalidade, eventualmente associados a estes transtornos, por outro" (Henry Ey 1978).

"A palavra epilepsia não tem um só significado, e por sua vez a sua definição é insuficiente. Existe o acordo de que o principal factor é a recorrência das crises. Pode-se definir a crise, a doença causadora das crises, as causas precipitantes das crises e as consequências das crises. Tudo isto contribui para o quadro geral da epilepsia. Um fisiologista pode definir os parâmetros da descarga eléctrica subjacentes às crises. Um bioquímico pode no futuro definir a localização e alteração responsável pela descarga eléctrica. Tais eventos fazem também parte da epilepsia. Mas epilepsia é também um "rótulo social". Os indivíduos, com o diagnóstico de epilepsia, são, em maior ou menor grau penalizados social e economicamente" (Marsden & Reynolds, 1982).

"Epilepsia é a recorrência espontânea das crises" (Stevens, 1986).

Como pode ver-se a palavra "epilepsia" tem tido vários significados. A mesma tem sido empregada em diferentes contextos: neurofisiológico, eléctrico, químico neuronal e clínico. Sem dúvida que este facto gerou alguma confusão e terá levado ao aparecimento das mais variadas definições.

É, no entanto, a perspectiva ou abordagem clínica aquela que permanece mais ligada com o benefício para o doente epiléptico, uma vez que é a percepção da crise ou o seu relato por terceiros que levam o doente, na maior parte dos casos, a procurar tratamento (Trimble, 1986).

Vejamos resumidamente a evolução histórica do conceito de epilepsia.

A epilepsia foi considerada desde a antiguidade por todas as culturas como uma forma de comunicação dos deuses. Até Hipócrates a epilepsia foi considerada como uma forma de expressar a cólera dos deuses permitindo que o demónio se introduzisse no corpo humano, levando-o à agitação que lhe é peculiar.

Os Gregos consideravam-na como enviada pelos deuses, sobrenatural.

Hipócrates parece ter sido o primeiro a desmistificar a epilepsia, dizendo que esta doença não era influenciada pelos deuses e também quem primeiro fez a descrição clínica das crises, das auras, da incontinência, da formação de espuma na boca e das crises unilaterais. Considerou o cérebro como o local da doença. Já é referido por Hipócrates o sentimento de vergonha que acompanhava estes doentes e que os levava a refugiarem-se e a fugirem para lugares desérticos.

Posteriormente a Hipócrates, em Roma, o nome de "Morbus Comitialis" significava epilepsia uma vez que, se interrompiam os comícios quando alguém sofria uma crise.

Esta doença teve ainda outros nomes: Morbus Herculis, Morbus Di-seus, Morbus Demoniacus".

O termo Epilepsia remonta à Idade Média, parecendo ser da responsabilidade de um médico de origem árabe de nome Avicena (Fonseca II, 1985).

A doença epiléptica na sua evolução passou por três períodos distintos: período primitivo em que era considerada como doença sobrenatural; período Hipocrático - em que se lhe atribuiu origem mental; período medieval em que se admitia ser de origem demoníaca. A condição de natural veio a ser reposta na era racionalista (Fonseca II, 1985).

Só a partir do fim do século XVIII e início do século XIX, se começou a desenvolver o conceito de epilepsia como entidade com origem específica no sistema nervoso central e passível tratamento.

Philippe Pinel e Esquirol (1793-1795) separaram os doentes epilépticos dos outros doentes mentais e implementaram o seu estudo.

John Jackson (1863) dedicou a sua atenção às crises unilaterais e fez uma classificação de crises epilépticas: nível inferior (pontobulbar), nível médio (cortéx motor) e nível superior (pré-frontal).

Esquirol (1883) diferenciou 2 tipos de epilepsia: grande e o pequeno mal.

Em França e Inglaterra, Charcot e Gowers, contemporâneos de Jackson desenvolveram também o estudo de epilepsia. Charcot foi o 1º a demonstrar a distinção da epilepsia com a histeria, anulando ou reproduzindo crises históricas pela hipnose, Gowers contribuiu também para o estudo da histeria classificando a histeria e a epilepsia como doenças crónicas convulsivas.

E foi com Hans Berger que, em 1929, se efectuou e descreveu pela primeira vez um gráfico da actividade eléctrica cerebral, e o denominou de electroencefalograma (Trimble, 1986).

Berger comprovou a hipótese de Jackson ou seja que as crises epilépticas são manifestações originadas por descargas eléctricas de intensidade anormal em determinada área cerebral relacionadas funcionalmente com a sintomatologia clínica das mesmas.

Com a descoberta da electroencefalografia as palavras epilepsia, epiléptico, epileptiforme, que inicialmente apenas eram utilizadas na prática clínica, passaram também a sê-lo na descrição dos registos de electroencefalogramas.

Contudo a correlação entre as manifestações clínicas e os acontecimentos eléctricos registados no electroencefalograma tem sido menos precisa

do que inicialmente se previu, encontrado-se hoje a linguagem eléctrica do cérebro ainda pouco esclarecida.

Se bem que os diferentes métodos electroencefalográficos tenham representando uma importante contribuição no estudo da epilepsia, outros métodos a este se juntaram como a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética nuclear, que permitiram avanços significativos no diagnóstico desta patologia.

Concluimos, então que a ausência de denominador comum na sua etiologia e anatomo-patologia fazem desta situação um síndrome caracterizado por um certo tipo de manifestações clínicas e electroencefalográficas com variadas causas (Palha, 1985). Assim e ao ter que ser encarado como um síndrome de evolução crónica e na maior parte dos casos se mantém durante toda a vida, surge de modo inquestionável a sua vertente psicossocial.

2. - Incidência

Os valores de incidência variam de 11 a 134 casos em 100 000.

A maior parte apresenta valores entre 20 e 70 casos por 1 000 000 (Sander and Shorvon, 1987).

3. - Prevalência

Os valores de prevalência que se encontram na literatura variam de 1.5 em 1000 (Sato, 1964) a 31 em 1000 (Chiofalo et al., 1979).

Na maior parte dos estudos a prevalência da epilepsia apresenta valores entre 4 e 10 por 1000 (Sander ad Shorvon, 1978).

Segundo uma publicação de Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (1978) os resultados dum inquérito recente realizado pelo Ministerio da Educação, na área de Lisboa, apontava para uma prevalência de 2% numa amostra de 7530. Um inquérito realizado no Porto aponta para uma prevalência de 0,8%.

4. - Classificação da Epilepsia e das Crises Epilépticas

Existem dois tipos de classificações de epilepsias: uma classificação das crises; e outra classificando os síndromes. Em cada síndrome existe por vezes mais do que um tipo de crise e são também importantes outras facetas como etiologia, idade de início e evidência de patologia cerebral (Fenton, 1988).

A classificação das crises da Liga Internacional Contra a Epilepsia (1981) é largamente utilizada e relativamente bem aceite. Esta baseia-se na semiologia clínica e electroencefalográfica.

Transcreve-se esta classificação uma vez que foi também por nós utilizada (Dreyfus, 1981).

QUADRO I

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CRISES EPILÉPTICAS (1981)

I - CRISES PARCIAIS.

A - SIMPLES (consciência não atingida).

1. Com sinais motores:

- a) Focal motora sem marcha;
- b) Focal motora com marcha jaksoniana;
- c) Versiva;
- d) Postural;
- e) Fonatória (vocalização ou paragem da fala).

2. Com sintomas somato-sensitivos ou sensoriais (alucinações simples, como por exemplo, campainhas, luzes, zumbidos):

- a) Somato-sensitiva;
- b) Visual;
- c) Auditiva;
- d) Olfactiva;
- e) Gostativa;
- f) Vertiginosa.

3. Com sintomas ou sinais automáticos (incluindo sensação epigástrica, palidez, sudação, rubor, piloereção, dilatação pupilar).
4. Com sintomas psíquicos (perturbação das funções corticais superiores - Estes sintomas raramente ocorrem sem perturbação da consciência e são muito mais comuns nas crises parciais complexas):

- a) Disfásicas;
- b) Dismnésicas (estados de sonho, distorção do tempo);
- c) Afectivas (medo, ira);
- d) Ilusões (macropsias);
- e) Alucinações estruturadas (música, cenas).

B - COMPLEXAS (com perturbação da consciência, podendo por vezes, iniciar-se por sintomatologia simples).

1. Início parcial simples, seguido de perturbação da consciência:
 - a) Com quadro parcial simples (A-1 a A-4) seguido de perturbações da consciência;
 - b) Com automatismos;
2. Com perturbação da consciência desde o início:
 - a) Apenas perturbação da consciência;
 - b) Com automatismos.

C - PARCIAIS EVOLUINDO PARA CRISES GENERALIZADAS SECUNDARIAMENTE (estas podem ser tónico-clónicas, tónicas ou clónicas).

1. Crises parciais simples (A) evoluindo para generalizadas.
2. Crises parciais complexas (B) evoluindo para generalizadas.
3. Crises parciais simples evoluindo para parciais complexas e depois para generalizadas.

II - CRISES GENERALIZADAS

A.1 - AUSÊNCIAS:

- a) Apenas perturbação da consciência;
- b) Com componentes clónicos moderados;

- c) Com componentes atônicos;
- d) Com componentes tónicos;
- e) Com automatismos;
- f) Com componentes autonómicos (de b a f) podem surgir isoladas ou em combinação

A.2 - AUSÊNCIAS ATÍPICAS

Pode haver:

- a) Alterações do tónus mais importantes que em A.1;
- b) Início e final que não são bruscos.

B - CRISES MIOCLÓNICAS.

Abalos mioclónicos, simples ou múltiplos.

C - CRISES CLÓNICAS.

D - CRISES TÓNICAS.

E - CRISES TÓNICO-CLÓNICAS.

F - CRISES ATÓNICAS (astáticas).

Pode haver combinações das precedentes, (por exemplo B+F ou B+D).

III - CRISES NÃO CLASSIFICADAS.

Por dados incompletos ou inadequados e outras que escapam à classificação nas categorias descritas, como algumas crises neo-natais.

Classificação das crises

As crises são classificadas como parciais (Focais, locais) ou generalizadas (envolvimento inicial dos dois hemisférios do cérebro).

As crises parciais tem origem num local específico no cortex cerebral e tem sintomas ou sinais que identificam o local.

As manifestações clínicas das crises parciais vão desde perturbações sensoriais ou do pensamento até movimentos convulsivos numa parte do corpo.

As crises parciais são divididas em três subgrupos: simples, complexas e secundariamente generalizadas. Nas crises parciais simples, nunca há perda da consciência. Nas crises parciais complexas a consciência está perturbada durante as crises. Algumas crises parciais (simples e complexas) evoluem para crises generalizadas.

Crises generalizadas envolvem desde o início ambos os hemisférios do cérebro. Há perda de consciência. Podem ser só perda de consciência (ausências) ou resultarem em crises tónico-clónicas, mioclónicas, tónicas ou clónicas.

Noutras classificações ausência é semelhante a pequeno mal, crise tónico-clónica a grande mal, crise parcial simples a crise focal ou Jacksoniana e crise parcial complexa a crise psicomotora ou do lobo temporal.

Capítulo II
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA EPILEPSIA

CAPÍTULO II

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA EPILEPSIA

1 - Introdução

Os problemas psicológicos e sociais em doentes com epilepsia têm merecido a atenção de psiquiatras, neurologistas, psicólogos e sociólogos. A sua importância é relevante, atendendo a que, na maior parte dos casos, estes se tornam mais incapacitantes do que a crise epilética em si.

Atestam ainda a importância dos problemas psicológicos e sociais na epilepsia, as cerca de 5 000 publicações que sobre este tema foram indexadas pelo "Epilepsy Branch and Communicative Disorders ad Stroke no ano de 1981"

Num estudo realizado em 319 doentes epiléticos, Rodin (1977), encontrou problemas psicológicos e sociais em cerca de 77% dos doentes estudados.

Em relação à génese destes problemas, têm sido considerados aspectos biológicos, psicológicos e sociais. No que diz respeito ao aspecto biológico, entender-se-á que, se o sistema nervoso central está comprometido durante e após a crise epilética, as capacidades intelectuais logicamente também estarão. Por outro lado existem os aspectos psicológicos que muitas vezes são indissociáveis dos sociais. Alguns indivíduos com este síndrome sentem-se diferentes dos demais devido às crises e muitas vezes inferiorizados. A vivência destes sentimentos não é indiferente o preconceito social que esta doença acarreta. Bagley (1972), relaciona o preconceito ligado à epilepsia com o medo do desconhecido e do imprevisto. Assim, a hostilidade que o epilético tem sofrido pela sociedade poderá estar relacionada de algum modo, com o pânico que qualquer indivíduo sente ao perder o controlo de si mesmo.

Segundo Taylor (1969) a integridade dum estrutura social depende do controlo e da ordem. A morte e a loucura são os dois factores que ameaçam de uma forma indiscutível o controlo de cada indivíduo no meio em que vive.

A crise epiléptica poderá assim ser fantasiada como uma viagem momentânea ao mundo da morte. Não admirará que o doente epiléptico, muitas vezes rejeitado pela sociedade e superprotegido a nível familiar, sofra os problemas de desajustamento psicossocial que poderão ser mais ou menos graves.

Existe pois um compromisso biopsicologico e social na génese dos problemas psicossociais do epiléptico. **Ronald Levin afirma que os factores psicológicos, sociais e comportamentais nos epilépticos são os mais comuns, os menos estudados e os menos compreendidos.**

2. - Aspectos psicológicos

2.1 - Psicopatologia

Após a introdução da electroencefalografia no estudo da doença epiléptica foi por diversas vezes referida a relação entre epilepsia temporal e doença psiquiátrica. Bear e Fédio (1977) referem uma alta incidência de psicopatologia em doentes com epilepsia temporal.

Para Standage e Fenton (1975), embora a morbilidade psiquiátrica seja alta em doentes epilépticos, não é significativamente diferente de um grupo de controlo noutros pacientes.

Herman e Whitman (1981) não referem diferenças significativas no que diz respeito a psicopatologia entre um grupo de epilépticos e outros doentes sofrendo de outras patologias.

Garyfallos (1988) notou a presença de uma forma ligeira de psicopatologia nos epilépticos em geral e de uma outra mais grave num subgrupo de epilépticos temporais com síndrome cerebral orgânico associado.

Herman (1981) ao comparar grupos de epilépticos, encontrou valores mais altos de psicopatologia naqueles que apresentaram déficits cognitivos mais acentuados.

Relativamente à existência de **psicoses** em doentes epilépticos Mckenna et al. (1985) apontaram uma prevalência de cerca de 7%. No entanto, segundo Toone et al. (1982), as psicoses crónicas parecem não ser mais prevalentes na epilepsia do que na população em geral.

Palha (1985) refere uma prevalência para a psicose de 9,8% numa amostra constituída por 90 doentes.

Entre outros autores, Flor-Henry (1969) estabelece uma correlação significativa entre a epilepsia temporal e a esquizofrenia.

Palha (1985) verificou ainda o predomínio de epilepsias temporais (59.5%) para o grupo psicótico particularmente nas esquizofrenias.

Relativamente ao grupo dos síndromes neuróticas, a **histeria** tem sido relacionada com a epilepsia. Scot (1978) e Kogeorgos et al. (1982) referem-na como sendo mais comum na epilepsia generalizada.

Palha (1985) encontrou 22% dos casos com sintomas histéricos.

A **ansiedade** faz parte do dia a dia de qualquer ser humano e é por este motivo considerada uma experiência normal. Torna-se no entanto patológica quando de intensidade exagerada ou quando evita a resolução satisfatória do problema que a motivou.

Segundo Bets (1988) poderemos encontrar a ansiedade na epilepsia como reacção ao diagnóstico de epilepsia e ao estigma social e familiar que a mesma acarreta, como prodromo ou como aura, ictal, como agitação na psicosis epiléptica, fóbica e precipitante de crises. O mesmo autor refere também, como formas mais vulgares de ansiedade na epilepsia, a fóbica e agarofóbica relacionadas com o medo duma crise, num espaço fechado ou aberto. A ansiedade pode levar à crise e esta por sua vez à ansiedade. Palha (1985) encontrou uma percentagem de 67.7 de sintomas ansiosos nos doentes epilépticos que estudou.

A relação entre **depressão** e epilepsia é semelhante à da ansiedade e epilepsia (Bets, 1981). Encontram-se descritas duas formas clássicas de depressão: a reactiva e endógena (neurótica e psicótica). Alguns dos sintomas depressivos são secundários ao "stress" diário. No entanto a depressão endógena parece ser mais frequente na epilepsia embora o curso seja clássico.

Bets também propõe uma classificação para a depressão. Depressão prodromica, como aura, como crise, peri-ictal e como reacção ao "stress".

Palha (1985) encontrou sintomas depressivos em 63.3% de doentes. Em 22.8% verificou possuírem uma personalidade afectiva e em 24.6% um ambiente familiar desfavorável.

A associação entre epilepsia e psicopatologia parece pois evidente. Esta no entanto não deve ser feita para um determinado tipo de epilepsia, a epilepsia temporal (Dodril and Batzell 1986).

Garyfallos (1988) refere que a "Má imagem" do doente epilético provavelmente se deverá a um subgrupo dentro dos epilepticos temporais com síndrome cerebral orgânico associado.

2.2 - Epilepsia e Personalidade

Vários investigadores têm tentado definir uma perturbação da personalidade que seja específica da epilepsia. No entanto muitas das amostras têm sido constituídas por doentes internados em hospitais psiquiátricos, o que necessariamente dificulta a extrapolação destas para os epiléticos em geral. Este tipo de doentes epiléticos crónicos, em regime de internamento, desenvolvem um determinado padrão de comportamento que apresenta as seguintes características: pedantismo, circunstância, meticulosidade, religiosidade, egocentrismo, hipercrítica, hipocôndria, superstição e irritabilidade, associadas a uma lentidão do curso do pensamento que é semelhante à debilidade mental. Seriam estes os epilepticos mais graves e que apresentavam muitas vezes síndrome cerebral orgânico.

Bear (1986) que, após ter utilizado um instrumento da sua autoria, para avaliação de muitas das características apontadas aos epiléticos temporais, referiu inclusivamente que só alguns epiléticos temporais apresentam perturbações da personalidade.

Segundo Garyfallos (1988) **a alteração da personalidade, quando existe, não deve ser atribuída propriamente à epilepsia porque, nos vários grupos de epiléticos temporais e não temporais, um sub-grupo existe de entre os epiléticos temporais que se distingue significativamente.**

As perturbações da personalidade são um diagnóstico comum em doentes epiléticos. Schwartz (1988) relata uma incidência de 35% de perturbações da personalidade em epiléticos, que frequentaram a interconsulta psiquiátrica no período de um ano. Estas perturbações apresentam uma prevalência superior nestes doentes do que noutros do foro neurológico, que recorreram a esta interconsulta. Neste estudo não foi encontrada relação entre lateralidade do EEG e perturbação da personalidade.

Palha (1985) encontrou um valor de 53.3% de perturbações da personalidade. Ainda, segundo o mesmo autor, não foi possível definir a existência de uma personalidade da epilepsia.

O início precoce da doença, um ambiente familiar por vezes adverso, as restrições e o efeito dos antiepilépticos são factores que uma vez conjugados podem levar a um determinado tipo de comportamento que aparece também noutros tipos de doenças crónicas (Bets, 1988).

Para Fenton (1981) não existe um padrão de personalidade epiléptica que se aplique a todos os doentes com epilepsia.

2.3. - Emoções e Epilepsia

A emotividade profunda é relacionada com a epilepsia por Bear et al. (1982).

Segundo Strauss et al. (1982) o medo é a emoção ictal mais comum e doentes com epilepsia temporal esquerda têm mais medos sociais e sexuais do que os "normais".

Herman et al (1982) dizem ainda que os doentes com epilepsia do lobo temporal e medo ictal têm maior risco de patologia psiquiátrica.

Segundo Flor-Henry (1969) as perturbações afectivas são mais frequentes em lesões do lobo temporal direito.

A depressão já foi anteriormente referida. No que diz respeito a quadros hipomaníacos e maníacos, Dongier (1959) refere-os como raros na epilepsia. O "stress" ou uma emoção forte podem precipitar uma crise ou aumentar a frequência das mesmas.

2.4 - Violência e Comportamento Agressivo

Nunca foi muito clara a relação entre epilepsia e violência. A literatura mais antiga refere que o doente epiléptico é agressivo e facilmente irritável. São dados empíricos que não se acompanham de trabalhos científicos. Um facto é que as pessoas, ao longo dos tempos, têm demonstrado medo dos doentes epilépticos, o que ainda se verifica nos nossos dias já que são julgados por vezes como possessos de poderes demoníacos ou outras forças sobrenaturais malignas.

A hostilidade e rejeição que a sociedade mostra pelo doente epiléptico poderá desenvolver nestes um profundo sentimento de "raiva" com conseqüente reflexo na sua agressividade.

Taylor (1969) e Serafetinids (1965) referem uma maior agressividade nos homens do que nas mulheres epiléticas e que, quanto mais cedo se inicia a doença, mais fácil será o aparecimento da agressividade, levando-nos a pensar na discriminação precoce e numa aprendizagem social deficiente.

Segundo Treiman (1986) existem nas cadeias 2-4 vezes mais epiléticos do que na população normal, sendo no entanto esta prevalência semelhante à da epilepsia encontrada nas classes sócio-econômicas originárias da maior parte dos prisioneiros.

Não é contudo evidente que a violência seja mais comum nos epiléticos assim como também não o é nos doentes com epilepsia do lobo temporal. A violência ictal é rara e quando ocorre, na maior parte dos casos, traduz uma resistência passiva, o que não terá muito a ver com crimes ou actos complexos e premeditados.

A agressão pode também ser autoagressão.

Barraclough (1981) ao rever 11 artigos que estudam a mortalidade em epiléticos, encontrou um risco de morte por suicídio cinco vezes superior ao de população normal. Segundo o mesmo, mortes súbitas e inexplicáveis são frequentes e podem corresponder a suicídios.

Barraclough (1987) refere risco de suicídio muito elevado na epilepsia do lobo temporal e epilepsia grave. O risco parece diminuir com o tempo de doença.

Malkay (1989) encontrou um número de intoxicações repetidas superior ao da população em geral. As tentativas de suicídio que são mais frequentes na população epilética pareceram ser devidas a doença mental, adição a drogas e perturbação de personalidade (Barraclough 1979).

Palha (1985) encontrou 28,9% de tentativas de suicídios, aparentemente relacionadas com personalidades imaturas ou presença de sintomas depressivos.

2.5. - Deterioração Mental e Epilepsia

A associação entre epilepsia e deterioração mental tem sido referida há longa data. Em 1985, Gowers referia que o estado mental nos epiléticos se apresentava frequentemente deteriorado (Dodril, 1988). Todavia estudos recentes (Bourgeois et al. 1983, Trimble e Corbert 1980) verificaram-na só em 10 a 20% dos casos. Hauser (1983) relaciona a deterioração mental verificada com o estado de mal epilético, e Lennox e Lennox (1960) com a frequência de crises generalizadas tónico clónicas.

Actualmente, discute-se também o papel dos antiepiléticos como factor adjuvante da deterioração mental nestes doentes.

2.6 - Aceitação da doença

A aceitação da doença está relacionada com o ajustamento às crises e com a forma como os outros reagem à mesma.

Especificamente no que diz respeito à crise epileptica, segundo Mittan (1986) cerca de 67% dos doentes pensam que podem morrer durante a mesma, 20% pensam que vão ter uma vida curta e, 1 em 20, fala destes problemas com o seu médico.

Existe também, nestes doentes, o medo de que as crises possam afectar o seu sistema nervoso, diminuir as suas capacidades intelectuais e levar à "loucura".

As consequências psicológicas dos medos do doente podem ser as mais variadas. Referimos as seguintes: medo permanentemente de sofrer nova crise, medo de estar sózinho, preocupação exagerada com a saúde, depressão, hipersensibilidade, sentimento de que está a enlouquecer, suicídio, pensamentos de suicídio e desejo de nunca ter nascido. O medo de acidentes, de sair de casa, a imagem negativa de si próprio, secundária, em parte, à representação cognitiva da doença, levam por vezes o epilético a não querer competir, a não procurar emprego e a **isolar-se**.

Actualmente o **medo** é considerado como factor mais importante do que os estigmas ou preconceitos sociais da génese do **ISOLAMENTO SOCIAL**. Existem no entanto doentes epiléticos ajustados psicossocialmente e em que o seu dia a dia não é perturbado de modo significativo pelas crises. Todavia

Shorvon (1986) encontrou uma percentagem relativamente baixa (25%) de epiléticos nesta situação.

Alguns preconceitos existem em relação à epilepsia. Na Etiópia a epilepsia é vista como foi a lepra, na Idade Média. As crianças epiléticas do Quênia e do Equador são privadas de brincar com as outras. Na Índia, uma mulher epilética dificilmente se casa. Noutros países, como por exemplo a Inglaterra, só há muito pouco tempo a opinião pública encara o epilético como um cidadão com todos os direitos.

Quanto à atitude dos médicos face à epilepsia e aos doentes epiléticos em geral poucos estudos se conhecem. Beran et al (1981) encontraram todavia atitudes negativas por parte dos primeiros.

Caveness e Gallup (1980) relatam uma melhoria significativa nas atitudes das pessoas para com os doentes epiléticos, nos últimos 30 anos.

2.7 - Relação Médico-Doente e Tratamento

O doente recorre ao médico não só com o objectivo do tratamento das crises mas também com o desejo de perceber o que se passa com ele e de ser tratado como uma "pessoa".

Muitas vezes o estabelecimento dum vínculo terapêutico passa pela **informação**, mais ou menos aberta, sobre o seu caso. Quando a ansiedade é intensa, o ter um médico que o **compreende**, que **sabe o que ele tem**, que é **competente e que o informa sobre o que pode fazer** assume um duplo papel que é o de absorver a ansiedade do doente e diminuir-lhe os medos imaginários e exagerados perante a sua epilepsia.

Existem, todavia poucos trabalhos que esclareçam melhor a forma como o doente e o médico vêm esta relação e o tratamento.

Watzkin (1976) ao pretender esclarecer a relação médico-doente refere que 23% de doentes epiléticos sentem que os médicos hesitam em informá-los sobre o que é a epilepsia, pondo a hipótese de eles próprios não saberem muito bem. Estes mesmos doentes consideram os seus médicos como "distantes e muito ocupados".

O mesmo autor refere que o tempo gasto pelos médicos a informar os doentes sobre **a sua doença**, em cada consulta varia de 1-20 minutos.

Segundo Schneider e Conrad (1986) os médicos subestimam as capacidades dos seus doentes no sentido da compreensão dos seus problemas

de saúde. O poder do médico está também na posse de informações que o doente não tem. Talvez seja a manutenção duma relação médico-doente assimétrica que, muitas vezes, leva o médico a não conversar abertamente e a não informar o mesmo sobre a sua patologia. Cinquenta por cento dos doentes estudados por estes autores referem como insuficiente (qualitativamente e quantitativamente) a informação dada pelos seus médicos.

A prescrição da terapêutica, por variadas razões, muitas vezes não é cumprida pelos doentes crónicos. No caso da epilepsia, torna-se numa situação de algum modo grave uma vez que as crises deixam de ser controladas, podendo secundariamente afectar terceiros se considerarmos situações como a gravidez, acidentes de viação, acidentes laborais, etc.

Cerca de 1/3 a 1/2 dos doentes com epilepsia não cumprem a terapêutica, sendo este um dos factores mais importantes para os custos elevados destes doentes à sociedade (Leppick, 1988).

Os métodos que têm sido mais utilizados na observação do cumprimento da terapêutica são: doseamento da concentração dos antiepiléticos no soro e a entrevista clínica.

A monoterapia e uma informação adequada, numa relação médico-doente conseguida, contribuem para o cumprimento do esquema terapêutico prescrito.

3 - Aspectos Sociais

3.1 - Família

Quando a epilepsia surge na infância, as reacções no seio da família são várias: superprotecção, rejeição, negação, sentimento de culpa, de angústia, de tristeza, vergonha, depressão, etc. Os comportamentos a estas reacções podem ser: isolamento, permissividade, mudanças nas actividades familiares, dificuldades no cumprimento da terapêutica, diminuição das expectativas parentais na criança, etc. A superprotecção destas crianças conduzirá mais tarde, na vida adulta, a situações de imaturidade afectiva, dependência excessiva, e deficiente auto-confiança, originando muitas vezes o desajustamento social com diminuição da capacidade de trabalho (Lerman, 1985). Num inquérito, realizado por este autor, a pais de crianças epiléticas cerca de 80% admitiram que a sua atitude como educadores se alterou a partir da altura do diagnóstico

da doença epiléptica. Alguns familiares deixam-se invadir por um sentimento de culpabilidade em virtude de se sentirem atingidos por certos preconceitos ligados á hereditariedade ou aos estigmas sociais que esta doença acarreta (Fonseca, II, 1985).

E necessário saber distinguir entre o que é a doença e a reacção á mesma. Segundo Pond (1981) o "papel de doente" não terá muito a ver com a doença mas antes com o padrão de interacção familiar, no que diz respeito à doença e tratamento.

O papel "de doente" está ainda relacionado com o benefício ou o ganho secundário que a doença lhe permite (ter desculpa para fugir às suas responsabilidades e não se esforçar pela execução adequada das suas tarefas). Sentimentos de culpa, de vergonha, etc, por parte dos pais, podem levar a alterações do comportamento na criança que nada têm a ver com a epilepsia. Torna-se portanto necessário também informar os pais e a família para a importancia de prevenir tais comportamentos.

Ritchie (1981), comparando famílias de crianças epiléticas com famílias "normais", refere ser a mãe que detém mais o poder nas famílias de epiléticos. A curto prazo, esta situação mantém a homeostasia familiar mas, a longo prazo, a rigidez e a dependência da autoridade materna, poderão conduzir a um certo desajustamento e insegurança na vida adulta do doente epilético.

Hoarse (1984) refere que os filhos de casais, com pelo menos uma criança epilética crónica, são psicologicamente mais perturbados do que crianças pertencentes a famílias controlo, ou irmãos duma criança epilética, diagnosticada há relativamente pouco tempo. Matthews et al. (1982), encontraram famílias de epiléticos menos coesas do que famílias com diabéticos ou famílias de controlo.

Roma Torres (1985) afirma, referindo-se ao papel da família:

"Na consulta do epilético não se deverá nunca deixar de pôr de lado a nossa atenção na família.

E o diagnóstico da situação familiar deverá compreender as atitudes emocionais que a doença desencadeou: culpa, vergonha, medo, hostilidade, rejeição, etc.; os comportamentos adquiridos face à doença e as suas características eventualmente não adaptativas como hiperprotecção, tolerância excessiva, as modificações observáveis nas interacções familiares e nomeadamente o papel que a doença possa estar a desempenhar na regulação dos conflitos familiares; a capacidade da família enfrentar a nova situação de forma harmoniosa, conti-

nuando a permitir a natural diferenciação dos seus membros num ambiente de estímulo e segurança".

A família vive o medo real e imaginário da doença física. A curto prazo vive o medo da crise, dos efeitos laterais da medicação, das restrições físicas etc, etc; e a longo prazo vive o medo do emprego, do casamento, da procriação e da própria sobrevivência quando se trata de doentes incapacitados.

Em resumo, a boa ou má inserção do doente epilético na sua família tem a ver, mais tarde, com o desempenho adequado dos vários papéis a assumir na vida adulta.

A adequada informação e educação dos pais duma criança epilética é o primeiro passo para a prevenção do desajustamento psicossocial da mesma, na vida adulta.

Quando a epilepsia começa na vida adulta, usualmente não põe tantos problemas, se o indivíduo tem um lar e uma profissão estáveis ou se as crises epiléticas não fazem parte dum quadro neurológico grave e progressivo (Pond, 1981).

3.2 - Interrelacionamento

Um bom interrelacionamento traduz-se, além do mais, na capacidade de estabelecer uma boa comunicação com os outros indivíduos, de construir amizades, de manter um relacionamento satisfatório e integração no meio social.

Existem poucos trabalhos científicos sobre o ajustamento interpessoal, à excepção dos relacionados com o casamento e com a vida sexual.

Para Dodril et al. (1980) o interrelacionamento é fundamental para o ajustamento psicossocial. Em relação ao casamento, é do consenso geral (Demksy et al, 1980, Batzel et al., 1984) que os doentes epiléticos, têm uma percentagem de casamento, mais baixa que a população não epilética.

Palha (1985) encontrou na amostra estudada 67.8% de doentes solteiros ou vivendo como tal. Para Fenwik et al (1985) os doentes epiléticos tem mais perturbações sexuais e da libido do que os não epiléticos. Palha refere ainda que 43% dos doentes não apresentavam perturbações sexuais, encontrando-se a libido diminuída em 23% dos indivíduos com mais de 18 anos de idade. Um aumento da libido foi referido em 4 casos.

No que diz respeito à comunicação em geral, o medo, a ansiedade, a vergonha, o esconder da doença, os preconceitos e os estigmas são factores

que associados ou não, podem contribuir para o **isolamento social do doente epiléptico**. Também a imagem negativa que frequentemente o doente tem de si próprio, o sentimento de inferioridade e a insegurança que experimenta, fazem com que o doente evite interações sociais, empobrecendo a sua experiência grupal.

As relações a nível familiar e a agressividade foram já anteriormente tratadas.

3.3 - Profissão

O desemprego e o subemprego são referidos como muito frequentes na população epiléptica. A este facto não são estranhos quer a instabilidade que actualmente existe no mundo laboral quer o menor número de empregos compatíveis com a epilepsia. Já em 1950, para Batzel et al., 20-25% dos epilépticos encontravam-se desempregados.

"Ter um emprego remunerado, confere um estatuto social e independência financeira" (Graig and Oxley, 1988).

A existência de um bom autoconceito e a posse de habilitações adequadas parecem ser os factores mais importantes para a obtenção de um emprego, sendo independentes do facto de um indivíduo ter ou não crises epilépticas. Os doentes epilépticos têm demonstrado, ainda, tanta capacidade como quaisquer outros em manter um emprego.

É no entanto evidente que um epiléptico grave e não controlado terá dificuldades acrescidas na obtenção e na manutenção de um emprego.

Lethovaara (1983) encontrou 10-15% de doentes epilépticos com problemas laborais.

Dos vários estudos efectuados nesta área podemos concluir que as variáveis com maior valor preditivo de sucesso ou insucesso no emprego são: **Inteligência** (Batzel et al., 1980), **Personalidade** (Fraser et al., 1983), **Idade** (Batzel et al., 1980), **nível de educação** (Batzel et al., 1980) e **funcionamento neuro-psiquiátrico** (Batzel et al., 1980, Fraser et al., 1983).

3.4 - Estatuto Financeiro

Poucos trabalhos científicos têm estudado a relação entre estatutos sócio-económico e epilepsia, no entanto, diversos factores importa considerar:

- A vigilância e os cuidados médicos durante a gravidez são usualmente mais frequentes nas mulheres de classes sociais mais elevadas. Sendo assim, o baixo estatuto sócio-económico da mulher grávida poderá expor o feto a maiores riscos e eventualmente causar neste uma lesão cerebral e ou epilepsia. Segundo um estudo efectuado pela U.S. National Health Survey em 1973, a prevalência da epilepsia encontrada em indivíduos de nível sócio-económico baixo e a encontrada num nível socio-económico alto foi de 1.84 e de 0.68 respectivamente. Relacionando ainda a prevalência de epilepsia com a escolaridade foi encontrado um valor de 0.81 para um nível de escolaridade alto e de 1.29 para um nível de escolaridade baixo (Zielinsky, 1986).

O estatuto sócio-económico pode ainda ser responsabilizado pelo curso crónico e severo de algumas epilepsias sempre que não permita o seu tratamento adequado.

Uma prevalência superior de epilepsia tem sido referida nas classes sociais mais baixas e nos indivíduos de raça negra.

Já foram citadas algumas das dificuldades que os epiléticos têm na área profissional. A frequência de desemprego faz com que por vezes estes doentes se tornem economicamente dependentes da família ou dos serviços sociais.

Clemons (1983) refere que 50% dos indivíduos que estudou dependem da família ou de subsídios estatais.

Referindo ainda a relação da família do epilético com o estatuto financeiro, Earl (1986) encontrou uma melhoria significativa deste que associou à estabilidade do emprego, aparentemente conseguida pelo apoio continuado à família dos doentes epiléticos (utilizou o "Washington Psychosocial Inventory").

3.5 - Carta de condução

Possuir a respectiva licença (ou carta) de condução é muitas vezes um problema adicional nos doentes epiléticos.

A legislação em Portugal proíbe a concessão de carta de condução a portadores de Estigmas de Epilepsia.

O Regulamento do Código da Estrada Decreto-Lei nº 39987, de 22-12 - 1954, alínea c, diz que "será reprovado em inspecção normal o examinado que sofra de doenças, afecções ou estados neuropsíquicos que se traduzem pela redução apreciável do nível mental ou de algum modo que impliquem a diminuição da eficiência ou segurança de condução."

Vejamos o que se passa actualmente em alguns países da Europa, relacionado com a licença de condução:

Inglaterra 21-4-82

Quem sofrer de epilepsia pode requerer carta de condução de automóveis ligeiros e motociclos, se estiver sem crises há mais de dois anos. Pode igualmente obter carta de condução quem há mais de três anos tiver "ataques durante o sono".

Os candidatos à condução de veículos pesados de passageiros ou mercadorias apenas poderão ter licença de condução desde que não tenham sofrido qualquer crise epiléptica depois dos 5 anos de idade".

Espanha

Decreto-lei 1467/82, de 28/5:

"Estão autorizados a conduzir automoveis ligeiros não profissionais e motociclos os doentes epilépticos sem crises há mais de 2 anos.

Concelho de Comunidades Europeias

"A carta de condução poder ser passada a alguém que tenha sofrido de epilepsia no passado e esteja isento de crises há pelo menos dois anos".

Segundo Cunha (1985), a legislação Portuguesa vigente, no que diz respeito à licença de condução, está profundamente desactualizada porque usa uma terminologia vaga, não faz distinções entre perdas isoladas de consciência e crises repetidas e não existe qualquer referencia à idade de aparecimento da doença e seu eventual controlo.

"Proposta de alteração do artigo 40º do Regulamento do Código da Estrada"

Decreto 39987, de 22/12/54).

1. ...

a) ...

b) ...

c) Doenças, afecções ou estados neuro-psiquiátricos que se traduzam pela redução apreciável do nível mental **ou alteração do estado de consciência** ou de algum modo impliquem diminuição da eficiência ou segurança da condução, **sem prejuízo do disposto nos parágrafos seguintes, quanto às situações neles previstos.**

I - Nos indivíduos que tenham sofrido de Epilepsia a emissão de Atestado para Carta de Condução deverá estar a cargo de Médico Neurologista, Psiquiatra ou Neurocirurgião para os fins do disposto no nº 1 do presente Artigo 40º. São condições necessárias para a emissão de tal atestado, salvo alguma das condições do ponto III.

a) Não ter sofrido qualquer crises há mais de 2 anos ou, há pelo menos 3 anos, apenas ter crises durante o sono;

b) Nas categorias de veículos abrangidas nas alíneas C), D) e E), os examinados não devem ter sofrido qualquer crise depois dos 5 anos de idade.

II - As condições referidas no ponto I, na falta de outro elemento de prova perante o Médico, devem ser assumidas, sob compromisso de honra, pelo examinado, sob a forma de declaração escrita, reconhecida notarialmente e apenas ao atestado.

III - No juízo do Médico poderão entrar em conta as seguintes condições particulares que, não sendo contempladas no ponto I, poderão ser excepção no sentido favorável (a, b, c, d) ou desfavorável (e, f).

a) casos de crise única;

b) casos de crises parciais simples

c) casos de crises exclusivamente induzidas por meios audiovisuais;

d) casos ou crises ocorridas em indivíduos que suspenderam a medicação e anteriormente estavam sem crises há mais de 2 anos.

e) casos de intervenções neuro-cirúrgicas;

f) casos de traumatismo crânio-encefálico com perda prolongada de consciência ou lesões documentadas pelo TAC ou outros meios".

Aguarda-se a sua aprovação

4 - Quantificação

Nos Estados Unidos, especialmente a partir de 1960, a avaliação da vida familiar, do círculo de amigos e da profissão, passou a ter particular importância no planeamento do tratamento e no estudo da evolução clínica dos doentes, sobretudo nos mentais. No que diz respeito à assistência psiquiátrica foi por esta altura que os cuidados prestados aos doentes passaram dos hospitalares também para a comunidade. A imagem do que acontecia na Europa, Adolf Mayer, nos Estados Unidos da América, foi o impulsionador do movimento que procurava definir os factores ambientais das perturbações psicossociais - Psiquiatria Comunitária (Fonseca, I, 1985).

A acção do doente no meio social, acrescentou então uma nova faceta à doença - o ajustamento social.

O que é o ajustamento social? Pode-se definir, grosso modo, como o "espaço" que se situa entre o meio social e o indivíduo (Weissman, 1975). Formas específicas do comportamento chamam-se "papéis", e são aceites como adequados, se o desempenho dos mesmos está de acordo com os valores do grupo.

A maior parte dos "papéis" que qualquer pessoa desenvolve ao longo da vida estão relacionados com a idade, com o meio onde vive e também com a psicopatologia.

Duma maneira geral um adulto desempenha vários papéis: profissional, conjugal, parental, com a família alargada (pais, irmãos, parentes chegados), e comunitário.

O ajustamento social é a **reflexão das interacções do indivíduo com os outros, do desempenho dos vários papeis** e parece estar relacionado com a personalidade, com a cultura e com as expectativas familiares.

Actualmente discute-se a relação entre os sintomas/psicopatologia/ajustamento social. É um tema controverso, uma vez que existem doentes psiquiátricos sintomáticos, ajustados socialmente e doentes psiquiátricos assintomáticos desajustados.

A partir do modelo social do doente foram surgindo escalas para a avaliação do ajustamento social e ou psicossocial.

As primeiras foram utilizadas em esquizofrénicos. Tinham por objectivo **avaliar o efeito da alta hospitalar** no ajustamento social destes doentes após e durante o tratamento com neuroléticos. Posteriormente, foram utilizadas em grupos psicoterápicos no sentido de avaliar o respectivo efeito terapêutico.

4.1 - "Normative Social Adjustment Scale"

Esta escala aborda o emprego, a economia, a vida familiar (conjugal, parental e alargada) e a comunidade. Tem 27 ítems. Estes são pontuados numa escala de 1 a 5 valores. É uma entrevista semi estruturada que dura cerca de 1 hora a ser efectuada.

O tempo de ajustamento a que se refere varia de 4 semanas a 1 ano.

A validade é limitada. Não se referem dados relativos à precisão ou sensibilidade. Não tem pontuação e não é padronizada. É uma das escalas mais antigas de ajustamento psicossocial.

4.2 - "Social Adjustmant Inventory"

Este inventário aborda a adaptação social nas relações familiares, profissionais, na auto-suficiência e no comportamento antissocial.

Trata-se dum questionário com 33 ítems. Poderá ser enviado pelo correio e é pontuado por um familiar ou pessoa significativa numa escala de 0-6 valores.

Não especifica o tempo de preenchimento. O ajustamento social a que se refere são os últimos 3 meses. É referida a precisão desta escala. Todavia, sobre validade e sensibilidade, não existem dados.

4.3 - "Social Ajustment Inventory Scale Self-Report"

Trata-se de uma versão, do Social Adjustment Scale, de autopreenchimento. Tem 42 itens. Mede a performance social e actividades de lazer, relação com a família alargada, parental, conjugal e independência económica. Completa-se em 15-20 minutos e diz respeito às 2 últimas semanas. Cada área é pontuada numa escala 1 a 5 valores. É referida precisão, validade e sensibilidade. Esta escala tem sido muito utilizada nas mais variadas populações.

4.4 - "Social Disability Scale"

Esta escala aborda as deficiências físicas, os deficientes comportamentos, os modificadores sociais, os valores e performances exigidos pelos outros e os limites de tolerância do sistema social. Tem 49 itens. É uma entrevista semi-estruturada cuja informação é dada pelo doente. Dura 45 a 90 minutos e deve ser conduzida por um profissional previamente treinado. O tempo a que se refere e o presente demora 45-90 minutos a ser feita. Tem em vista a abordagem do desajustamento social no doente crónico de forma a planificar a sua reabilitação.

É referida precisão, validade, sensibilidade. É utilizada sobretudo em doentes orgânicos.

4.5 - "Social Adjustment Scale"

Aborda a performance nas actividades sociais e de lazer, relações com a família alargada, casamento e independência económica.

Tem 48 itens definidos operacionalmente. São pontuados numa escala de 0-5 valores. A informação é obtida através duma entrevista semi-estruturada. Demora 45-60 minutos a ser efectuada. O tempo do ajustamento social refere-se aos últimos 2 meses. Tem sido referida precisão, validade e sensibilidade.

4.6 - "Social Role Adjustment Instrument"

Este instrumento desenvolveu-se para medir o ajustamento **da mulher** aos papéis, que desempenha na vida adulta.

O instrumento tem 25 itens. São cotados numa escala de 0-9 valores (quanto mais alta valorização melhor ajustamento).

Aborda: os trabalhos domésticos, os amigos, papel de esposa, de mãe e de filha na sua família de origem. Demora 1 a 2 horas a completar-se e refere-se ao tempo presente. A informação é obtida através do doente. Tem sido relatada precisão, validade e sensibilidade.

4.7 - "Katz Adjustment Scale"

Esta escala aborda a performance na família e nas actividades de lazer.

É uma escala de auto-preenchimento. Tem 205 ítems. São cotados numa escala de 0-4 valores. A informação é obtida por um familiar ou pessoa significativa. São precisos 25-40 minutos para o preencher. Refere-se às 3 últimas semanas. É referida precisão, validade e sensibilidade.

4.8 - "Washington Psychosocial Seizure Inventory"

É um inventário com 132 ítems e de auto-preenchimento. Foi elaborado por Dodril et al. (1980) e mede o ajustamento psicossocial nos doentes epilépticos. Aborda várias áreas: familiar, afectiva, interpessoal, ajustamento às crises, estatuto financeiro, relação médico-doente, tratamento e ajustamento profissional. A resposta é sim ou não em função dos sentimentos e comportamentos habituais do doente. Tem cotação preestabelecida e quanto maior for o valor de cada área maior será o desajustamento social respectivo.

Apresenta ainda 3 escalas de validade. Mentira, ítems em branco, respostas raras. Estas três escalas contribuem para considerar ou não os inventários como válidos.

Vários autores tem relatado a precisão, validade e sensibilidade deste inventário.

Capítulo III
CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

CAPÍTULO III

CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

1 - Objectivo

Ajustamento Psicossocial e Epilepsia

Ao pretendermos investigar na área psicossocial da epilepsia, é, sem dúvida, porque a experiência que temos com este tipo de doente aponta a importância que esta área assume no quotidiano destes indivíduos.

Temos no entanto, desde o início, plena consciência da dificuldade desta tarefa porque se torna extremamente difícil isolar as variáveis sociais, das psicológicas e biológicas.

Definimos como objectivo primário o estudo objectivo do ajustamento psicossocial dum grupo de doentes com epilepsia.

2. - Metodologia

2.1 - Instrumentos de Classificação

- Entrevista semi-estruturada
- Escala de Warner
- "Wechsler Adult Intelligence Scale" (WAIS)
- "Washington Psychosocial Seizure Inventory"

A entrevista semi-estruturada tem por objectivo a definição da amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico.

A escala de Warner (Coomp, 1979) tem sido utilizada no Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto (Rui Coelho, A. Roma Torres) e destina-se a avaliar o estatuto sócio-económico.

"Wechsler Adult Intelligence Scale" (Wechsler, 1958), destina-se a avaliar o quociente intelectual

"Washington Psychosocial Seizure Inventory" (WPSI). Trata-se dum inventário elaborado por Dodril et al, (1980) com um total de 132 ítems. Este inventário avalia várias áreas psicossociais com diferentes itens. As áreas são as seguintes:

Suporte familiar

Identifica problemas no desenvolvimento de natureza interpessoal e que podem resultar em dificuldades psicossociais na vida adulta.

Ajustamento afectivo

Não está no âmbito desta escala a avaliação específica dos problemas afectivos. No entanto, segundo os autores, problemas de depressão, tensão, ansiedade, preocupação, incapacidade de pensar claramente, preocupações somáticas não específicas, hipersensibilidade, autoconceito pobre e e uma insatisfação generalizada com a vida, estão representados no grande número de ítems incluídos nesta escala.

Ajustamento profissional

A avaliação da interacção da doença com o emprego é a temática central desta escala.

Estatuto financeiro

O desemprego ou a dependência d'outrém são relativamente frequentes em indivíduos com epilepsia.

Esta escala avalia essencialmente se o indivíduo tem capacidade financeira para as necessidades do seu dia a dia.

Ajustamento às crises

Muitos doentes com epilepsia tem receio das suas crises, sentem-se inferiorizados e até envergonhados. Esta escala avalia o ajustamento à doença.

Relação Médico-Doente e Tratamento

A forma como o indivíduo vê o seu médico e a aceitação da terapêutica têm um papel importante no ajustamento psicossocial do indivíduo. Estes aspectos são também aqui considerados.

Funcionamento psicossocial em geral

Em relação às 7 escalas clínicas identificadas existe esta que nos dá um valor global de ajustamento embora represente numa forma especial a área afectiva.

Escalas de validade

Existem ainda três escalas de validade que pretendem avaliar a relação entre o inventário e quem o preenche.

A escala A - Ítems em branco avalia o número de ítems deixados em branco. Segundo os autores um valor de 13 põe em questão a validade do questionário. A Escala B - Mentira, pretende detectar a tendência em se mostrar melhor do que é a realidade. Um resultado igual ou superior a 4, põe em causa a validade do mesmo. A terceira escala - Escala C - Ítems raros, parece importante para avaliar as respostas ao acaso, dificuldades na compreensão, dificuldades visuais, etc. Um valor superior a 5 põe em questão a validade do mesmo.

Estas três escalas em conjunto, segundo os autores, designariam a aceitação do inventário ou não.

Em resumo o WPSI pretende avaliar numa forma sistemática, económica e objectiva, os problemas psicossociais, em áreas importantes para os doentes com epilepsia.

Este inventário pode traduzir-se num perfil que nos dá numa forma absoluta o nível de problemas em qualquer área. Distinguem-se 4 regiões: (1) problemas não significativos; (2) possíveis problemas mas de significado limitado; (3) dificuldades com significado definido, em termos de ajustamento; e (4) problemas severos com forte impacto no ajustamento.

Ao efectuarmos a tradução e adaptação para a Língua Portuguesa deste inventário, tivemos como objectivo primário e fundamental não alterar o significado denotativo da frase ou do conceito de forma a poder ser aplicada à população portuguesa.

2.2 - Metodologia de Observação

A observação foi individual e obedeceu às mesmas regras para todos os indivíduos. Os doentes foram informados que os dados colhidos se destinavam a um projecto de Investigação, que eram confidenciais, e sujeitos posteriormente a avaliação, condição que todos aceitaram.

Procedeu-se de seguida ao preenchimento numa entrevista semi-estruturada pelo entrevistador e dum inventário psicossocial, "Washington Psychosocial Seizure Inventory" pelo entrevistado. Posteriormente e numa segunda fase, fez-se a avaliação psicométrica da inteligência na Unidade de Psicometria do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto, tendo utilizado "Wechsler Adult Intelligence Scale". Com a finalidade de avaliar a precisão do "Washington Psychosocial Seizure Inventory" através do Teste-Retest, 28 dos doentes da nossa amostra repetiram o inventário com um intervalo de tempo de 60 dias.

O entrevistador esteve sempre presente (à excepção da avaliação do Q.I.) e, sempre que surgiram dúvidas interpretativas da linguagem utilizada, fez os esclarecimentos adequados à compreensão dos mesmos.

2.3. - População sua definição nos parâmetros sócio-demográficos, clínicos e psicométricos

A amostra que estudamos incluiu 44 indivíduos com o diagnóstico confirmado de epilepsia (clínico e electroencefalográfico).

Todos frequentavam assiduamente a consulta externa do H.S. João: Consulta de **Psiquiatria** ou **Neurologia**.

A relação da mesma obedeceu a alguns critérios previamente definidos e considerados importantes para o estudo em questão:

- Diagnóstico rigoroso de epilepsia;
- Idade \geq 18 anos;
- Frequência obrigatória de 4 anos de escolaridade;
- Quociente de inteligência geral \geq 60;
- Não ser seguido em consulta de Psiquiatria por patologia psiquiátrica; e
- Não ter o diagnóstico actual de alcoolismo.

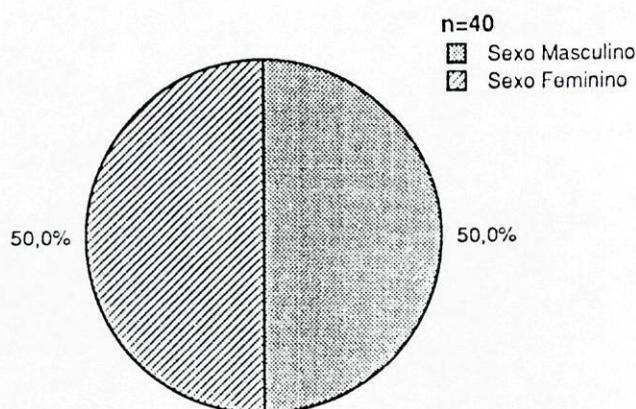
Dos 44 indivíduos estudados foram excluídos 4 pelas seguintes razões: três não concluíram o estudo e 1 apresentava um QI inferior a 60 na WAIS.

Este estudo decorreu desde Junho de 1988 a Janeiro de 1989.

Sexo

Em relação ao **sexo**, como se pode ver na (Figura 1), 20 indivíduos (50%) pertencem ao sexo feminino e os outros 20 (50%) ao sexo masculino.

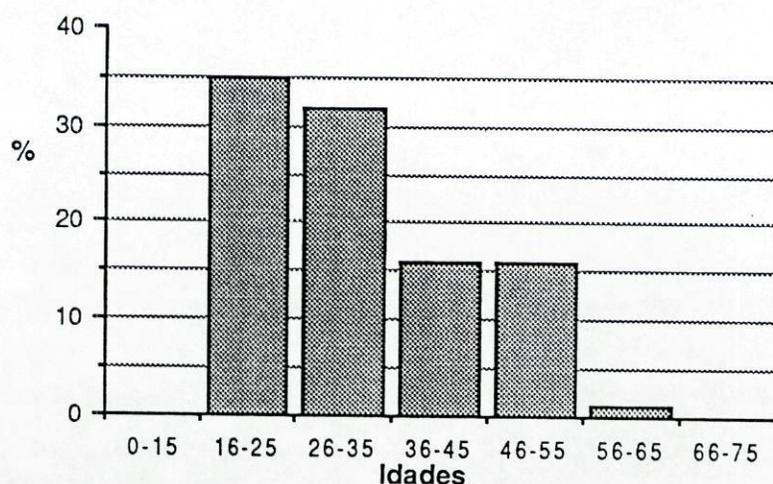
Figura 1 - Distribuição da Amostra Segundo o Sexo



Idade

No que diz respeito à distribuição da amostra pela **idade**, vê-se na Figura 2 que 35% se situam entre os 18 e os 25 anos, 31% entre os 26 e os 35 anos, 16% entre os 36 e 45 anos, 16% entre os 46 e 55 anos e 2% entre os 56 e 65 anos. A média de idades é de 31, 65 anos com um desvio padrão 10.9 anos e a mediana é de 30 anos.

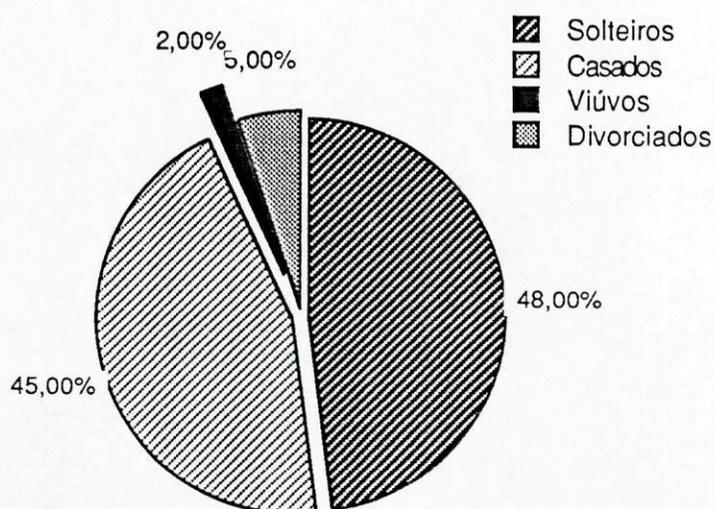
Figura 2 - Distribuição da Amostra por Idades
n = 40



Estado Cível

Em relação ao **estado cível** (48%) 19 indivíduos são solteiros, 18 (45%) são casados, 1 (2%) é viúvo e 2 (5%) são divorciados (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição Segundo Estado Cível
n = 40



Dentre os indivíduos solteiros, 13 são do sexo masculino e 6 do sexo feminino e dentre os casados, 5 são do sexo masculino e 13 do sexo feminino (Quadro III).

Quadro III — Distribuição do estado civil segundo o sexo

Sexo	Estado Civil			
	Solteiro	Casado	Viuvo	Divorciado
n = 40				
Sexo Masculino	13	5	1	1
Sexo Feminino	6	13	0	1

A distribuição por idade e sexo dos indivíduos solteiros e casados pode observar-se nas (Figuras 4 e 5).

Figura 4 - Distribuição dos Indivíduos Solteiros por Idade e Sexo

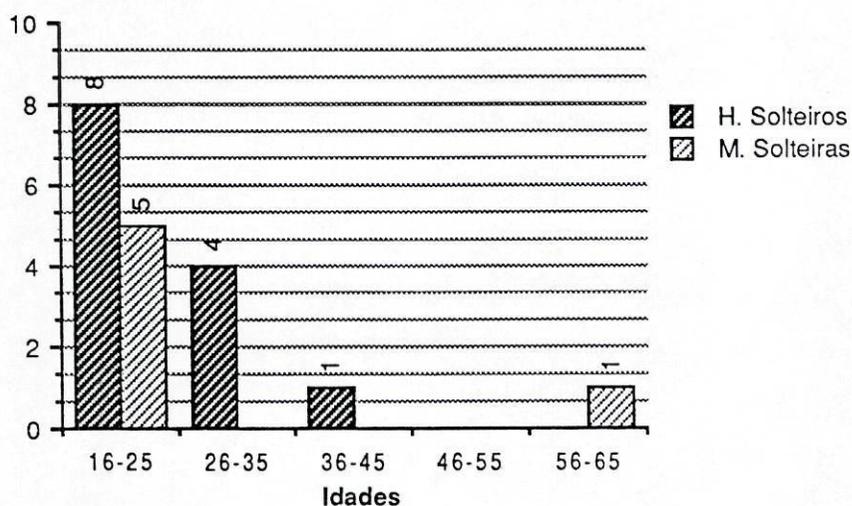
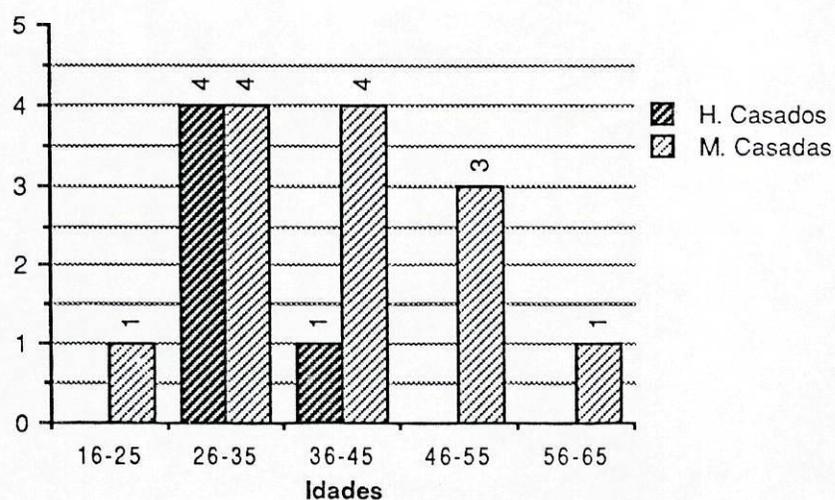


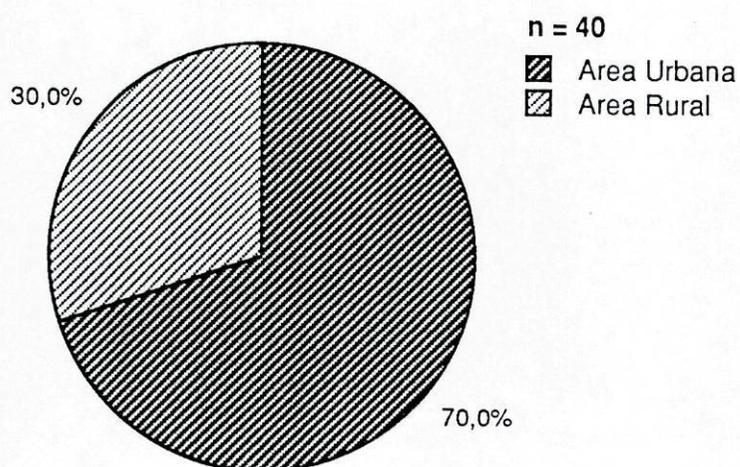
Figura 5 - Distribuição dos Indivíduos Casados por Idade e Sexo



Residência

Vinte e oito indivíduos (70%) residem na área urbana e 12 (30%) na área rural (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição da Amostra Segundo a Residência



Escolaridade

No que diz respeito à **escolaridade** 22 indivíduos (55%) têm a 4ª classe, 13 (32%) têm o 9º ano e 5 (13%) têm escolaridade superior ao 9º ano (Quadro IV).

Quadro IV — Distribuição da amostra segundo o grau de escolaridade

n = 40	4ª classe	Até ao 9º ano	>9º ano
nº de casos	22	13	5
%	55%	32%	13%

Estatuto sócio-económico

Segundo a escala de Warner (tem 5 classes), a nossa amostra tem 22 indivíduos (55%) de casos na classe IV operário especializado. A média é 4 com um desvio padrão de 0,7.

A distribuição da amostra pelas 5 classes pode observar-se no Quadro V.

Quadro V — Estatuto sócio-económico segundo a escala de Warner (1979)

n = 40	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Classe V
nº de casos	0	1	8	22	9
%	0%	2%	20%	55%	23%

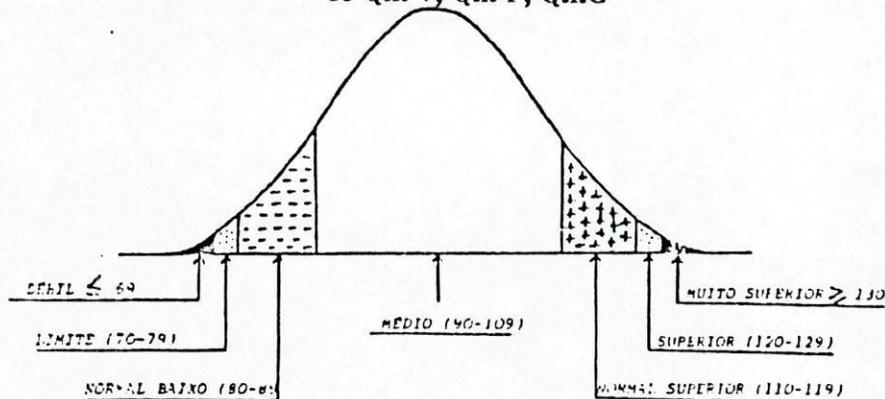
Quociente de Inteligência

No que diz respeito ao QIG 9 casos (23%) apresentam um valor médio (90-109), 5 (12%) normal baixo, (80-91), 16 (40%), valor limite (70-79) e 10 (25%) um valor de acordo com a debilidade (≤ 69) (Figura 7). Os valores médios e desvios padrões do Quociente de Inteligência Verbal, prático e geral da amostra estudada podem também observar-se na Figura 7.

Figura 7

Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS) Distribuição Estatística e Classificação do Q.I.

Distribuição da amostra estudada; médias e desvios padrões
do Q.I. V, Q.I. P, Q.I.G



QI Médio	23%	QIV = 78.92 (11.92)
QI Normal baixo	12%	QIP = 77.95 (12.20)
QI Limite	40%	QIG = 78.92 (11.92)
QI Débil	25%	

Idade média de início da epilepsia

- A idade média de início da epilepsia é de 16,47 anos com desvio padrão de 9,47 anos e mediana 15,5 anos.

Tempo de Doença

O tempo médio de doença são 15,18 anos com desvio padrão de 11.95 anos e mediana 13.17 anos.

Tipo de crise

Vinte e oito indivíduos (70%) têm crises parciais, dez (25%) têm crises generalizadas e dois (5%) têm os dois tipos de crises (Quadro VI).

Quadro VI – Distribuição do tipo de crise pela amostra estudada

n = 40	Crises Parciais	Crises generalizada	C.P+CG
nº de casos	n =28	n = 10	n = 2
%	70%	25%	5%

De acordo com a classificação internacional - das crises epiléticas foram observados os seguintes tipos de crises: **Crises parciais** simples 4, **complexas** 9, **parciais evoluindo para generalizadas** 23, **crises generalizadas** ausências 3, **crises mioclónicas** 1, **crises clónicas** 0, **crises tónicas** 1, **crises tónico clónicas** 7, **crises atónicas** 0, **crises não classificadas** 0 (Quadro VII).

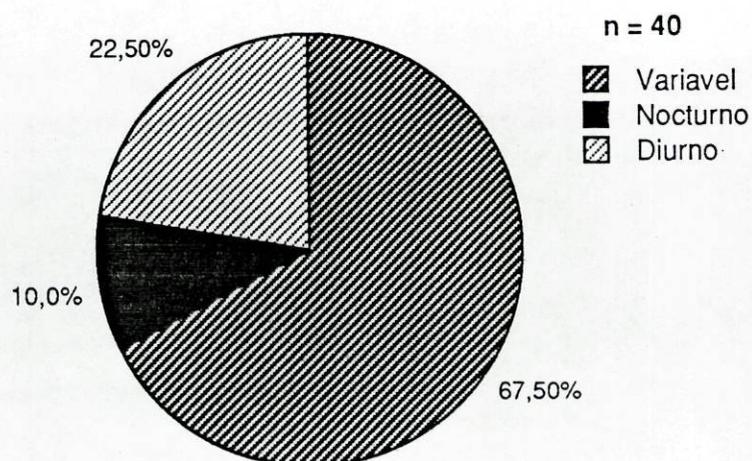
Quadro VII - Distribuição das crises estudadas segundo a classificação Internacional das Crises Epiléticas (1981).

I - CRISES PARCIAIS		
A - Simples	(consciência não atingida)	4
B - Complexas	(com perturbação da consciência)	9
C - Parciais evoluindo para generalizadas	(podendo ser tonico-clónicas, tónicas ou clónicas)	23
II - CRISES GENERALIZADAS		
A - Ausências		3
B - Crises Mioclónicas		1
C - Crises Clónicas		0
D - Crises Tónicas		1
E - Crises Tónico-clónicas		7
F - Crises Atónicas		0
III - CRISES NÃO CLASSIFICADAS		0

Horário das Crises

Vinte e sete indivíduos (67,5%) não referem horário específico, enquanto 4 (10%) referem nocturno e 9 (22,5%) diurno (Figura 8).

Figura 8 - Horário das Crises



Desencadeamento de crises

Trinta e três indivíduos (82%) não referem factores de desencadeamento das crises, enquanto 7 (18%) indivíduos o referem (Quadro VIII).

Quadro VIII — Desencadeamento das crises

n = 40	Desencadeamento das crises	
	Sim	Não
nº de casos	7	33
%	18%	82%

Frequência das Crises

Em 8 indivíduos, 4 têm uma frequência de crises diária e outros 4 semanal, 9 referem uma frequência mensal e 23 indivíduos referem frequência anual (Quadro IX).

Quadro IX — Frequência das crises

Vezes	Diário	Semanal	Mensal	Anos
1		1	5	3
2	2	2	3	4
3	2	1		6
4			1	4
5				2
6				4
n = 40	4	4	9	23

Controlo das Crises

No que diz respeito **ao controlo das crises**, cerca de 10 indivíduos (25%) há 12 meses que não têm crises, enquanto 30 (75%) mantiveram crises nos últimos 12 meses (Quadro X).

Quadro X — Controlo das crises epilépticas no último ano

Últimos 12 meses sem crises	Grupo 1
nº de casos	10
%	25%
Últimos 12 meses com crises	Grupo 2
nº de casos	30
%	75%

Registo Electroencefalográfico inter-crise

Verificamos **no registo** electroencefalográfico inter-crise: nas anomalias paroxísticas - ausência em 75%, focais em 7%, generalizadas 15% e focal + generalizada 3%.

No que diz respeito às anomalias não paroxísticas ausentes em 30%, focais 32%, generalizada 7%, focal mais generalizada 30% (Quadro XI).

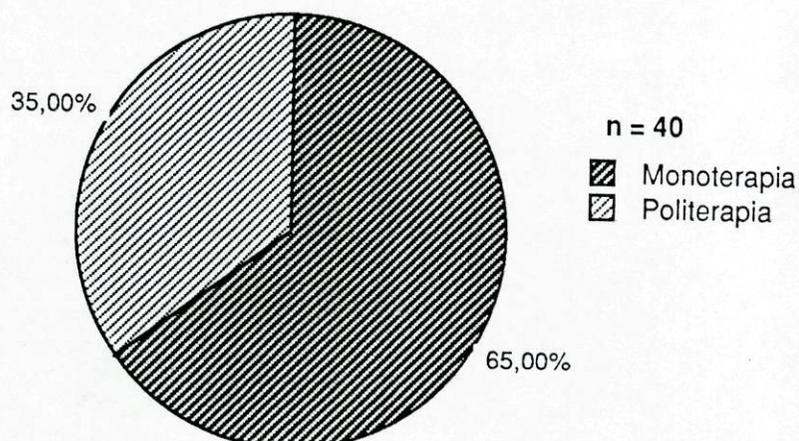
Quadro XI — Registo electroencefalográfico intercrise na amostra estudada

	Anomalias não Paroxísticas	Anomalias Paroxísticas
Ausente	30%	75%
Focal	32%	7%
Generalizada	7%	15%
Focal + Generalizada	30%	3%

Terapêutica

No que diz respeito à terapêutica 26 indivíduos (65%) estão em monoterapia enquanto 14 (35%) em politerapia (Figura 9).

Figura 9 - Monoterapia \ Politerapia



O fármaco mais utilizado foi a carbamazepina, seguido do fenobarbital e deste o ácido Valpróico.

Antecedentes de Internamentos

Cerca de 50% da amostra não refere internamentos prévios, enquanto os outros 28%, referem internamentos em Neurologia, 11% internamentos em Psiquiatria e 11% noutros internamentos.

Antecedentes psiquiátricos na história clínica

Na amostra estudada, 35% dos doentes não relatam antecedentes psiquiátricos, 35% refere depressão, 15% tentativa de suicídio, 7,5% psicose e outros 7,5% alcoolismo.

Antecedentes Psiquiátricos na família

Vinte e nove indivíduos (73%) não referem antecedentes psiquiátricos na família, enquanto 11 (27%) referem-no.

Tempos livres

Uma grande percentagem de doentes (72%) refere ocupar os tempos livres com actividades recreativas.

Desporto

Só 12% dos doentes referem praticar desporto.

3. - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A análise estatística dos dados foi efectuada utilizando-se para esse efeito o T de Student e o coeficiente de correlação de Bravais-Pearson (Ferguson, 1981) bem como a análise factorial de correspondências de Benzecri (Foucart, 1982). Consideram-se como significativos os valores de $p \leq 0.5$, os de $T \geq 1.68$ para o teste unilateral e os de 2.02 para o teste bilateral.

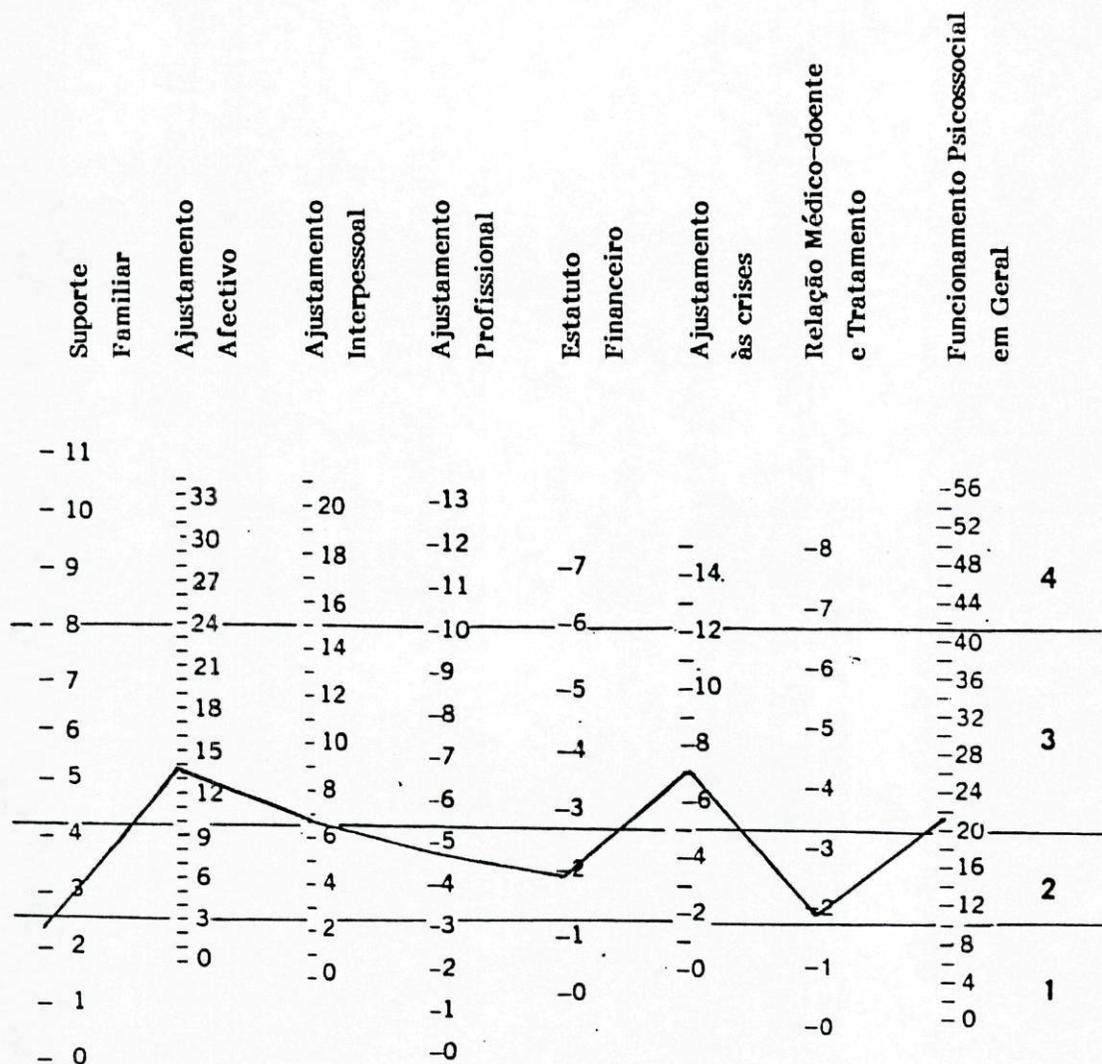
4. - RESULTADOS

4.1 - Valores médios no WPSI

Como se pode observar, o perfil do WPSI a amostra estudada revela valores de média gravidade em relação ao ajustamento psicossocial nas seguintes escalas: Ajustamento afectivo, ajustamento às crises e ajustamento psicossocial em geral (Figura 10).

" WASHINGTON PSYCHOSOCIAL SEIZURE INVENTORY "

Figura 10



Apresentamos de seguida, no Quadro XII, as médias e desvios padrões das escalas do "Washington Psychosocial Seizure Inventory" na amostra estudada.

Quadro XII - Médias e desvios padrões nas escalas do WPSI (N=40)

Escala do WPSI	Média	SD	nº de ítems
Escalas clínicas			
1 - Suporte familiar	2.40	2.26	11
2 - Ajustamento afectivo	13.77	6.75	34
3 - Ajustamento interpessoal	6.62	4.50	22
4 - Ajustamento Profissional	4.85	2.97	13
5 - Estatuto financeiro	1.95	1.88	7
6 - Ajustamento às crises	7.07	3.43	5
7 - Relação Médico-doente e terapêutica	1.95	1.64	8
8 - Ajustamento psicossocial em geral	20.92	10.97	57
Escalas de validade			
A - Nº de Itens em branco	0.8	1.69	-
B - Mentira	3.65	2.37	10
C - Itens raros	3.05	1.78	17

Em relação às três escalas de validade, optamos por trabalhar todos os resultados uma vez que uma grande parte dos inventários seriam invalidados por apresentarem valores superiores a 4 na escala da mentira.

4.2 Precisão do WPSI

Foi feita uma amostragem de tempo (Teste Reteste). O intervalo entre as duas aplicações rondou os 2 meses.

Para estudo das correspondências das várias escalas do teste com as do Reteste foi feita a análise estatística com o coeficiente de correlação de Bravais-Pearson.

Existem correlações significativas em 7 escalas clínicas. A escala do estatuto financeiro não apresenta correlação. No entanto, se retirarmos dois indivíduos que apresentam valores iguais a 0 no teste e no reteste um valor máximo, já existe correlação significativa ($r = .56$, $p = .05$). Não existe correlação significativa a escala A nº de respostas em branco (Quadro XIII).

QUADRO XIII Precisão do Washington Psychosocial Seizure Inventory^a coeficientes de correlação Teste-Reteste ($p \leq .05$)

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	Teste-Reteste
1 - Suporte familiar	.53 $p = .002$
2 - Ajustamento afectivo	.75 $p = .001$
3 - Ajustamento interpessoal	.72 $p = .001$
4 - Ajustamento profissional	.76 $p = .001$
5 - Estatuto Financeiro	.27 * (.56) $p = .08$ ($p = .05$)
6 - Ajustamento às crises	.67 $p = .001$
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	.42 $p = .011$
8 - Funcionamento psicossocial em geral	.71 $p = .001$
ESCALAS DE VALIDADE	
A - N.º de respostas em branco	.10 $p = .286$
B - Mentira	.76 $p = .001$
C - Itens raros	.48 $p = .004$

4.3 Intercorrelações entre todas as escalas do WPSI

Existem correlações significativas entre quase todas as escalas clínicas à excepção da escala da Relação Médico-doente e Terapêutica com a escala do **Estatuto Financeiro**.

Com a escala de Funcionamento Psicossocial em geral encontraram-se correlações altas a níveis de significância de 0.001 em quase todas as escalas (Quadro XIV).

QUADRO XIV Inter correlações entre as escalas do Washington Psychosocial Seizure Inventoryⁱⁱ ($p \leq .05$)

ESCALAS CLÍNICAS	Intercorrelações entre as escalas do WPSI (n = 40)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	A	B	C	
1 - Suporte Família	—											
2 - Ajustamento efectivo	.65 p = .001	—										
3 - Ajustamento Interpessoal	.63 p = .001	.54 p = .001	—									
4 - Ajustamento profissional	.32 p = .022	.50 p = .001	.48 p = .001	—								
5 - Estatuto financeiro	.38 p = .008	.36 p = .010	.40 p = .005	.34 p = .017	—							
6 - Ajustamento de crises	.38 p = .008	.64 p = .001	.44 p = .002	.60 p = .001	.35 p = .014	—						
7 - Relação Médico-Doente e tratamento	.47 p = .001	.57 p = .001	.47 p = .001	.50 p = .001	.14 p = .195	.58 p = .001	—					
8 - Funcion. psicossocial em geral	.74 p = .001	.88 p = .001	.78 p = .001	.70 p = .001	.44 p = .001	.73 p = .001	.69 p = .001	—				
Escala de Validade												
A - N.º de respostas em branco	-.11 p = .245	-.24 p = .071	.05 p = .387	-.16 p = .164	.12 p = .236	-.08 p = .310	-.24 p = .066	-.16 p = .159	—			
B - Mentira	-.50 p = .001	-.73 p = .001	-.38 p = .008	-.45 p = .002	-.23 p = .073	-.53 p = .001	-.54 p = .001	-.67 p = .001	.29 p = .036	—		
C - Itens raros	.31 p = .025	.04 p = .415	.36 p = .011	.09 p = .294	.36 p = .011	.05 p = .390	.06 p = .352	.20 p = .100	.34 p = .015	.29 p = .035	—	

4.4 Sensibilidade do WPSI

O estudo das variáveis psicossociais do inventário, foi efectuado em função do sexo, da escolaridade, do estado civil, da idade de início da doença, do tempo de doença, do tipo de crise, do controle da crise e da monoterapia.

No que diz respeito ao sexo, a amostra apresentava dois grupos que consideramos:

Grupo 1 (n = 20) - indivíduos do sexo masculino; e

Grupo 2 (n = 20) - indivíduos do sexo feminino

Como se pode observar no Quadro XV a média é significativamente diferente para a escala do Suporte Familiar, Ajustamento Afectivo, Ajustamento às Crises e Funcionamento Psicossocial em geral apresentando sempre o Grupo 2, médias mais altas (menor ajustamento).

QUADRO XV Sensibilidade do Washington Psychosocial Seizure Inventory^b em função do sexo (Grupo 1 masculino, Grupo 2 feminino * Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral $T \geq 2.02$.)

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{X}	ST	VALOR DE T	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABI- LIDADE																																																																																																																												
1 - Suporte familiar	1	20	1.45	1.36	- 2.90	38	.01																																																																																																																												
	2	20	3.35	2.60				2 - Ajustamento afectivo	1	20	11.00	5.98	- 2.82	38	.01	2	20	16.55	6.45	3 - Ajustamento interpessoal	1	20	5.75	3.82	- 1.24	38	.22	2	20	7.50	5.04	4 - Ajustamento profissional	1	20	4.35	2.78	- 1.06	38	.29	2	20	5.35	3.15	5 - Estatuto financeiro	1	20	1.65	1.81	- 1.01	38	.32	2	20	2.25	1.94	6 - Ajustamento às crises	1	20	6.15	3.45	- 1.75 *	38	.09	2	20	8.00	3.23	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.60	1.31	- 1.36	38	.18	2	20	2.30	1.90	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03	2	20	24.75	11.60	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20	2	20	1.15	2.28	B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00
2 - Ajustamento afectivo	1	20	11.00	5.98	- 2.82	38	.01																																																																																																																												
	2	20	16.55	6.45				3 - Ajustamento interpessoal	1	20	5.75	3.82	- 1.24	38	.22	2	20	7.50	5.04	4 - Ajustamento profissional	1	20	4.35	2.78	- 1.06	38	.29	2	20	5.35	3.15	5 - Estatuto financeiro	1	20	1.65	1.81	- 1.01	38	.32	2	20	2.25	1.94	6 - Ajustamento às crises	1	20	6.15	3.45	- 1.75 *	38	.09	2	20	8.00	3.23	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.60	1.31	- 1.36	38	.18	2	20	2.30	1.90	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03	2	20	24.75	11.60	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20	2	20	1.15	2.28	B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99								
3 - Ajustamento interpessoal	1	20	5.75	3.82	- 1.24	38	.22																																																																																																																												
	2	20	7.50	5.04				4 - Ajustamento profissional	1	20	4.35	2.78	- 1.06	38	.29	2	20	5.35	3.15	5 - Estatuto financeiro	1	20	1.65	1.81	- 1.01	38	.32	2	20	2.25	1.94	6 - Ajustamento às crises	1	20	6.15	3.45	- 1.75 *	38	.09	2	20	8.00	3.23	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.60	1.31	- 1.36	38	.18	2	20	2.30	1.90	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03	2	20	24.75	11.60	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20	2	20	1.15	2.28	B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99																				
4 - Ajustamento profissional	1	20	4.35	2.78	- 1.06	38	.29																																																																																																																												
	2	20	5.35	3.15				5 - Estatuto financeiro	1	20	1.65	1.81	- 1.01	38	.32	2	20	2.25	1.94	6 - Ajustamento às crises	1	20	6.15	3.45	- 1.75 *	38	.09	2	20	8.00	3.23	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.60	1.31	- 1.36	38	.18	2	20	2.30	1.90	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03	2	20	24.75	11.60	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20	2	20	1.15	2.28	B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99																																
5 - Estatuto financeiro	1	20	1.65	1.81	- 1.01	38	.32																																																																																																																												
	2	20	2.25	1.94				6 - Ajustamento às crises	1	20	6.15	3.45	- 1.75 *	38	.09	2	20	8.00	3.23	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.60	1.31	- 1.36	38	.18	2	20	2.30	1.90	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03	2	20	24.75	11.60	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20	2	20	1.15	2.28	B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99																																												
6 - Ajustamento às crises	1	20	6.15	3.45	- 1.75 *	38	.09																																																																																																																												
	2	20	8.00	3.23				7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.60	1.31	- 1.36	38	.18	2	20	2.30	1.90	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03	2	20	24.75	11.60	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20	2	20	1.15	2.28	B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99																																																								
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.60	1.31	- 1.36	38	.18																																																																																																																												
	2	20	2.30	1.90				8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03	2	20	24.75	11.60	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20	2	20	1.15	2.28	B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99																																																																				
8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	17.10	9.06	- 2.32	38	.03																																																																																																																												
	2	20	24.75	11.60																																																																																																																															
ESCALAS DE VALIDADE																																																																																																																																			
A - N.º de respostas em branco	1	20	.45	.69	- 1.32	38	.20																																																																																																																												
	2	20	1.15	2.28				B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14	2	20	3.10	2.49	C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99																																																																																																				
B - Mentira	1	20	4.20	2.17	1.49	38	.14																																																																																																																												
	2	20	3.10	2.49				C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00	2	20	3.05	1.99																																																																																																																
C - Itens raros	1	20	3.05	1.61	0	38	1.00																																																																																																																												
	2	20	3.05	1.99																																																																																																																															

No que diz respeito ao estado civil, dividimos a amostra em solteiros e casados, excluimos os viúvos e divorciados por serem em número insignificante.

No que diz respeito ao estado civil, consideramos dois grupos:

Grupo 1 (n= 19) - indivíduos solteiros; e

Grupo 2 (n= 18) - indivíduos casados;

Encontramos médias significativamente diferentes para a escala do Suporte Familiar, do Ajustamento afectivo, Ajustamento Profissional, Ajustamento às Crises e Funcionamento Psicossocial em geral, apresentando o grupo dos solteiros sempre melhores médias (Quadro XVI).

QUADRO XVI Sensibilidade do Washington Psychosocial Seizure Inventoryⁱⁱ em função do estado civil (Grupo 1 solteiros, Grupo 2 casados * Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral $T \geq 2.02$.)

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{X}	ST	VALOR DET	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABI- LIDADE					
								1 - Suporte familiar	1	19	1.68	2.00
	2	18	3.06	2.24	2 - Ajustamento afectivo	1	19	11.26	5.49	- 2.59	35	.01
	2	18	16.50	6.78	3 - Ajustamento interpessoal	1	19	5.63	3.72			
	2	18	7.06	4.53	4 - Ajustamento profissional	1	19	3.58	1.84	- 3.25	35	.00
	2	18	6.44	3.35	5 - Estatuto financeiro	1	19	1.58	1.84			
	2	18	2.33	1.68	6 - Ajustamento às crises	1	19	5.90	3.26	- 2.09	35	.04
	2	18	8.17	3.35	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	19	1.63	1.61			
	2	18	2.39	1.72	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	19	16.42	9.14	- 2.84	35	.01
	2	18	25.67	10.67	ESCALAS DE VALIDADE							
A - N.º de respostas em branco	1	19	1.05	2.32	1.29	35	.21					
	2	18	.33	.49				B - Mentira	1	19	3.84	2.57
	2	18	3.33	2.33	C - Itens raros	1	19	2.90	1.70	.65	35	.52
	2	18	3.28	1.90								

Em relação à escolaridade consideramos dois grupos

Grupo 1 (n = 22) - indivíduos com a escolaridade da 4ª classe;

Grupo 2 (n = 18) - indivíduos com escolaridade > 4ª classe.

Não se encontraram diferenças significativas em relação às variáveis psicossociais (Quadro XVII).

QUADRO XVII Sensibilidade do ⁱⁱ Washington Psychosocial Seizure Inventory[†] do em função da escolaridade (Grupo 1 escolaridade = 4ª classe, Grupo 2 escolaridade > 4ª classe Teste unilateral T ≥ 1.68 Teste bilateral T ≥ 2.02.)

WPSI	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DET	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABILIDADE
ESCALAS CLÍNICAS							
1 - Suporte familiar	1	22	2.86	2.34	1.45	38	.15
	2	18	1.83	2.09			
2 - Ajustamento afectivo	1	22	15.18	6.56	1.48	38	.15
	2	18	12.06	6.78			
3 - Ajustamento interpessoal	1	22	6.91	4.69	.44	38	.66
	2	18	6.28	4.38			
4 - Ajustamento profissional	1	22	5.22	3.05	.88	38	.38
	2	18	4.39	2.89			
5 - Estatuto financeiro	1	22	2.05	1.70	.35	38	.73
	2	18	1.83	2.12			
6 - Ajustamento às crises	1	22	7.32	3.50	.49	38	.63
	2	18	6.78	3.42			
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	22	1.95	1.50	.02	38	.99
	2	18	1.94	1.86			
8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	22	23.23	10.51	1.49	38	.15
	2	18	18.11	11.17			
ESCALAS DE VALIDADE							
A - N.º de respostas em branco	1	22	.91	2.11	.44	38	.64
	2	18	.67	1.03			
B - Mentira	1	22	3.36	2.30	.84	38	.41
	2	18	4.00	2.47			
C - Itens raros	1	22	2.86	2.05	.73	38	.46
	2	18	3.28	1.41			

Em relação à idade de início da doença

Encontramos um coeficiente de correlação significativo entre a idade de início da doença e os valores da escala de Ajustamento afectivo e os valores da escala Relação Médico Doente e Terapêutica (Quadro XVIII).

QUADRO XVIII Coeficientes de correlação entre a idade de início da epilepsia e os valores nas sub-escalas do "Washington Psychosocial Seizure Inventory" ($p \leq .05$).

WPSI	IDADE DE INÍCIO	N
ESCALAS CLÍNICAS		
1 - Suporte familiar	.17 p = .15	40
2 - Ajustamento afectivo	.27 p = .04	40
3 - Ajustamento interpessoal	.09 p = .30	40
4 - Ajustamento profissional	.04 p = .40	40
5 - Estatuto financeiro	.17 p = .14	40
6 - Ajustamento às crises	.12 p = .23	40
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	.28 p = .04	40
8 - Funcionamento psicossocial em geral	.21 p = .10	40
ESCALAS DE VALIDADE		
A - N.º de respostas em branco	-.08 p = .31	40
B - Mentira	.01 p = .48	40
C - Itens raros	.04 p = .40	40

Da mesma forma, dividimos a amostra em 2 grupos;

Grupo 1 (n=20) - indivíduos com idade de início \leq 15 anos; e

Grupo 2 (n= 20) - indivíduos com idade de início $>$ 15 anos.

Não encontramos diferenças significativas em qualquer das escalas do inventário (Quadro XIX).

QUADRO XIX Sensibilidade do ¹ Washington Psychosocial Seizure Inventory¹ em função de idade de início da doença (Grupo 1 idade de início \leq 15 anos, Grupo 2 idade de início $>$ 15 anos Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DET	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABI- LIDADE
1 - Suporte familiar	1	20	2.15	1.87	-.69	38	.49
	2	20	2.65	2.62			
2 - Ajustamento afectivo	1	20	13.05	6.97	-.67	38	.50
	2	20	14.50	6.63			
3 - Ajustamento interpessoal	1	20	6.20	4.41	-.59	38	.55
	2	20	7.05	4.67			
4 - Ajustamento profissional	1	20	4.90	2.97	.10	38	.92
	2	20	4.80	3.05			
5 - Estatuto financeiro	1	20	1.55	1.67	-1.36	38	.18
	2	20	2.35	2.03			
6 - Ajustamento às crises	1	20	6.85	3.73	-.41	38	.68
	2	20	7.30	3.18			
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	20	1.80	1.82	-.57	38	.57
	2	20	2.10	1.48			
8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	20	19.45	11.90	.85	38	.40
	2	20	22.40	10.06			
ESCALAS DE VALIDADE							
A - N.º de respostas em branco	1	20	1.00	2.27	.74	38	.46
	2	20	.60	.82			
B - Mentira	1	20	3.60	2.74	-.13	38	.90
	2	20	3.70	2.00			
C - Itens raros	1	20	3.10	2.13	.18	38	.86
	2	20	3.00	1.41			

Em relação ao tipo de crise

Grupo 1 (n= 28) - Crises parciais; e

Grupo 2 (= 10) - Crises generalizadas

Não encontramos diferenças significativas em qualquer das escalas (Quadro XX).

QUADRO XX Sensibilidade do 'Washington Psychosocial Seizure Inventory' em função do tipo de crise (Grupo 1 crises parciais, Grupo 2 últimos meses com crises generalizadas Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral $T \geq 2.02$.)

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DET	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABI- LIDADE
	2	10	2.20	1.87			
2 - Ajustamento afectivo	1	28	13.93	7.24	-.07	36	.94
	2	10	14.10	6.00			
3 - Ajustamento interpessoal	1	28	7.10	4.65	.83	36	.41
	2	10	5.70	4.44			
4 - Ajustamento profissional	1	28	4.89	3.13		36	.99
	2	10	4.90	2.92	-.01		
5 - Estatuto financeiro	1	28	1.93	2.05	-.10	36	.92
	2	10	2.00	1.56			
6 - Ajustamento às crises	1	28	7.43	3.32	.80	36	.43
	2	10	6.40	3.86			
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	28	2.00	1.83	.84	36	.41
	2	10	1.50	.71			
8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	28	21.37	11.77	.25	36	.80
	2	10	20.30	10.20			
ESCALAS DE VALIDADE							
A - N.º de respostas em branco	1	28	1.00	1.98	.94	36	.35
	2	10	.40	.52			
B - Mentira	1	28	3.54	2.52	.04	36	.97
	2	10	3.50	2.01			
C - Itens raros	1	28	3.04	1.62	.05	36	.96
	2	10	3.00	2.31			

Em relação ao tempo de doença

Encontramos uma correlação (+) significativa no que diz respeito à Escala do Suporte Familiar e uma correlação (-) significativa na Escala da Mentira (Quadro XXI).

QUADRO XXI Coeficientes de correlação entre o tempo de doença e os valores nas sub-escalas do "Washington Psychosocial Seizure Inventory" ($p \leq .05$).

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	TEMPO DE DOENÇA	N
1 - Suporte familiar	.53 p = .01	40
2 - Ajustamento afectivo	.22 p = .09	40
3 - Ajustamento interpessoal	.19 p = .12	40
4 - Ajustamento profissional	.17 p = .15	40
5 - Estatuto Financeiro	-.15 p = .17	40
6 - Ajustamento às crises	.22 p = .09	40
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	.04 p = .40	40
8 - Funcionamento psicossocial em geral	.25 p = .06	40
ESCALAS DE VALIDADE		
A - N.º de respostas em branco	-.15 p = .18	40
B - Mentira	-.32 p = .02	40
C - Itens raros	-.11 p = .24	40

No que diz respeito ao controle das crises:

Grupo 1 (n = 10) - 12 meses (últimos) sem crises; e

Grupo 2 (n = 30) - 12 meses (últimos) com crises.

Encontramos diferenças significativas na escala: Ajustamento Interpessoal, Ajustamento Profissional, Relação Médico-doente e tratamento e Funcionamento Psicossocial em Geral. O Grupo 2 apresentou sempre valores médios superiores (pior ajustamento) (Quadro XXII).

QUADRO XXII Sensibilidade do Washington Psychosocial Seizure Inventory¹¹ em função do controle das crises (Grupo 1 últimos 12 meses sem crises, Grupo 2 últimos 12 meses com crises * Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral $T \geq 2.02$).

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DE T	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABI- LIDADE					
								1 - Suporte familiar	1	10	1.60	2.27
	2	30	2.67	2.23	2 - Ajustamento afectivo	1	10	11.40	7.66	- 1.30	38	.26
	2	30	14.57	6.37	3 - Ajustamento interpessoal	1	10	4.30	4.06			
	2	30	7.40	4.41	4 - Ajustamento profissional	1	10	3.40	2.27	1.88 *	38	.07
	2	30	5.33	3.06	5 - Estatuto Financeiro	1	10	1.60	2.37			
	2	30	2.07	1.72	6 - Ajustamento às crises	1	10	6.80	3.01	- .29	38	.76
	2	30	7.17	3.60	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	10	1.10	1.60			
	2	30	2.23	1.59	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	10	14.70	10.59	- 2.17	38	.05
	2	30	23.00	10.46								
ESCALAS DE VALIDADE												
A - N.º de respostas em branco	1	10	.90	1.10	.21	38	.79					
	2	30	.77	1.87								
B - Mentira	1	10	4.40	2.63	1.16	38	.30					
	2	30	3.40	2.27								
C - Itens raros	1	10	2.80	1.40	- .51	38	.56					
	2	30	3.13	1.91								

No que diz respeito a terapia subdividimos a amostra em 2 Grupos:

Grupo 1 (n = 24) - indivíduos em Monoterapia; e

Grupo 2 (n = 14) - indivíduos em Politerapia.

Não encontramos diferenças significativas (Quadro XXIII)

QUADRO XXIII Sensibilidade do Washington Psychosocial Seizure Inventory¹ em função da terapia (Grupo 1 Monoterapia, Grupo 2 Politerapia Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral $T \geq 2.02$).

WPSI	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DET	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABILIDADE
ESCALAS CLÍNICAS							
1 - Suporte familiar	1	26	2.27	2.07	-.49	38	.62
	2	14	2.64	2.65			
2 - Ajustamento afectivo	1	26	14.73	6.39	1.23	38	.22
	2	14	12.00	7.30			
3 - Ajustamento interpessoal	1	26	6.96	4.46	.64	38	.52
	2	14	6.00	4.70			
4 - Ajustamento profissional	1	26	5.23	3.19	1.11	38	.27
	2	14	4.14	2.48			
5 - Estatuto Financeiro	1	26	2.23	1.90	1.30	38	.20
	2	14	1.42	1.79			
6 - Ajustamento às crises	1	26	7.30	3.37	.58	38	.56
	2	14	6.64	3.63			
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.92	1.81	-.14	38	.89
	2	14	2.00	1.36			
8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	21.35	10.50	.33	38	.74
	2	14	20.14	12.20			

ESCALAS DE VALIDADE	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DET	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABILIDADE
A - N.º de respostas em branco							
	2	14	.64	.93			
B - Mentira	1	26	3.69	2.38	.15	38	.88
	2	14	3.57	2.44			
C - Itens raros	1	26	3.04	1.69	-.06	38	.95
	2	14	3.07	2.02			

Em relação ao quociente de inteligência (WAIS), dividimos a amostra em dois grupos para o QIV, QIP e QIG.

Grupo 1 (n= 21) QIV \leq 79

Grupo 2 (n= 16) QIV > 79

Grupo 1 (n = 24) QIP \leq 79

Grupo 2 (n = 16) QIP > 79

Grupo 1 (n= 26) QIG \leq 79

Grupo 2 (n= 14) QIG > 79

Também não encontramos diferenças significativas nas médias das variáveis psicossociais para qualquer valor de QI (QIV, QIP, QIG) (Quadros XXIV, XXV, XXVI).

QUADRO XXIV Sensibilidade do "Washington Psychosocial Seizure Inventory" em função do quociente de inteligência verbal (Grupo 1 QIV \leq 79, Grupo 2 QIV > 79 Teste unilateral T \geq 1.68 Teste bilateral T \geq 2.02).

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DET	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABI- LIDADE					
								1 - Suporte familiar	1	21	2.33	2.13
	2	19	2.47	2.46	2 - Ajustamento afectivo	1	21	14.48	6.67	.69	38	.50
	2	19	13.00	6.94	3 - Ajustamento interpessoal	1	21	6.76	4.31			
	2	19	6.47	4.82	4 - Ajustamento profissional	1	21	5.05	2.89	.44	38	.66
	2	19	4.63	3.13	5 - Estatuto Financeiro	1	21	1.86	1.82			
	2	19	2.05	1.99	6 - Ajustamento às crises	1	21	7.05	3.47	-.05	38	.96
	2	19	7.11	3.48	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	21	1.81	1.54			
	2	19	2.11	1.80	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	21	22.05	10.23	.68	38	50
	2	19	19.68	11.91	ESCALAS DE VALIDADE							
A - N.º de respostas em branco	1	21	1.10	2.19	1.16	38	.25					
	2	19	.47	.84				B - Mentira	1	21	3.48	2.50
	2	19	3.84	2.27	C - Itens raros	1	21	2.81	1.81	-.89	38	.38
	2	19	3.31	1.77								

QUADRO XXV Sensibilidade do "Washington Psychosocial Seizure Inventory" em função do quociente de inteligência prático (Grupo 1 QIP \leq 79, Grupo 2 QIP $>$ 79 Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral $T \geq 2.02$).

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{X}	ST	VALOR DE T	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABI- LIDADE
	2	16	2.19	2.04			
2 - Ajustamento afectivo	1	24	13.88	7.01	.11	38	.91
	2	16	13.62	6.57			
3 - Ajustamento interpessoal	1	24	7.46	4.55	1.45	38	.15
	2	16	5.38	4.27			
4 - Ajustamento profissional	1	24	4.75	2.98	-.26	38	.80
	2	16	5.00	3.05			
5 - Estatuto financeiro	1	24	2.08	1.93	.54	38	.59
	2	16	1.75	1.84			
6 - Ajustamento às crises	1	24	7.13	3.43	.11	38	.91
	2	16	7.00	3.54			
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	24	1.71	1.49	- 1.14	38	.26
	2	16	2.31	1.85			
8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	24	22.17	10.97	.87	38	.39
	2	16	19.06	11.08			
ESCALAS DE VALIDADE							
A - N.º de respostas em branco	1	24	1.13	2.09	1.51	38	.14
	2	16	.31	.60			
B - Mentira	1	24	3.67	2.71	.05	38	.96
	2	16	3.63	1.82			
C - Itens raros	1	24	3.21	1.96	.68	38	.50
	2	16	2.81	1.51			

QUADRO XXVI Sensibilidade do 'Washington Psychosocial Seizure Inventory' em função do quociente de inteligência geral (Grupo 1 QIG \leq 79, Grupo 2 QIG $>$ 79 Teste unilateral $T \geq 1.68$ Teste bilateral $T \geq 2.02$.)

WPSI ESCALAS CLÍNICAS	GRUPOS	N	\bar{x}	ST	VALOR DE T	GRAUS DE LIBERDADE	GRAUS DE PROBABILIDADE																																																																																																																												
1 - Suporte familiar	1	26	2.58	2.27	.67	38	.51																																																																																																																												
	2	14	2.07	2.30				2 - Ajustamento afectivo	1	26	14.97	6.73	1.54	38	.13	2	14	11.57	6.45	3 - Ajustamento interpessoal	1	26	7.15	4.52	1.01	38	.32	2	14	5.64	4.47	4 - Ajustamento profissional	1	26	5.00	3.02	.43	38	.67	2	14	4.57	2.98	5 - Estatuto Financeiro	1	26	2.23	2.00	1.30	38	.20	2	14	1.43	1.56	6 - Ajustamento às crises	1	26	7.23	3.49	.39	38	.70	2	14	6.79	3.42	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.70	1.46	- 1.36	38	.18	2	14	2.43	1.91	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21	2	14	17.93	11.42	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16	2	14	.29	.61	B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95
2 - Ajustamento afectivo	1	26	14.97	6.73	1.54	38	.13																																																																																																																												
	2	14	11.57	6.45				3 - Ajustamento interpessoal	1	26	7.15	4.52	1.01	38	.32	2	14	5.64	4.47	4 - Ajustamento profissional	1	26	5.00	3.02	.43	38	.67	2	14	4.57	2.98	5 - Estatuto Financeiro	1	26	2.23	2.00	1.30	38	.20	2	14	1.43	1.56	6 - Ajustamento às crises	1	26	7.23	3.49	.39	38	.70	2	14	6.79	3.42	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.70	1.46	- 1.36	38	.18	2	14	2.43	1.91	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21	2	14	17.93	11.42	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16	2	14	.29	.61	B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44								
3 - Ajustamento interpessoal	1	26	7.15	4.52	1.01	38	.32																																																																																																																												
	2	14	5.64	4.47				4 - Ajustamento profissional	1	26	5.00	3.02	.43	38	.67	2	14	4.57	2.98	5 - Estatuto Financeiro	1	26	2.23	2.00	1.30	38	.20	2	14	1.43	1.56	6 - Ajustamento às crises	1	26	7.23	3.49	.39	38	.70	2	14	6.79	3.42	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.70	1.46	- 1.36	38	.18	2	14	2.43	1.91	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21	2	14	17.93	11.42	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16	2	14	.29	.61	B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44																				
4 - Ajustamento profissional	1	26	5.00	3.02	.43	38	.67																																																																																																																												
	2	14	4.57	2.98				5 - Estatuto Financeiro	1	26	2.23	2.00	1.30	38	.20	2	14	1.43	1.56	6 - Ajustamento às crises	1	26	7.23	3.49	.39	38	.70	2	14	6.79	3.42	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.70	1.46	- 1.36	38	.18	2	14	2.43	1.91	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21	2	14	17.93	11.42	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16	2	14	.29	.61	B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44																																
5 - Estatuto Financeiro	1	26	2.23	2.00	1.30	38	.20																																																																																																																												
	2	14	1.43	1.56				6 - Ajustamento às crises	1	26	7.23	3.49	.39	38	.70	2	14	6.79	3.42	7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.70	1.46	- 1.36	38	.18	2	14	2.43	1.91	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21	2	14	17.93	11.42	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16	2	14	.29	.61	B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44																																												
6 - Ajustamento às crises	1	26	7.23	3.49	.39	38	.70																																																																																																																												
	2	14	6.79	3.42				7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.70	1.46	- 1.36	38	.18	2	14	2.43	1.91	8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21	2	14	17.93	11.42	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16	2	14	.29	.61	B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44																																																								
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1	26	1.70	1.46	- 1.36	38	.18																																																																																																																												
	2	14	2.43	1.91				8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21	2	14	17.93	11.42	ESCALAS DE VALIDADE								A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16	2	14	.29	.61	B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44																																																																				
8 - Funcionamento psicossocial em geral	1	26	22.54	10.61	1.28	38	.21																																																																																																																												
	2	14	17.93	11.42																																																																																																																															
ESCALAS DE VALIDADE																																																																																																																																			
A - N.º de respostas em branco	1	26	1.77	2.02	1.42	38	.16																																																																																																																												
	2	14	.29	.61				B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34	2	14	4.14	1.96	C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44																																																																																																				
B - Mentira	1	26	3.38	2.56	-.96	38	.34																																																																																																																												
	2	14	4.14	1.96				C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95	2	14	3.07	1.44																																																																																																																
C - Itens raros	1	26	3.04	1.97	-.06	38	.95																																																																																																																												
	2	14	3.07	1.44																																																																																																																															

4.5 - Análise factorial de correspondência

A análise factorial de correspondência é uma análise multivariada desenvolvida por Benzecri e colaboradores na Universidade de Paris, podendo ser utilizada para analisar quadros disjuntivos completos.

Um quadro disjuntivo completo forma uma tabela de contingências, em que as linhas representam os indivíduos e as colunas as variáveis, e as suas diferentes modalidades.

Desta forma este método permite estudar a dependência entre as variáveis através da sua representação gráfica em planos formados pelos eixos emergentes (Foucart, 1982).

Utilizamos esta metodologia no presente estudo, recorrendo, no entanto, a uma reclassificação das variáveis e modalidades a analisar, transformando as variáveis de mensuração intervalar em mensuração ordinal.

Seguidamente apresenta-se um quadro com as vinte variáveis estudadas a decomposição nas respectivas modalidades bem como as siglas que as representam.

QUADRO XXVII

Estas siglas permitiram a análise dos resultados nas seguintes figuras.

Variáveis Estudadas	Siglas	e	Modalidades
Sexo	SE ₁		Masculino
	SE ₂		Feminino
Estado Civil	CI ₁		Solteiro
	CI ₂		Casado
Escolaridade	EC ₁		4 ^a classe
	EC ₂		> 4 ^a classe
Idade de Início	II ₁		≤ 15 anos
	II ₂		> 15 anos
Tipo de Crise	TC ₁		C. Parciais
	TC ₂		C. Generalizadas

Tempo de doença	TM ₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}=15.8$ anos
	TM ₂	> \bar{X}	
Controle da Crise	TP ₁	últimos 12 meses sem crises	
	TP ₂	últimos 12 meses com crises	
Terapias	TR ₁	Monoterapia	
	TR ₂	Politerapia	
Q.I.G.	QI ₁	≤ 79	
	QI ₂	> 79	
WPSI			
Escalas clínicas			
1 - Suporte familiar	E ₁₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 2.40$
	E ₁₂	> \bar{X}	
2 Ajustamento afectivo	E ₂₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 13.77$
	E ₂₂	> \bar{X}	
3 Ajustamento interpessoal	E ₃₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 6.62$
	E ₃₂	> \bar{X}	
4 Ajustamento Profissional	E ₄₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 4.85$
	E ₄₂	> \bar{X}	
5 Estatuto Financeiro	E ₅₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 1.95$
	E ₅₂	> \bar{X}	
6 Ajustamento às crises	E ₆₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 7.07$
	E ₆₂	> \bar{X}	
7 Relação Médico-Doente e tratamento	E ₇₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 1.95$
	E ₇₂	> \bar{X}	
8 Funcionamento Psicossocial em geral	E ₈₁	≤ \bar{X}	$\bar{X}= 20.92$
	E ₈₂	> \bar{X}	

Escalas de validade

A. Respostas em branco	Eg1	$\leq X$	
			X = 0.8
	Eg1	$> X$	
B. Mentira	EA1	$\leq X$	
			X = 3.65
	EA2	$> X$	
C. Ítems Raros	EB1	$\leq X$	
			X = 3.05
	EB2	$> X$	

Como se pode observar no Quadro XXVII, as variáveis estudadas são de natureza bem diversa, podendo-se, no entanto, de uma forma relativamente clara, isolar 3 grupos de dados. Uns de natureza sócio-demográfica, outros referentes à epilepsia e um terceiro grupo constituído pelas sub-escalas do "Washington Psychosocial Seizure Inventory".

Resultados da análise factorial de correspondências

Ao efectuarmos a análise de correspondência, foi programada a extracção de um máximo de 5 eixos, pressupondo-se que o somatório das respectivas constituições abarcam uma importante fatia da variabilidade total, aproximando-se de um valor que se poderia considerar satisfatório. Salientamos que o somatório é expresso em termos de percentagem, cujo valor máximo, como é óbvio, tem como limite os 100% e que a contribuição de cada eixo diminui progressivamente do 1º (o mais importante) para o último.

Tendo em consideração os grupos de variáveis anteriormente referidos, haveria que escolher a estratégia adequada que espelhasse de forma mais precisa os agrupamentos naturais de variáveis (tecnicamente designadas por eixos), a sua ortogonalidade bem como a sua independência ou interligação.

Entre algumas das soluções possíveis optamos por uma estratégia no sentido global-particular. Esta abordagem pareceu a mais adequada. Numa primeira fase foram analisadas todas as 20 variáveis (40 modalidades) englobando logicamente os dados sócio-demográficos, os referentes à epilepsia e o "Washington Psychosocial Seizure Inventory" e respectivas sub-escalas. A fase

seguinte consistirá predominantemente na análise do WPSI e sub-escalas (22 modalidades) e de alguns dados sócio-demográficos (6 modalidades), quer como consequência do plano inicialmente traçado, quer pelos resultados obtidos na 1ª etapa da estratégia inicialmente definida. Pelas mesmas razões anteriormente evocadas, a avaliação dos dados referentes à epilepsia foram analisados em último lugar.

Análise global das 20 variáveis

Foram submetidas à análise factorial de correspondências as modalidades das 20 variáveis constantes no Quadro XXVII, - sendo extraídos 5 eixos verificando-se que a sua constituição para a explicação da variabilidade total era ligeiramente superior a 60%.

Salientamos, no entanto, que a constituição do 1º eixo atingiu 26% enquanto a dos restantes quatro se repartia, de uma forma relativamente homogénea com valores de 10%, 8.7%, 8.5% e 7.1%, respectivamente, pelos eixos 2, 3, 4 e 5.

Torna-se evidente que o 1º eixo, teoricamente o eixo mais bem definido e com maior contribuição se apresenta como o eixo principal e sobre ele, definidos os planos com os outros eixos, deve incidir a análise.

Seguidamente apresentamos a contribuição dos eixos extraídos, sendo de referir que os eixos 1, 2 e 4 se apresentam como os mais bem caracterizados.

Eixo 1

- a) Estado civil.
- b) Suporte familiar.
- c) Ajustamento afectivo.
- d) Ajustamento interpessoal.
- e) Ajustamento profissional.
- f) Ajustamento às crises.
- g) Relação médico-doente e tratamento.
- h) Ajustamento psicossocial em geral.
- i) Escala de mentira.

Eixo 2

- a) Escolaridade.
- b) Q.I.
- c) Estatuto financeiro.
- d) Ítems em branco.
- e) Ítems raros.
- f) Ajustamento às crises.
- g) Relação médico-doente e tratamento.

Eixo 3

- a) Ajustamento interpessoal.
- b) Estatuto financeiro.
- c) Ítens em branco.
- d) Ítens raros.
- e) Tipo de crise.
- f) Tempo de doença.
- g) Frequência das crises.

Eixo 4

- a) Estado civil.
- b) Q.I.
- c) Tipo de crise.
- d) Tempo de doença.
- e) Frequência das crises.
- f) Terapia.
- g) Idade de início.

Eixo 5

- a) Ajustamento interpessoal.
- b) Ajustamento Profissional.
- c) Escolaridade.
- d) Q.I.
- e) Ítens em branco.
- f) Terapia.
- h) Idade de início.

De acordo com os agrupamentos das variáveis constituídas de cada eixo, poder-se-à demonimar, embora de uma forma relativamente arbitrária, os eixos mais bem definidos (1, 2 e 4), O eixo 1, constituído quase exclusivamente pelo "Washington Psychosocial Seizure Inventory" nos seus diversos componentes, poderia ser designado o eixo de "Ajustamento Psicossocial" o eixo 2 "Eficiência Intelectual". E o eixo 4 de "Características da Epilepsia". Os eixos 3 e 5, constituídos por variáveis de natureza diversa, são eixos atípicos, talvez pela já baixa contribuição para a variabilidade total dos fenómenos em estudo.

Análise dos planos

Os planos são definidos por 2 eixos, um horizontal e outro vertical cuja identificação constará do subtítulo da figura em que o plano está representado.

As variáveis estão identificadas pelas suas siglas de acordo com o Quadro XXVII. Um rectângulo envolverá as siglas das variáveis contributivas para a formação do eixo horizontal e um círculo as do eixo vertical. Se uma variável for contributiva para a formação de ambos os eixos (horizontal e vertical) será envolvida por um círculo inscrito num rectângulo.

Análise do plano definido pelos eixos 1 e 2

O plano em análise pode ser observado na Figura 11. Os agrupamentos das modalidades referentes aos respectivos eixos encontram-se definidos de uma forma bastante clara. O eixo 1, que anteriormente foi designado por "Ajustamento psicossocial", apresenta da esquerda para a direita o grau de ajustamento psicossocial dos doentes com epilepsia.

É bem nítida a separação entre os dois grupos cujas variáveis se afastam do centro de gravidade do plano, ou seja, da intercepção dos eixos 1 e 2. Também no eixo 2 as modalidades da "Eficiência Intelectual" se encontram bem dicotomizadas. Na parte superior do eixo agrupam-se os doentes de Q.I., escolaridade e nível financeiro mais elevado, curiosamente deixando menor resposta em branco, e respondendo a um menor número de itens raros no "Washington Psychosocial Seizure Inventory".

O facto mais saliente deste plano, porventura o mais importante referente às variáveis em estudo, é a **homogeneidade do "Washington Psychosocial Seizure Inventory"** e a sua capacidade discriminativa bem como a ortogonalidade, ou seja a independência do ajustamento psicossocial em relação à eficiência intelectual. Salienta-se, no entanto, que uma independência total das variáveis, mesmo nas ciências consideradas exactas, não existe. De facto o ajustamento às crises e a relação médico-doente e tratamento contribuem para a formação dos 2 eixos com pesos semelhantes, embora com uma representação mais perfeita em relação ao eixo 1. Poder-se-à concluir em relação a estas variáveis que o ajustamento dos doentes tem origem na capacidade discriminativa do WPSI não sendo de excluir a hipótese da influência da eficiência intelectual no ajustamento psicossocial.

Análise do plano definido pelos eixos 1 e 3

Salientamos que a análise deste plano revela, pelo facto de o ajustamento interpessoal, ter uma maior contribuição para o eixo 3, se encontrar uma melhor relação interpessoal dos doentes, associada a um melhor estatuto financeiro, suporte familiar e relação médico-doente e tratamento, conforme se observa na Figura 12.

Análise do plano definido pelos eixos 1 e 4

A análise deste plano (Figura 13) parece bastante elucidativa no que diz respeito às relações entre o ajustamento psicossocial e algumas características da epilepsia.

Uma observação atenta deste plano revela uma ortogonalidade quase completa entre os eixos 1, previamente definido como o eixo do Ajustamento psicossocial e o eixo 4 "Características da Epilepsia"

As variáveis distribuem-se longe do Centro de gravidade do plano em ambos os eixos, dicotomizando-se no eixo 1 em progressão dum bom ajustamento psicossocial para um mau ajustamento.

O eixo 4 que engloba todas as variáveis referentes às características da epilepsia e o quociente de inteligência reparte-se em 2 polos opostos, bem definidos e afastados do Centro de gravidade.

Contrapõem-se os doentes com crises no último ano, com duração de doença > 15 anos, com crises generalizadas, medicados com vários fármacos e com uma idade de início de doença abaixo dos 15 anos. Será o grupo de doentes com sintomatologia mais grave que se associa um Q.I. mais baixo. Aos solteiros associam-se os doentes com sintomatologia menos grave.

Refira-se, no entanto, que a variável estado civil contribui para uma formação dos 2 eixos com um maior peso no eixo 4.

Análise do plano definido pelos eixos 1 e 5

Na Figura 14 podem ser observadas as relações entre as variáveis contributivas dos eixos 1 e 5. A fraca contribuição do eixo 5 para a inércia total e uma má projecção das variáveis que o constituem sobre o plano formado por estes 2 eixos, dificulta de forma considerável a análise da relação entre as

diversas variantes. Salientamos no entanto, a boa definição do eixo 1 e um efeito de arrasto do ajustamento profissional e interpessoal sobre o eixo 5, que com boa verdade, parece ser apenas uma consequência da fraca contribuição deste eixo.

Análise global de 14 variáveis

Como foi anteriormente referido após a análise de todas as variáveis do quadro disjuntivo completo como consequência dos resultados obtidos, optamos pelo estudo das 28 modalidades que constituem o somatório das 22 modalidades do WPSI e 6 de natureza sócio-demográfica.

Foram extraídos 5 eixos verificando-se que a sua contribuição para a inércia total (100%) era de 73.7%. Referimos que a contribuição do 1º eixo atingia 34.9% ou seja cerca de metade do somatório das contribuições dos 4 restantes eixos extraídos, significando a existência duma consistência muito elevada deste eixo. De salientar ainda que o somatório dos 2 primeiros eixos (34.9%) + 13.8% = 48.7%) é cerca de 1,5 vezes superior ao somatório das contribuições dos eixos 3 (10.2%) 4 (8.2%) e 5 (6.%), correspondendo a cerca de metade da variabilidade das variáveis em estudo.

Pelos factos anteriormente expostos apenas será analisado o plano constituído pelos eixos 1 e 2.

Seguidamente apenas se apresenta a contribuição dos eixos 1 e 2 pelos motivos anteriormente referidos.

Eixo 1

- a) Estado civil.
- b) Suporte familiar.
- c) Ajustamento afectivo.
- d) Ajustamento interpessoal.
- e) Ajustamento profissional.

Eixo 2

- a) Escolaridade.
- b) Q.I.
- c) Estatuto financeiro.
- d) Ajustamento às crises.
- e) Relação Médico doente e Tratamento.

- | | |
|-----------------------------------------|---------------------|
| f) Estatuto financeiro. | f) Ítens em branco. |
| g) Ajustamento às crises. | g) Ítens raros. |
| h) Relação Médico doente e Tratamento. | |
| i) Funcionamento psicossocial em geral. | |
| j) Mentira. | |

Análise do plano constituído pelos eixos 1 e 2

Como se pode observar na Figura 15, no eixo 1 nas modalidades das variáveis que o compõem, encontram-se bem representadas, afastadas do centro de gravidade e bem dicotomizadas. Tal facto não constitui uma surpresa pelo anteriormente exposto. Refira-se que a variável Estatuto Financeiro tem uma maior contribuição para o eixo 2.

Salientamos que o eixo 1, com uma elevada contribuição para a inércia total, é formado por todas as sub-escalas do "Washington Psychosocial Seizure Inventory", excepção à escala dos itens raros e em branco.

A explicação mais plausível para este fenómeno, que se desenhava em análises anteriormente efectuadas, é a existência **duma consistência apreciável deste inventário**, bem como a sua capacidade discriminativa, separando claramente o grupo dos doentes mais bem ajustados dos outros.

Acrescente-se que este eixo pode ser perfeitamente designado de eixo de "Ajustamento Psicossocial", apresentando-se, como anteriormente foi proposto, independente em relação às variáveis sócio-demográficas que constituem o eixo 2.

Este separa os doentes em função da sua Eficiência Intelectual. Parece bastante elucidativo e abonatório deste argumento no facto de também pertencerem a este eixo 4, 2 sub-escalas do WPSI (Ítens raros e em branco). De facto os doentes com um melhor padrão de eficiência respondem a um número menos elevado de ítens em branco e ítens raros. Uma explicação plausível para este fenómeno seria a estreita ligação daquelas variáveis a um melhor Q.I., uma escolaridade mais elevada e a um melhor estatuto financeiro.

Análise global de 10 variáveis

Pelos motivos anteriormente aduzidos, entre os agrupamentos naturais de variáveis, destacava-se um eixo que foi designado "Características da Epilepsia" já que englobava todas as variáveis da amostra referentes à Epilepsia: Tipo de Crise, Tempo de Doença, Frequência das Crises, Terapia e Idade de Início da Doença.

Poder-se-à perguntar porque não se analisaram apenas estas variáveis. Deve-se acrescentar que o referido eixo denominado "Características da Epilepsia" era também formado com a contribuição do Q.I. e do Estado Civil, perfazendo um total de 7 variáveis. A observação das análises anteriormente observadas revelou ligações muito estreitas entre o Q.I. e o Estado Civil facto que motivou a inclusão desta variável. A inclusão das sub-escalas do WPSI **Ajustamento às Crises e Relação Médico-Doente e Tratamento** que viria a perfazer o total das 10 variáveis, pareceu-nos adequado já que nos poderia escapar uma relação entre algumas características da Epilepsia e a Relação Médico-Doente e Terapêutica e uma atitude positiva ou negativa face às crises do doente ou seja o seu ajustamento a uma das facetas mais óbvias da Epilepsia para um observador não especializado.

Ao efectuar-se a análise factorial de correspondências foram extraídos 4 eixos, verificando-se que a sua contribuição para a inércia total era de 66.3%, que se distribuía de uma forma relativamente homogénea pelos 4 eixos (eixo 1 - 21%, eixo 2 - 17.5%, eixo 3 - 15.7% e eixo 4 - 121.1%).

Na contribuição relativamente homogénea de cada eixo para a inércia total traduzir-se-à inevitavelmente pela distribuição das variáveis pelos vários eixos sem se obter uma clara definição do agrupamento natural mais significativo dificultando gradualmente a interpretação dos planos formados pelos vários eixos.

Seguidamente apresenta-se a constituição dos 4 eixos extraídos.

Eixo 1

- a) Estado civil.
- b) Escolaridade.
- c) Ajustamento às crises.

Eixo 2

- a) Escolaridade.
- b) Relação Médico doente e Tratamento.
- c) Idade de Início.

d) Relação Médico-Doente e Tratamento.

d) Tempo de doença.

e) Q.I.

Eixo 3

a) Estado civil.

b) Tipo de crise.

c) Frequência das crises.

d) Terapêutica.

Eixo 4

a) Escolaridade.

b) Ajustamento às crises.

c) Idade de início.

d) Tempo de doença.

Na medida em que as variáveis que constituem o eixo 4 se encontram já representadas nos 3 primeiros eixos, limitar-nos-emos à análise dos 3 primeiros eixos, mais concretamente aos planos definidos pelos eixos 1 e 2 e 1 e 3.

Embora os eixos sejam ortogonais existem variáveis que embora não contribuam significativamente para a formação de determinado eixo, exerceram um efeito suficientemente grande para afectar a representação das variáveis nos planos a analisar.

Análise do plano constituído pelos eixos 1 e 2.

Este plano (Figura 16) mostra uma relativa interpenetração das variáveis dos eixos 1 e 2 traduzindo-se basicamente na contraposição entre os doentes com um melhor ajustamento às crises e melhor relação médico doente e tratamento, sendo solteiros e na idade de início da doença inferior a 15 anos com os doentes de características totalmente opostas. Um segundo grupo formado pelos doentes com tempo de doença superior a 15 anos e uma escolaridade e Q.I. baixos que se contrapõe a outro grupo de doentes com características opostas.

Análise do plano constituído pelos eixos 1 e 3

Como se pode observar na Figura 17, o eixo 1 pode considerar-se o eixo do ajustamento às crises e Relação Médico-Doente e Terapêutica, a que se associam uma escolaridade mais baixa e o estado civil de casado aos doentes com menor ajustamento.

De uma forma independente se dividem os doentes que não sofreram de crises nos últimos 12 meses, sofrem de crises parciais e estão apenas medicados com um único fármaco, com doentes que possuem características opostas (sofrem de crises nos últimos 12 meses, sofrem de crises generalizadas e estão medicados com vários fármacos).

Eixo 1: Horizontal

Eixo 2: Vertical

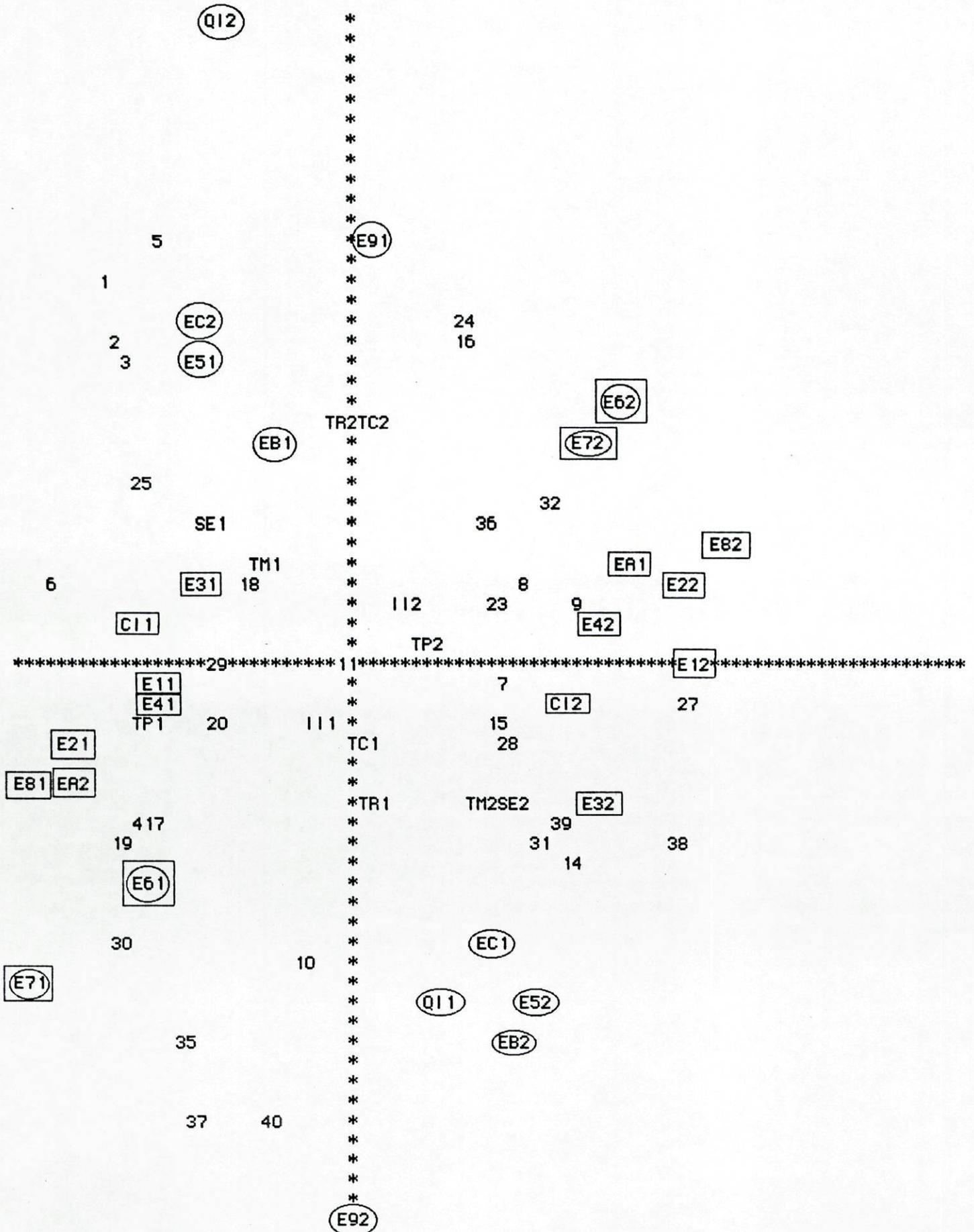


Figura 11 - Representação gráfica do plano definidos pelos eixos 1 e 2

ANALISE FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS DE BENZECAI

Eixo 1: Horizontal

Eixo 3: Vertical

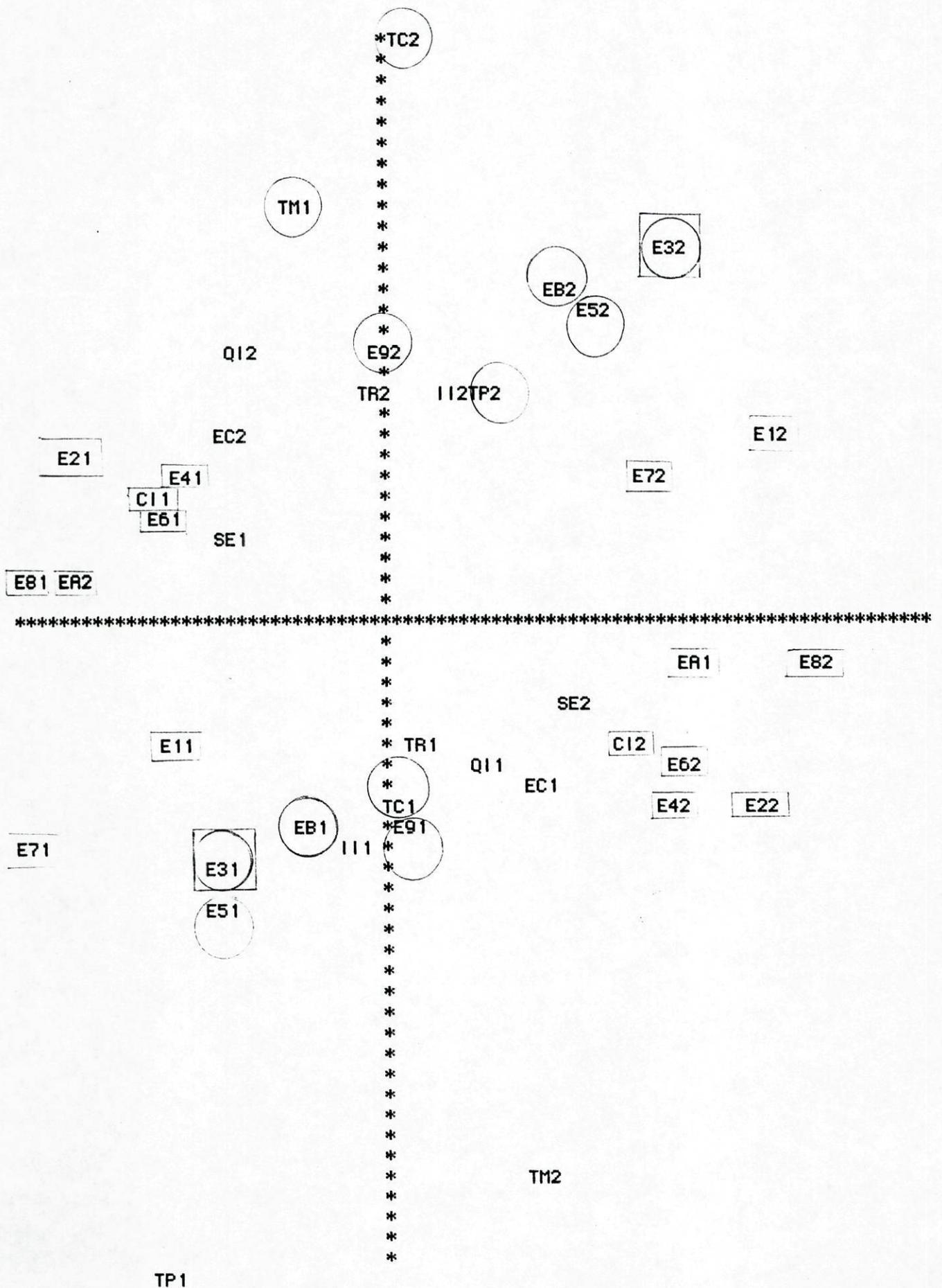


Figura 12 - Representação gráfica do plano definido pelos eixos 1 e 3

ANALISE FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS DE BENZECRI

Eixo 1: Horizontal

Eixo 4: Vertical

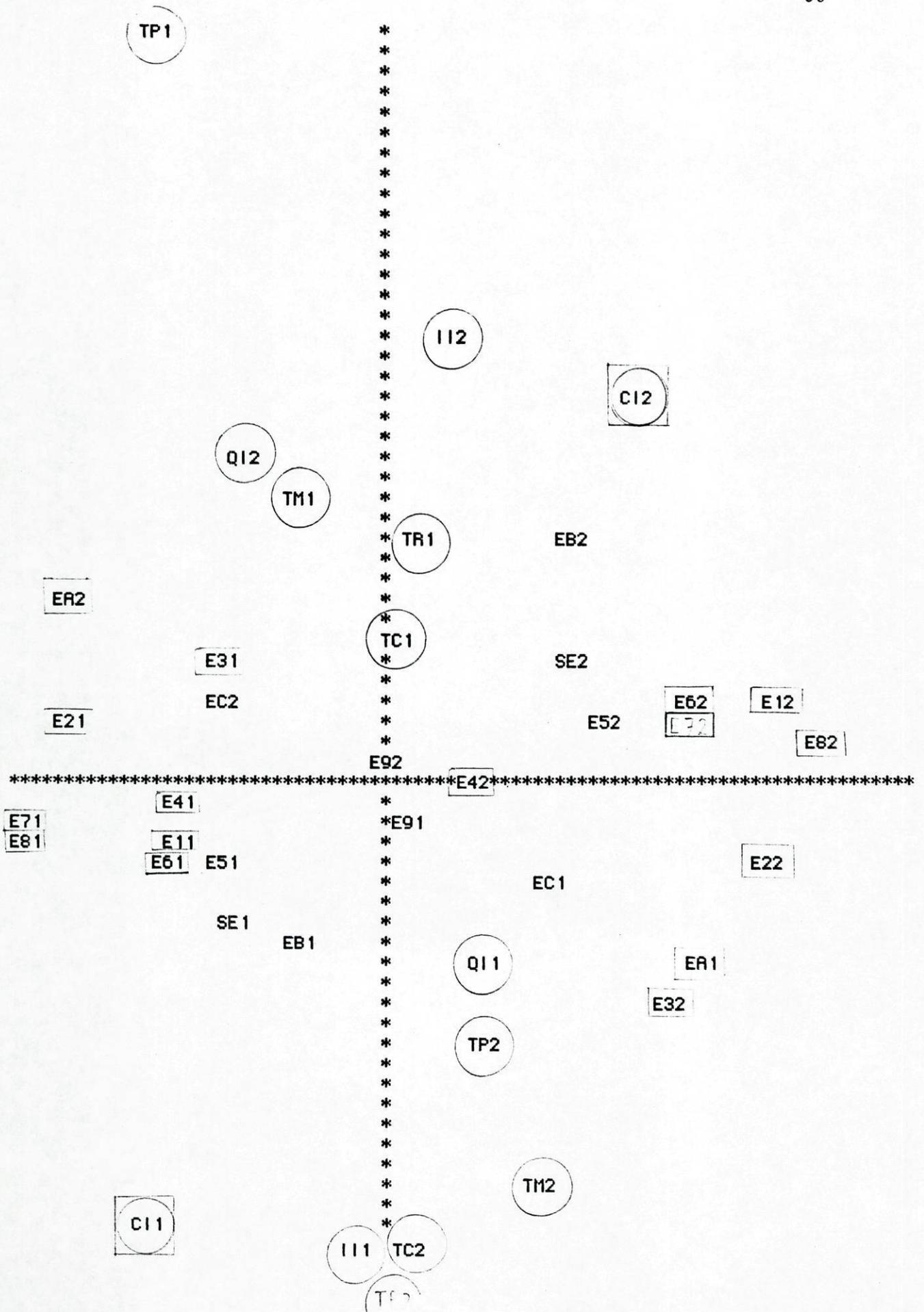


Figura 13 - Representação gráfica do plano definido pelos eixos 1 e 4

Eixo 1: Horizontal

Eixo 5: Vertical

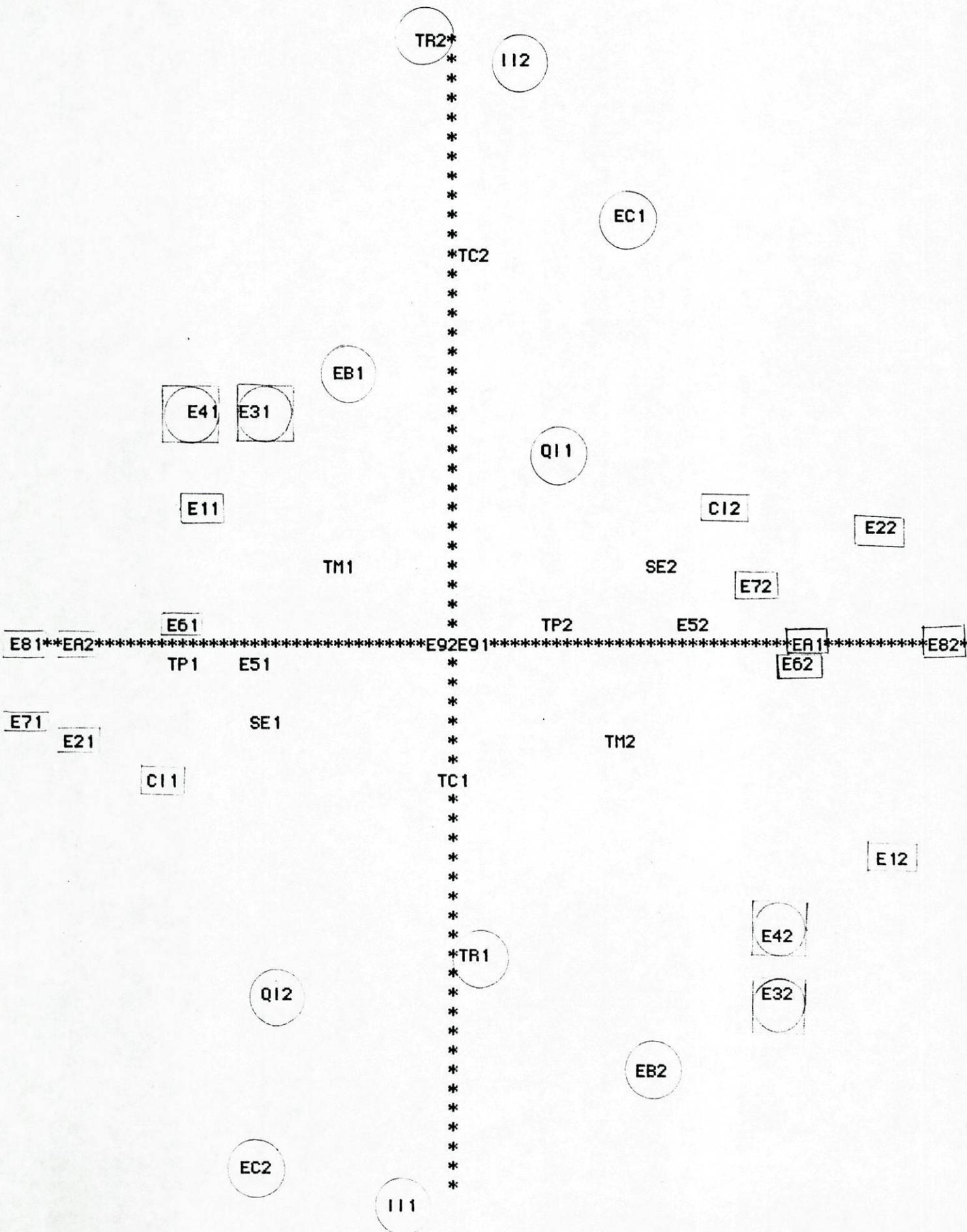


Figura 14 - Representação gráfica do plano definido pelos eixos 1 e 5

Eixo 1: Horizontal

Eixo 2: Vertical

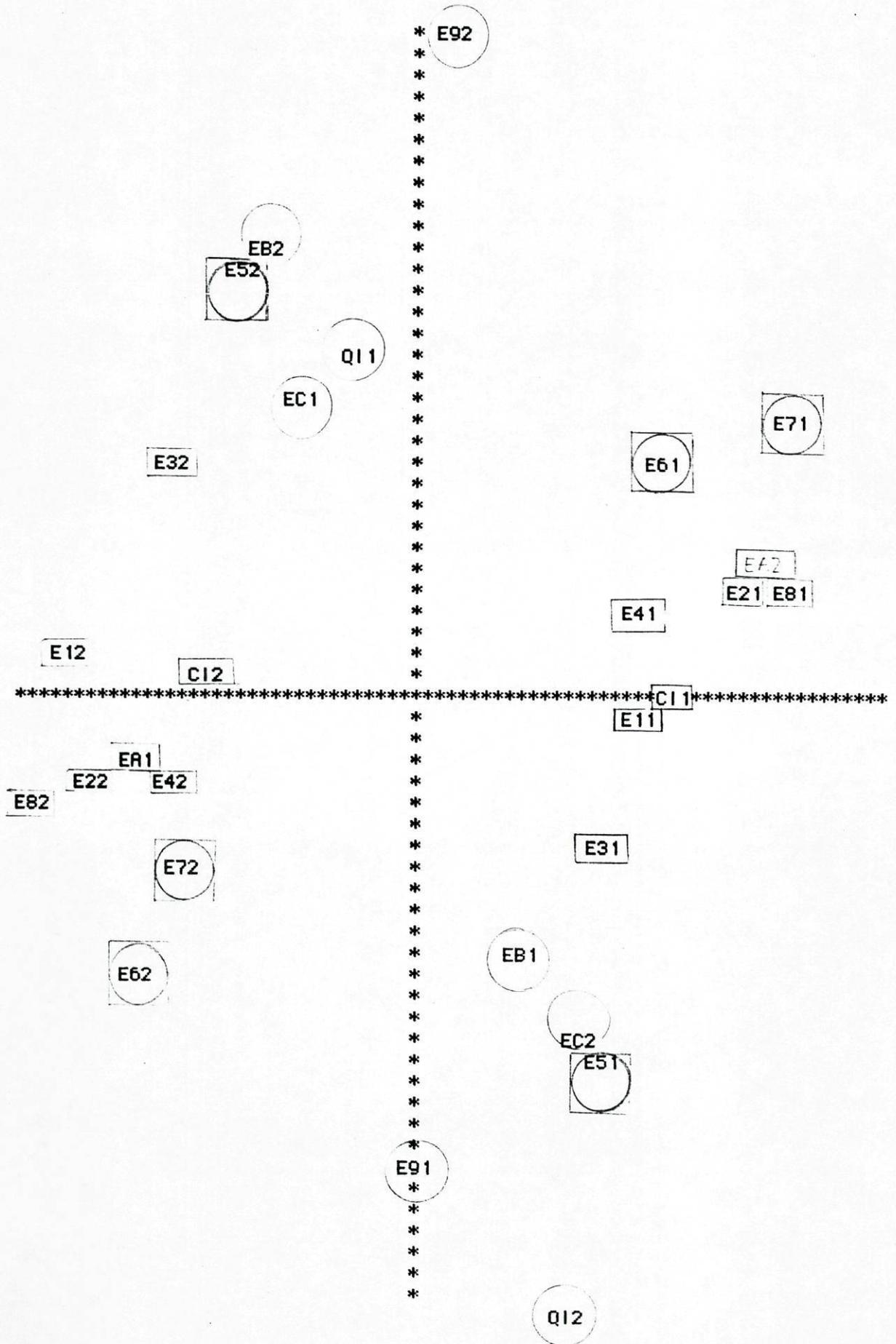


Figura 15 - Representação gráfica do plano definido pelos eixos 1 e 2

Eixo 1: Horizontal Eixo 2: Vertical

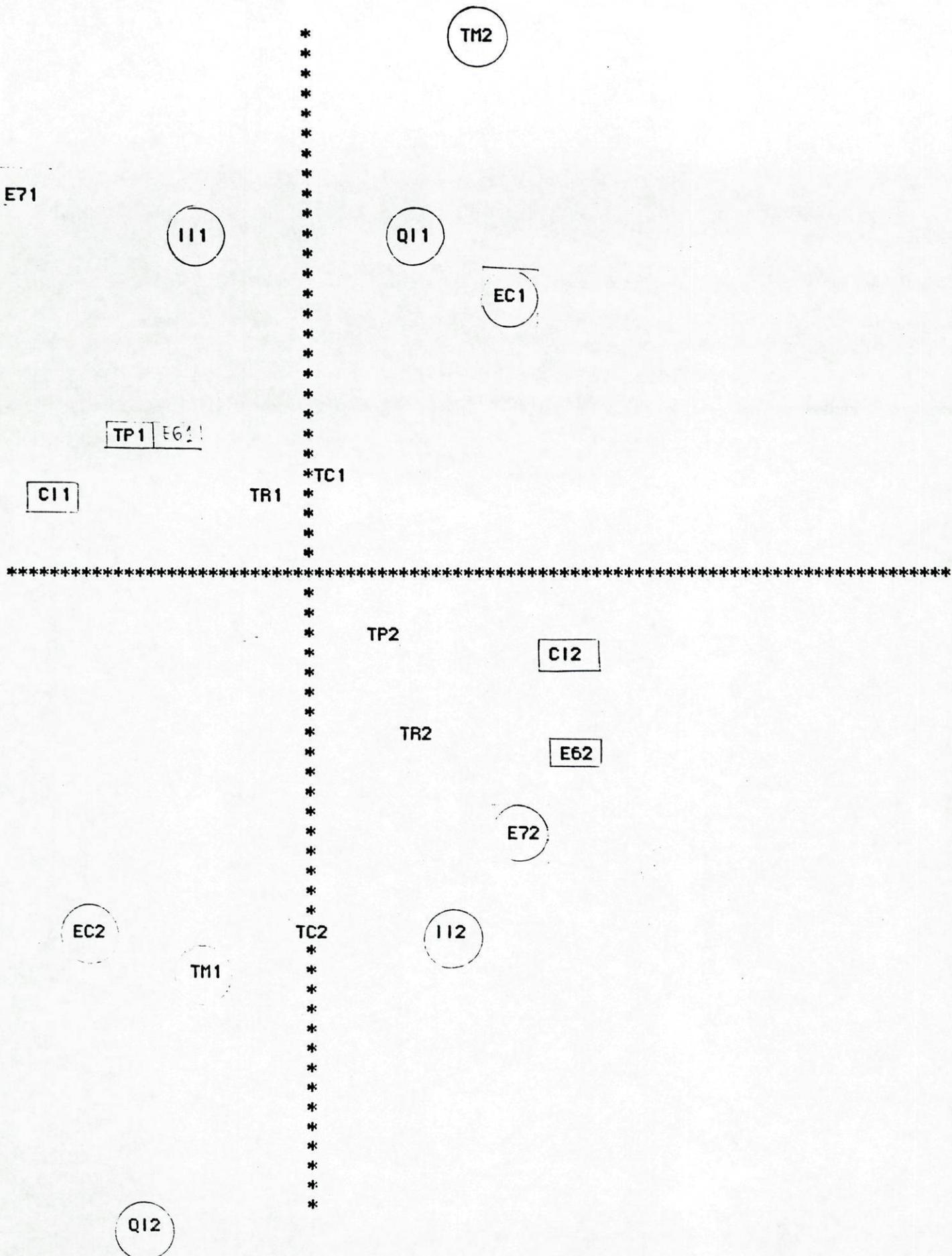


Figura 16 - Representação gráfica do plano definido pelos eixos 1 e 2

Eixo 1: Horizontal Eixo 3: Vertical

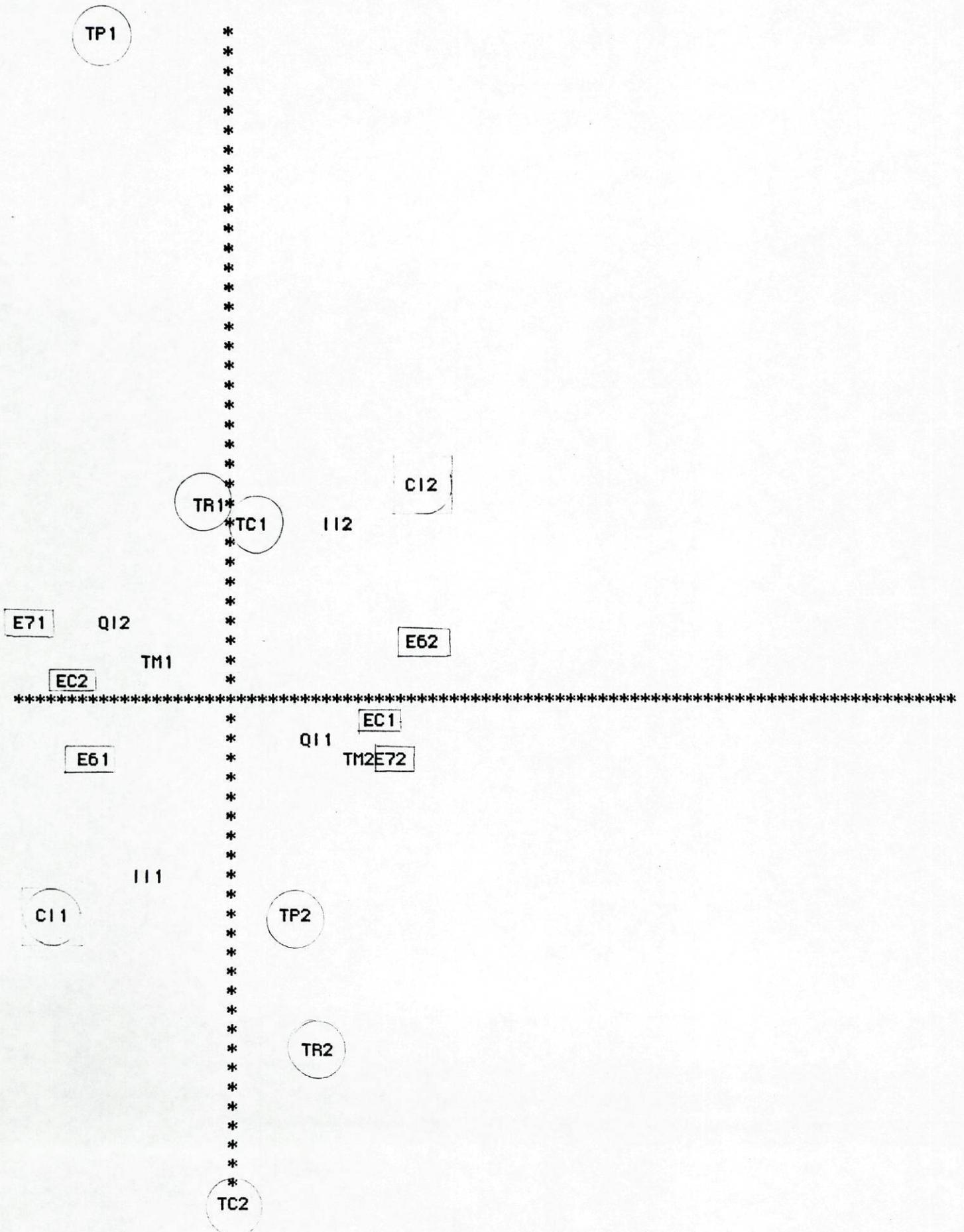


Figura 17 - Representação gráfica do plano definido pelos eixos 1 e 3

Capítulo IV
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados apresentados no capítulo anterior foram obtidos após a investigação da área psicossocial numa amostra de doentes epilépticos. O seu estudo foi realizado através da colheita dos dados sócio-demográficos, clínicos e psicométricos, que nos pareceram ser mais importantes para um melhor conhecimento do doente epiléptico.

Esta amostra assume no entanto características próprias, uma vez que é constituída por um grupo de doentes a serem tratados no regime de uma consulta externa de um Hospital Central - Hospital de S. João e pertencendo na sua maioria, a uma faixa sócio-económica relativamente baixa. Para além disso é constituída, na presente data, por apenas 40 casos, o que consideramos ser insuficiente para poderem ser retiradas conclusões finais.

Sexo

A amostra estudada é homogénea no que diz respeito ao sexo. Em alguns estudos epidemiológicos, nomeadamente num efectuado por Zielinsky (1982), tem sido verificado um predomínio masculino.

Idade

Dos doentes observados, 67% encontram-se na faixa etária dos 18 aos 35 anos, enquanto 34% têm entre 36 e 56 anos de idade. Apenas um doente foi observado na faixa etária dos 56 aos 65 anos.

O menor número de casos observados nas idades mais avançadas poderá ser explicado em parte quer pela melhoria clínica que por vezes se observa nestes doentes, quer pela dificuldade de deslocação e conseqüente diminuição de cuidados médicos o que poderá acarretar encurtamento na sobrevida dos mesmos. Segundo Zielinsky (1988) no período que decorreu entre 1974 a 1976, o Chile foi o país com maior número de mortes por epilepsia em 100 000 habitantes, seguido do México e Portugal em igual número.

Estado Cívil

Verificámos a existência de 48% de indivíduos solteiros, 45% de indivíduos casados, 5% de indivíduos divorciados e 2% de viúvos.

Atendendo à idade média dos doentes (31, 65 anos) encontramos uma percentagem relativamente alta de indivíduos solteiros. É do consenso geral (Demsy et. al., 1980, Batzel e Dodril 1984, Palha, 1985) que a percentagem de indivíduos casados de entre os doentes epilépticos, é mais baixa do que na população em geral. Em relação ao grupo de indivíduos solteiros é interessante notar que 13 são do sexo masculino e 6 do sexo feminino, enquanto que, no grupo dos casados, 13 indivíduos são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Existe, pois, um **predomínio de homens solteiros** na nossa amostra. Este facto poderá, em parte, ser explicado pela perda ou diminuição da iniciativa na procura de uma namorada ou de uma companheira, relacionada eventualmente com uma autoestima deficiente e uma personalidade imatura. A mulher em geral, por outro lado, tem assumido um papel aparentemente passivo, dependente da nossa cultura. Talvez seja esta uma das razões que explica o maior número de mulheres casadas.

Classe social e escolaridade

A classe social que predomina é baixa (55% - classe IV da escala de Warner). Quanto à escolaridade foi critério de inclusão neste estudo a frequência da 4ª classe. É muito provável que seja esta a razão da grande percentagem (55%) de indivíduos nesta situação. Estes valores são compreensíveis numa amostra hospitalar, uma vez que indivíduos mais diferenciados ao nível sócio-económico e com um nível de escolaridade superior, recorrem à clínica privada. Num estudo já referido, efectuado pela U.S. National Health Survey em 1973, a prevalência da epilepsia foi mais alta em estatutos sócio-económicos baixos, e bem assim para um nível de escolaridade baixo (Zielinsky, 1986).

Tipo de crise

Todos os casos clínicos de epilepsia, no que diz respeito à classificação da crise, foram analisados em conjunto com o grupo de Neurologistas da consulta de Neurologia - Epilepsia, chefiado pela Dra. Luísa Guimarães. Foram classificadas em função da clínica e dos registos electroencefalográficos existentes.

Encontramos 70% dos casos clínicos com crises parciais, 25% dos casos com crises generalizadas e a associação das duas em 5% dos casos. Hauser and Kurland (1975) encontraram 34% de crises generalizadas e 52% de crises parciais, no estudo por eles efectuado. Da mesma forma Gastaut (1975) encontrou 38% de crises generalizadas e 65% de crises parciais. Segundo Shorvon e Farmer (1988), quanto mais sofisticado é o estudo dos doentes com epilepsia, maior é o número de epilepsias parciais.

Frequencia das crises

A maior parte dos doentes (57%) refere uma frequência anual nas suas crises.

Antecedentes de internamentos

Os antecedentes de internamentos, sobretudo em Neurologia e Psiquiatria, podem ser um indicador da gravidade da epilepsia. Metade dos doentes da nossa amostra referem internamentos prévios. (28% em Neurologia, 11% em Psiquiatria e 11% noutros serviços clínicos ou cirúrgicos).

Antecedentes psiquiátricos

Os antecedentes psiquiátricos são referidos por 65% dos doentes estudados.

Tempos livres e desporto

É muitas vezes pedido conselho ao médico quanto à escolha de actividades recreativas e à prática de desportos mais adequados para o doente epiléptico. Deverá caber logicamente ao clínico, prestar essas informações de uma forma correcta ao doente e à família. A ocupação de tempos livres e a prática de desporto adequados, tornar-se-á importante para este doente, na medida em que melhorará o seu autoconceito e o fará sentir igual ou semelhante aos seus pares. Evidentemente que existirão algumas restrições para os doentes em que as crises não se encontram controladas. Duma forma geral tornar-se-á num risco nadar no mar, praticar ciclismo ou alpinismo. É todavia muito mais importante fazer notar que existem sempre actividades recreativas e desportos a que o doente terá acesso. Na nossa amostra verificamos uma percentagem relativamente alta (73%) de ocupação de tempos livres com actividades recreativas, embora só se tenha verificado no que diz respeito ao desporto uma percentagem de (12%).

ESTUDO PSICOMÉTRICO

Q.I

O estudo das capacidades intelectuais dos doentes da nossa amostra foi observado através do Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS).

A média do quociente intelectual geral verificada foi de 78.92 com um desvio padrão de 11.92 (situando-se ao nível do limite 70-79). Num estudo efectuado em Inglaterra, utilizando a mesma escala, Palha (1985) encontrou em doentes epilépticos, um quociente intelectual dentro da média. Os resultados por nós encontrados poderão, em parte, ser explicados pela baixa estimulação intelectual dos indivíduos de baixo estatuto sócio-económico.

WPSI - Ajustamento Psicossocial

Decidimos neste primeiro estudo psicossocial, trabalhar todos os inventários, sem entrarmos em linha de conta com os valores das escalas de validade. Se assim não fosse, um grande número de inventários seria excluído (atendendo ao valor alto da escala de mentira). Além do mais, esta escala está muito relacionada com a cultura. Torna-se urgente o aprofundamento destas 3 escalas de validade, num estudo mais alargado, para a população Portuguesa.

Valores médios no W.P.S.I.

Na nossa amostra verificamos um valor de média gravidade, relacionado com o ajustamento afectivo, ajustamento às crises e ajustamento psicossocial em geral. Embora a amostra seja numa grande parte, dum nível sócio-económico baixo, não encontramos valores de média de gravidade no estatuto financeiro. Todavia, esta área aborda essencialmente as necessidades básicas do dia a dia. Também não encontramos problemas de média gravidade no ajustamento profissional. A área psicossocial que apresentou um valor mais elevado na nossa amostra foi a do **ajustamento afectivo**, seguida do **ajustamento às crises** e esta do **ajustamento psicossocial em geral**. Resultado idêntico foi obtido por um estudo efectuado por Dodril et.al. (1980) em epilépticos numa amostra nos Estados Unidos. Mais tarde, Dodril et. al. (1984) comparou os resultados do estudo psicossocial em epilépticos utilizando o W.P.S.I. em diferentes países: República Democrática Alemã, Estados Unidos da América, Filândia e Canadá. Embora existissem

diferenças estatisticamente significativas nos resultados, a configuração do perfil manteve-se. Ainda segundo Dodril et. al. (1984), os problemas psicossociais do epilético parecem ser comuns, independentemente da residência ou da nacionalidade dos mesmos.

Podemos observar no Quadro XXVIII as médias e os desvios padrões de todas as escalas do WPSI dos países citados, acrescido das médias por nós verificadas na amostra Portuguesa.

QUADRO XXVIII Médias e desvios padrões nas escalas do Washington Psychosocial Seizure Inventory¹ em amostras do Canadá, Finlândia, República Democrática Alemã, Estados Unidos e Portugal

WPSI	CANADÁ (n = 100)	FINLÂNDIA (n = 84)	GDR (n = 100)	USA (n = 127)	PORTUGAL (n = 40)
ESCALAS CLÍNICAS					
1 - Suporte familiar	2.29 (2.46)	2.04 (2.19)	1.64 (2.10)	2.72 (2.39)	2.40 (2.26)
2 - Ajustamento afectivo	13.08 (7.46)	11.70 (7.07)	8.20 (6.16)	14.95 (8.21)	13.77 (6.75)
3 - Ajustamento interpessoal	5.80 (4.80)	5.39 (4.47)	3.22 (3.46)	7.30 (5.49)	6.62 (4.50)
4 - Ajustamento profissional	5.20 (3.49)	3.48 (2.77)	3.01 (2.43)	5.77 (3.59)	4.85 (2.97)
5 - Estatuto Financeiro	2.29 (2.15)	1.94 (2.12)	0.83 (1.23)	2.82 (2.41)	1.95 (1.88)
6 - Ajustamento às crises	5.75 (3.64)	5.44 (3.56)	3.32 (3.11)	5.91 (4.16)	7.07 (3.43)
7 - Relação Médico/Doente e tratamento	1.96 (1.54)	1.38 (1.49)	1.03 (1.46)	2.30 (1.79)	1.95 (1.64)
8 - Funcionamento psicossocial em geral	18.83 (11.37)	15.12 (9.62)	11.12 (8.59)	22.50 (13.15)	20.92 (10.97)

ESCALAS DE VALIDADE					
A - N.º de respostas em branco	1.40 (2.50)	1.62 (2.66)	0.03 (0.17)	1.44 (2.24)	0.8 (1.69)
B - Mentira	2.84 (2.12)	2.54 (2.09)	4.34 (2.46)	2.04 (1.89)	3.65 (2.37)
C - Itens raros	1.62 (2.16)	1.33 (1.13)	2.87 (1.64)	2.16 (1.43)	3.05 (1.78)

Precisão do W.P.S.I.

Precisão do teste-reteste. O método mais evidente para verificar a precisão dum teste é fazer uma nova aplicação ou repetição do mesmo em nova oportunidade (Anastasi 1961). Verificamos um coeficiente de correlação significativo para todas as escalas clínicas, à excepção da escala do estatuto financeiro. Fomos averiguar este acontecimento e verificamos dois casos clínicos que no espaço dos dois meses, passaram de uma cotação 0 para a máxima. Pomos a hipótese de estes dois doentes poderem ter ficado no desemprego ou, então, o nível de sinceridade ser maior na segunda aplicação do inventário. Excluindo estes dois indivíduos, (com pontuações que deixam dúvidas) esta escala já apresenta um coeficiente de correlação significativa. A escala de validade - respostas em branco também não apresenta correlação significativa.

Intercorrelações entre todas as escalas

Existe um coeficiente de correlação alto e significativo entre a escala do ajustamento psicossocial em geral e todas as outras, à excepção das escalas de validade itens em branco e respostas raras. São resultados idênticos aos de Dodril et. al. (1980) à excepção das duas escalas de validade referidas.

Sensibilidade do W.P.S.I.

Não existem diferenças significativas no que diz respeito á **escolaridade** (grupo 1 - 4ª classe, grupo 2 - superior à 4ª classe), **tipo de crise** (grupo 1 - crises parciais, grupo 2 - crises generalizadas), á **terapia** (grupo 1 - monoterapia, grupo 2 - politerapia), ao **quociente intelectual** (grupo 1 - quociente intelectual inferior ou igual a 79, grupo 2 - quociente intelectual superior a 79) e á **idade de início da doença** (grupo 1 - idade de início inferior ou igual a 15 anos, grupo 2 - idade de início superior a 15 anos).

Em relação ao sexo, o W.P.S.I. distingue o sexo feminino do masculino nas seguintes escalas: suporte familiar, ajustamento afectivo, ajustamento às crises e funcionamento psicossocial em geral. O grupo formado pelos indivíduos do sexo feminino apresenta sempre, valores compatíveis, com pior ajustamento psicossocial.

Em relação ao estado cívil distingue o grupo dos solteiros do grupo dos casados nas seguintes escalas: suporte familiar, ajustamento afectivo, ajustamento profissional, ajustamento às crises e funcionamento psicossocial em geral. O grupo formado pelos indivíduos casados apresenta sempre valores compatíveis com pior ajustamento psicossocial.

Em relação ao controlo das crises distingue o grupo 1 - indivíduos sem crises há 12 meses, do grupo 2 - indivíduos com crises nos últimos 12 meses, nas seguintes escalas: ajustamento interpessoal, ajustamento profissional, relação médico-doente e tratamento e funcionamento psicossocial em geral. O grupo 2 - indivíduos com crises nos últimos 12 meses, apresentam sempre valores compatíveis com pior ajustamento psicossocial.

Ainda em relação à idade início da doença verifica-se um coeficiente de correlação positivo com a escala do ajustamento afectivo. Em relação ao tempo de doença verificamos um coeficiente de correlação positiva com a escala do suporte familiar e um coeficiente de correlação negativo com a escala de mentira.

Análise factorial

Em relação à análise factorial efectuada salientamos a homogeneidade do W.P.S.I. e a sua capacidade discriminativa ou seja a independência do ajustamento psicossocial em relação à eficiência intelectual. O ajustamento psicossocial encontra-se também relativamente independente das "características da epilepsia".

O nosso estudo permite-nos provavelmente apontar uma certa independência entre o ajustamento psicossocial e as características da doença ou sua terapia.

Outros estudos a seguir a este se impõem, com amostras mais representativas da população epiléptica acrescidos de estudo da personalidade prévia e da família.

BIBLIOGRAFIA

- Anastasi A (1961).** *Testes Psicológicos Ed Pedagógica e Universitária ITDA*
- Bagley, C. (1972).** *Social Prejudice and Ajustment of People with Epilepsy*
Epilepsia 13: 33-45.
- Barraclough, B.M. (1981).** Suicide and epilepsy. In *Epilepsy and Psychiatry*
Eds E.H. Reynolds et M.R. Trimble. Churchill Livingstone Edimburg.
- Barraclough, B.M., (1987).** The suicide rate of epilepsy. *Acta Psychiat.*
Scand 76: 339-345.
- Barraclough, B.M., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P. (1974).** A hundred
cases of suicide: Clinical aspects. *Br. J. Psychiatry 125: 355-373.*
- Batzel, L.W., Dodril, CB. (1984).** Neuropsychological and emotional correla-
tes of marital status and ability to live independently in individuals with
epilepsy. *Epilepsia 45: 59-68.*
- Batzel, L.W., Dodril, C. and Fraser, R. (1980).** Further validation of the
WPSI vocational scale: comparasions with others correlates of Employment
in Epilepsy. *Epilepsia, 21: 235-242.*
- Bear, D. (1986)** Behavioural: Changes in temporal lobe epilepsy: Conflict,
confusion, challenge. In *Aspects of epilepsy and psychiatry.* Eds. M.R.
Trimble, T.G. Bolwing, Chichester, Jonh wiley & Sons.
- Bear, D., Fedio, P. (1977).** Quantitative analysis of interictal behavior
in temporal lobe epilepsy. *Arch. Neu. 34: 454-467.*
- Beran, R.G., Read, T. (1983).** A survery of doctors in Sidney, Austrália:
perspectives and pratices regarding epilepsy and those affected by it.
Epilepsia 24: 79-104.
- Betts, T.A. (1981).** Depression, anxiety, and epilepsy. In *Epilepsy and Psy*
chiatry. Eds E. Reynolds, M. Trimble. Churchill Livingstone, Edimburgh.
- Betts T.A. (1988).** Epilepsy and Behaviour. In *A Textbook of Epilepsy.*
Eds. Jonh Laidlw, Alan Richens and Jolyon Oxley. Churchil Livingstone,
Edimburg.

- Bourgeois, B.F.D, Prensky A.L., Palkes H.S., Talent B.K, Busch S.G, (1983).** Intelligence in epilepsy: A prospective study in children. *Annals of Neurology* 14: 438-448.
- Brain, R. (1951).** Behaviour disturbances in epileptic children. *J. Am Med. Assoc.* 146: 436-441.
- Caveness, W.F., Gallup G.H. (1983).** A survey of public attitudes toward epilepsy in 1979 with a indication of trends over the past thirty years. *Epilepsia*, 24: 232-7.
- Chiofaló, N., Kirschbaum, A., Fuentes, A., Cordero, M., Madsen, J. (1979).** Prevalence of epilepsy in Melipilla Chile. *Epilepsia*, 20: 261-6.
- COOMP (1979) - Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico.** Escala de Warner para avaliação do Estatuto Sócio-Económico. *Cadernos da COOMP, Lisboa* 4: 88-91.
- Clemmons D. (1983).** Relationship of general aptitude test battery scores to successful employment for epileptics in a rehabilitation setting. *Epilepsia*, 24: 234-7.
- Comission on classification and terminology of the International League against epilepsy (1981).** Propasal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*, 22: 489-501.
- Cunha, J.G. (1985).** Epilepsia e Cartas de Condução. *Bol. da Liga Portuguesa contra a Epilepsia*, 1.
- Demsky, L.V., Andermann, E., Andermann, F. (1980).** Marriage and Fertility in epileptic patients. *Epilepsia*, 21: 261-71.
- Dodril, C.B. (1988).** Neuropsychology. In *A Textbook of epilepsy*. Eds J. Laidlaw, A. Richens, J. Oxley. Churchill Livingstone.
- Dodril, G.B., Batzel, L.W. (1986).** Interictal behavioral features of patients with epilepsy. *Epilepsia*, 27 suppl 2: S 64-76.
- Dodril, C.B., Batzel L.W., Queisser H.R. and Temkim, R. (1980).** An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia*, 21: 123-135.
- Dodril, C.B., Beier R., Kaspariek. M., Tacké I., Tacké J. and Tan S.Y. (1984).** Psychosocial Problems in Adults with Epilepsy Comparison of Findings from four countries. *Epilepsia* 25 (2): 176-183.

- Dongier, S. (1959).** Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes in 516 epileptics between clinical seizures. *Epilepsia*, 1: 117-142.
- Dreyfuss, F.E. (1981).** Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures from the commission on classification and terminology of the international league against epilepsy. *Epilepsia*, 22: 489-501.
- Earl, W.L. (1986).** Job Stability and Family Counseling. *Epilepsia*; 27 (3) 215-219.
- EY. H. (1978).** *Manual de psychiatrie*. Masson. Paris.
- Fenton, G. (1981).** Personality and behavioural disorders in adult with epilepsy. In *Epilepsy and psychiatry*. Ed. H.E. Reynolds, M.R. Trimble, Churchill, Livingstone, Edimburg.
- Fenton, G.W. (1988).** Comparison to Psychiatry studies. *Epilepsy and psychiatric disorder*. Eds. R.R. Kendell, A.K. Lealley, Churchill Livingstone.
- Fenwick, P.B., Toone, B.K., Wheeler, M.J., Nanjec, M.N., Grant, R., Brown. (1985).** Sexual behaviour in a center of epilepsy. *Acta Neur. Scand*, 71: 428-35.
- Ferguson G.A. (1981).** *Statistical Analysis in psychology and Education* McGraw Hill, New York.
- Flor-Henry (1969).** Psychosis and temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 10 363-395.
- Fonseca, A.F. (1985).** Metodologia Científica em Psiquiatria. Em Psiquiatria e Psicopatologia vol. I. *Fundação Calouste Gulbenkian*.
- Fonseca, A.F. (1985).** A Epilepsia em Psiquiatria. Em *Psiquiatria e Psicopatologia*. volume II, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Foucart, T. (1982).** *Analyse Factorielle - programmation sur micro-ordinateurs*. Masson, Paris.
- Fraser, R.T., Clemons, D. (1983).** Epilepsy rehabilitation assesement and counselling concerns. *Epilepsia*, 24: 26-31.
- Fraser, R.T., Clemons, D., Trejo, W., Temkins, R. (1983).** Program evaluation in epilepsy rehabilitation. *Epilepsia*, 24: 734-46.

Dongier, S. (1959). Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes in 516 epileptics between clinical seizures. *Epilepsia*, 1: 117-142.

Dreyfuss, F.E. (1981). Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures from the commission on classification and terminology of the international league against epilepsy. *Epilepsia*, 22: 489-501.

Earl, W.L. (1986). Job Stability and Family Counseling. *Epilepsia*; 27 (3) 215-219.

EY. H. (1978). *Manual de psiquiatria*. Masson. Paris.

Fenton, G. (1981). Personality and behavioural disorders in adult with epilepsy. In *Epilepsy and psychiatry*. Ed. H.E. Reynolds, M.R. Trimble, Churchill, Livingstone, Edimburg.

Fenton, G.W. (1988). Comparison to Psychiatry studies. *Epilepsy and psychiatric disorder*. Eds. R.R. Kendell, A.K. Lealley, Churchill Livingstone.

Fenwick, P.B., Toone, B.K., Wheeler, M.J., Nanjec, M.N., Grant, R., Brown. (1985). Sexual behaviour in a center of epilepsy. *Acta Neur. Scand*, 71: 428-35.

Ferguson G.A. (1981). *Statistical Analysis in psychology and Education* McGraw Hill, New York.

Flor-Henry (1969). Psychosis and temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 10 363-395.

Fonseca, A.F. (1985). Metodologia Científica em Psiquiatria. Em Psiquiatria e Psicopatologia vol. I. *Fundação Calouste Gulbenkian*.

Fonseca, A.F. (1985). A Epilepsia em Psiquiatria. Em *Psiquiatria e Psicopatologia*. volume II, Fundação Calouste Gulbenkian.

Foucart, T. (1982). *Analyse Factorielle - programmation sur micro-ordinateurs*. Masson, Paris.

Fraser, R.T., Clemons, D. (1983). Epilepsy rehabilitation assesement and counselling concerns. *Epilepsia*, 24: 26-31.

Fraser, R.T., Clemons, D., Trejo, W., Temkins, R. (1983). Program evaluation in epilepsy rehabilitation. *Epilepsia*, 24: 734-46.

- Garyfallos, G., Manos, N., Adamopoulou, A. (1988).** Psychopathology and personality characteristics of epileptic patients: epilepsy, psychopathology and personality. *Acta psychiatr. Scand*, 78: 87-95.
- Gastaut, H., Gastaut J.L., Gonçalves e Silva G.E., Fernandez Sanchez G.R. (1975).** Relative frequency of different types of epilepsy: a study employing the classification of the Internacional League Against Epilepsy. *Epilepsia* 16: 457-461.
- Gastaut H. (1983).** Dictionary of epilepsy WHO Geneva.
- Graig, A., Owley, J.** Social aspects of epilepsy. In *A Text Book of Epilepsy*. Eds. by Jonh LaidLaw. Alan Richens, Jolyon Oxley. Churchil Livingstone. Edimburgo.
- Hauser, W.A., (1983).** Status Epilepticus: frequency etiology, and neurological sequelae. In *Status Epilepticus: mechanisms of brain damage and treatment. Advances in Neurology vol. 34, Raven Press New York.*
- Hauser W.A., Kurland L.T. (1975).** The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. *Epilepsia* 16: 1-66.
- Hermann, B.P., Dikmen, S., Schwartz, M.S., Karmes W.E. (1982).** Interictal psychopathology in patients with ictal fear, a quantitative investigation. *Neurology* 32: 7-11.
- Hermann, B.P., Whitman, S. (1981).** Psychopathology in epilepsy: how great is the risk?. *Epilepsia* 22: 239-244.
- Hoarse, P. (1984).** Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. *De. Med. Child. Neurol* 26: 14-9.
- Kogeorgos, J., Fonagy P., Scott, D.F. (1982).** Psychiatric Symptoms paterns of chronic epileptics attending a neurological Clinic: a controlled investigation. *Br. J. Psychiatry*, 140: 236-42.
- Lehtovaara R. (1983).** The estimation of working capacity in epileptic patients. *Acta Neur. Scand (suppl)* 93: 60-6.
- Lennox W.G, Lennox M.A. (1960).** *Epilepsy and related disorders*. Little, Brown, Boston.

- Leppick I.E. (1988).** Complicance During Treatment of Epilepsy. *Epilepsia*, 29 (suppl-2): 579-584.
- Lerman, P. (1985).** Aspects Psychosociaux de l'épilepsie infantile. *Rev. Med. Suisse Romande*, 105: 1003-1007.
- Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (1987).** *Epilepsia - Noções Fundamentais*.
- Mattews, W., Barabas, G., Ferrari, M. (1982).** Emotional concomitants of childhood and epilepsy. *Epilepsia*, 23: 671-81.
- Malckay A. (1979)** Self poisoning - a complication of epilepsy. *Br. J. Psychiatry* 134: 277 - 82.
- Marsden, C.D., Reynolds, E.H. (1982).** Neurology. In *A Text Book of Epilepsy*. Eds. J. Laidlaws A. Richens. Churchill Livingstone. Edimburgo.
- McKenna, P. J., Kane, J.M., Parrish, K. (1985).** Psychotic syndromes in epilepsy. *Am. J. Psychiatry*, 142: 895-904.
- Mitan, R., (1986).** Fear of seizures In *Psychopathology in Epilepsy Social Dimensions*. Eds. St. Whitman, Bruce Hermann. Oxford University Press.
- Palha, A. (1985).** *A Epilepsia em Psiquiatria*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.
- Pond, D. (1981).** Psycho-Social aspects of epilepsy-family In *Epilepsy and Psychiatry*. Ed. by E.H. Reynolds and M.R. Trimble. Churchill Livingstone, Edimburgo.
- Ritchie, K. (1981).** Research note: Intervention in the families of epileptic children. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 22: 65-71.
- Roma Torres, A., (1985).** Epilepsia e Família. *O Médico* 19, 1750, 369-371, ao 36, volume 113.
- Sander, S., Sorvon D. (1987).** Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems: a review. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry* 50: 829-39.
- Sato S. (1964).** The epidemiological and Clinico-Statistical Study of epilepsy in Nigata *Clini. Neur* 4: 413-24.
- Schneider, J. W., Conrad R., (1986).** Doctors informations and the control of Epilepsy: A patients perspective In *Psychopathology. In Psychopathology. In Epilepsy Social Dimensions*. Eds. Steve Whitman, Bruce Hermann. New York. Oxford University Press.

- Shorvon S. D. and Farmer P. J. (1988).** Epilepsy in Developing Countries. A Review of Epidemiological, Sociocultural, and Treatment Aspects. *Epilepsia*, 29 (suppl.): 536-554.
- Schwartz J. C. (1988).** Psychopathology and Epilepsy in outpatient consultation - Liaison experience. *Psychosomatics* vol. 29 n^o 3 Summer.
- Scott, D. F. (1978).** Review article: psychiatric aspects of epilepsy. *Br. J. Psychiatry*, 132: 417-30.
- Serafetinids, E. (1965).** Agressiveness in temporal lobe epileptics and its relation to cerebral disfunction and environmental factors. *Epilepsia*, 6: 33-42.
- Standage K.F., Fenton, G.W. (1975).** Psychiatric Symptom profiles of patients with epilepsy: a controlled investigation. *Psychol Med.* 5: 152-60.
- Strauss, E., Risser, A., Jones, M.W. (1982).** Fear response in patients with epilepsy. *Arch Neurol* 39: 626-30.
- Taylor D.C. (1969).** Current problems in Neuropsychiatry. Special Publication n^o 4. *Br. J. Psychiatry*.
- Taylor, D.C. (1969).** Agression and epilepsy. *Journal of psychosomatic Research*, 13: 229-236.
- Toone B. K., Garralda M. E. Ron/MA (1982):** The psychosis of epilepsy and the functional psychosis: a clinical and phenomenological comparasion. *Br. J. Psychiatry* 141: 256-61.
- Treiman, D.M. (1986).** Epilepsy and violence. Medical and Legal Issues. *Epilepsia* 27 (sup 25) 77-S 104.
- Trimble, M.R. (1983).** Personality disturbance in epilepsy. *Neurology* 33: 1332-1334.
- Trimble, M., Corbertt J. (1980).** Anticonvulsant drugs and cognitive function In Advances in epileptology: the Xth Epilepsy International Simposium. Raven Press New York.
- Trimble, M.R., Reynolds E.H., (1986).** What is epilepsy?. In *What is epilepsy?* Eds. M.R. Trimble and E.H. Reynolds. Churchil Livingstone Edimburgo.

- Zielinsky, J.J. (1982).** Epidemiology. In *A Textbook of epilepsy*. Ed. J. Laidlaw e A. Richens Churchill Livingstone, Edimburgo.
- Zielinsky, J.J. (1986).** Selected Psychiatric and Psychosocial aspects of epilepsiy as seen by an Epidemiologist. In *Psychopathology In Epilepsy-Social Dimensions* Eds. by Steven Whitman and Bruce P. Hermann. Oxford University Press.
- Zielinsky, J.J. (1988).** Epidemiology In *A Textbook of Epilepsy*. Eds J. Laidlaws, A. Richens and J. Oxley. Churchil Livingstone Edimburgo.
- Watzkin, H., Stoecke, D. (1976).** Information, control and the micropolities of heath level. Summary of a going research project. *Social Science & Medicin 10: 263-70.*
- Wechsler, D. (1958).** *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Weissman, M.M. and Sholomskas D. (1982).** The assesement of social adjustment by the clinicien, by the patient and the family: In *The behavior of psychiatric patients: Quantitative techniques for evaluation* Eds. Burdocke Dekker, New York.