O uso do Teste de Rorschach no diagnóstico da deficiência mental

REGINA LÚCIA MOTA DO PRADO*

O presente trabalho compreende uma revisão bibliográfica acerca do diagnóstico da deficiência mental por meio de testes psicológicos. Apresenta inicialmente opiniões críticas sobre os testes convencionais para avaliar nível mental e QI. Aborda a utilidade do psicodiagnóstico de Rorschach para detectar não só o nível de inteligência como o potencial intelectual do sujeito, avaliando-se a influência da vida emocional na inibição das funções intelectuais.

Em função das inúmeras etiologias que se encontram na base da deficiência mental, às quais são acrescidas causas desconhecidas ou de fundo psicológico que podem caracterizar uma DM funcional, o diagnóstico diferencial entre esta e outras síndromes e mesmo entre os diferentes tipos de deficiência constitui uma tarefa bastante complexa.

Desde a criação por Binet dos primeiros testes de inteligência para classificar os débeis mentais, estes testes e especialmente os de QI, têm sido o instrumento mais usado, sendo na maioria dos casos o único para diagnosticar a deficiência mental. O conceito de idade mental que era a base do conceito de QI não é muito aceito atualmente, preferindo-se a noção de QI desviado, introduzida por Wechsler (21), ou o uso dos percentis (Raven, 13, 14). Entretanto, a utilização pura e simples de um resultado deste tipo não satisfaz, sendo considerado por Zazzo (22) apenas uma primeira aproximação, pois não compara o funcionamento

* Psicóloga da FHDF.

mental do indivíduo normal com o funcionamento do deficiente, não distingue as verdadeiras deficiências das deficiências funcionais (segundo Zazzo, "pseudodebilidades"), nem as diferentes formas de debilidade. Esse pesquisador também verificou que algumas crianças deficientes mais tarde se adaptam profissionalmente e socialmente, sem que apareçam como deficientes, mesmo que quando testadas seu QI permaneça baixo. Zazzo sugere que nestes casos foi a personalidade que se modificou, acarretando uma melhor adaptação.

Hausman (8) também critica os testes de QI por só fornecerem uma classificação da habilidade mental, sem avaliar as capacidades latentes na criança. Zigler (23) considera falho que os testes de nível mental meçam conteúdo em vez de medir os processos que levam a criança a responder tais como análise, abstração, generalização, sendo indicadores grosseiros do nível intelectual, não nos dando dados sobre o desenvolvimento cognitivo. Além disso, o teste é produto de uma relação interpessoal refletindo portanto muitos fatores extrínsecos ao construto que o teste pretende medir. Zigler critica ainda as considerações errôneas para ganhos ou perdas entre pré e pós-teste, preferindo interpretar essas diferenças em termos do fenômeno estatístico de regressão à média para as crianças que obtiveram resultados muito altos ou muito baixos no primeiro teste. Considera que o aumento na *performance* de retardados depende de muitos fatores não intelectivos, sendo muito difícil alterar as estruturas intelectuais *per si*, já que a personalidade e os traços de caráter são mais influenciados pelo meio do que o nível intelectual. Neste caso, Zigler considera mais adequado melhorar o ajustamento social desses indivíduos do que elevar o desempenho intelectual.

Hurtig (9) levanta a hipótese de que o resultado numa primeira aplicação de um teste meça a possibilidade atual do sujeito, enquanto uma segunda aplicação nos daria a possibilidade real do examinando.

Tizard (18) acusa os testes de inteligência de serem cúmplices da perpetuação de níveis de *performance* deficientes, pois só medem o nível manifesto, que é o que também aparece na sala de aula, e não nos fornecem dados sobre a possibilidade de funcionamento se forem dadas condições para aprimoramento. O baixo QI ocasiona um "efeito de halo" junto às professoras cuja expectativa com relação às crianças também se torna baixa.

Estudando testes mais completos como o WISC, Gilly e outros (6) sugerem que o escore total em QI subestima as potencialidades gerais dos sujeitos, mas, tomando-se cada subteste em particular, observaram que nos deficientes há realmente uma heterocronia das condutas intelectuais e uma desarmonia na atividade mental, sendo que em certas habilidades esses indivíduos funcionam muito abaixo da média, enquanto em outras revelam um desempenho muito próximo à média; em algumas ocasiões são muito infantis e em outras revelam adaptação. Quanto ao WISC, a área de execução costuma apresentar resultados mais altos do que a área verbal. No Bender, as melhores figuras desenhadas são as últimas, revelando uma dificuldade que os deficientes possuem em se adaptar à tarefa, dificuldade que é superada tardiamente. Neste teste os deficientes evidenciaram os piores resultados,

inferiores mesmo aos testes verbais, visto que parecem não possuir uma antecipação mental para executar uma cópia de desenho, sendo esta falha no controle da atividade pelo pensamento muito característica da conduta do deficiente: a maioria preocupa-se mais com a rapidez do que com a precisão, sendo no entanto a rapidez uma exigência geralmente reforçada pela escola.

Uma prova da influência de fatores extrínsecos à inteligência e provavelmente culturais no desempenho em testes de Fator *G* é a evidência de que os melhores resultados nestes testes são obtidos por engenheiros e médicos, enquanto os poetas e artistas fornecem resultados medíocres (Tomkiewicz, 19). Mesmo com testes equiculturais, afirma Uzgiris (20), o desempenho medido por testes construídos numa cultura tem pouco significado no contexto de uma cultura diferente, pois o padrão de habilidades mentais é diferente. A criança escolarizada tem um desempenho melhor em testes do que a não escolarizada, pois a escola ajuda a dar uma abordagem analítica para todos perceptuais, o que foi evidenciado no teste de Raven.

Schoenfeldt (17) afirma que a abordagem atual do diagnóstico psicológico da DM consiste numa visão mais ampla do problema, pois além do objetivo de diagnosticar, pretende-se contribuir para desenvolver o indivíduo sob todos os aspectos, conforme suas características e capacidades. Um dos aspectos que tem sido desenvolvido no diagnóstico é o uso de testes de personalidade, como o *Rorschach*, para a obtenção do potencial intelectual como algo distinto da realização, além de nos fornecer uma visão global da personalidade do sujeito.

O primeiro a introduzir o *Rorschach* no diagnóstico da deficiência mental com objetivo clínico foi Sarason (16), após ter observado a insuficiência dos testes de inteligência nestes casos: "Enquanto o Binet deu ao indivíduo deficiente uma 'inteligência', as técnicas projetivas deram a ele uma personalidade". O autor realizou inúmeras pesquisas com o teste de Rorschach, partindo do princípio de que personalidade e inteligência se relacionam intimamente. Delp (4) também descrê do uso dos testes de QI, mas não concorda que os testes projetivos possam resolver o problema.

Apesar das controvérsias, parece que um dos caminhos mais promissores para o aprimoramento do diagnóstico da deficiência mental é o iniciado por Sarason, com a utilização do psicodiagnóstico de Rorschach ao lado dos testes convencionais de inteligência, como as Matrizes Progressivas de Raven.

No *Psychodiagnostik*, H. Rorschach admite que o seu teste tenha valor não só para avaliar o nível de inteligência mas também para estimar o grau de deficiência mental (15, p. 272). Além disso, o método, desde que resulta essencialmente na avaliação da personalidade total do indivíduo e não na determinação quantitativa de um aspecto particular, tem valor para detectar a influência da vida emocional do paciente na inibição das funções intelectuais, e para demonstrar capacidades não realizadas da personalidade do sujeito.

Segundo Rorschach (15, p. 57, 68), os componentes da inteligência detectados pelo seu teste são:

– Capacidade de manter a atenção constante e ativa, acuidade de percepção e dos processos associativos, denotadas por uma elevada percentagem de formas bem vistas (F^+).
– Capacidade de disciplinar a função lógica (sucessão ordenada).
– Atividade associativa dirigida para uma produção mais complicada (G).
– Tipo de apreensão rico: G, G-D ou G-D-Dd.
– Capacidade de criação interior, um número maior de afluxos cinestésicos no processo de percepção (M).
– Uma pequena percentagem de associações estereotipadas representada por respostas de animal ($A\%$) e maior variabilidade nas interpretações.
– Capacidade de formar associações originais numa quantidade que não sacrifique a capacidade de adaptação ao mundo ($O\%$ na média).
– Riqueza de associações (variabilidade de conteúdos).

As respostas de cor não apresentaram características especiais no grupo de sujeitos inteligentes.

Englobando as características encontradas por Rorschach para os sujeitos oligofrênicos, débeis e imbecis, teríamos o seguinte quadro:

- $F^+\%$ = 0 a 60%
- M = 0
- ΣC = 0 a 3
- G = 0 a 3
- Apreensão = $D - Dd$
- $A\%$ = 60 – 100%
- Orig.% = 30 a 70%

Sarason (16) critica este estudo, considerando que: a) o número de crianças era pequeno (somente 12); b) não foram definidos os fatores etiológicos e institucionalização, não podendo ser representativo dos deficientes em geral. No entanto os pesquisadores da técnica basearam-se geralmente nesses primeiros achados de Rorschach para desenvolver seus trabalhos.

Segundo Bohm (3), as pessoas inteligentes revelam no *Rorschach*:

- $F^+\%$ = 80 a 95%
- Sucessão ordenada
- G = 7 a 10 ou mais e positivos
- Tipo de apercepção rico = $G - D - Dd$
- $F\%$ = abaixo de 50%
- $V\%$ = adultos, 20 a 25%; crianças, 10 a 15%
- $O\%$ = médio, até 50%
- M (o mais importante) = pelo menos 2 M, mas diminui nos inteligentes neuróticos ou deprimidos.

Ao lado desses, podemos considerar alguns fatores secundários:

a) Tempo de reação (curto)
b) Tipo de *G* (bem elaboradas)
c) Variedades dos conteúdos

O rendimento intelectual pode estar funcionando abaixo da média por três motivos, distingue Bohm: a) repressão; b) deficiência; c) deterioração da inteligência.

A repressão afetiva da inteligência (neurótica ou depressiva) pode não levar a um rendimento inferior à média, mas apenas a *performance* mais baixas em relação ao potencial. No Rorschach aparece nestes casos uma incoerência entre os fatores de inteligência da prova, o mesmo ocorrendo com a deficiência funcional. A repressão neurótica pode se apresentar por exemplo sob a forma de *Anat* mal vistas, *Do* (hipocondria), $F^+\%$ diminuído às vezes, com *G* reduzido e *F%* aumentado, sendo que a inteligência primária só poderá ser medida pelas *M* e *O*, que podem também ter desaparecido, mas levando a um aumento de G^+ e *F%*. Como podemos observar, as combinações incoerentes entre os fatores do teste são inúmeras, tornando difícil o diagnóstico desta capacidade "primitiva" nos casos de repressão mais grave.

A repressão depressiva significaria uma repressão do trabalho intelectual que se torna rígido, monótono e estéril. Pode aparecer no *Rorschach* através de um aumento das F^- imprecisas; em casos mais freqüentes há uma redução de *M* e *G*, alto *F%*, com F^+ elevado.

Na oligofrenia (ou baixa inteligência) há uma falta de visão de conjunto, de previsão e de método de pensamento, só conseguindo lidar com o concreto e presente; os oligofrênicos são sugestionáveis. No Rorschach aparecem os seguintes traços comuns a várias pesquisas e coletados por Bohm (3).

- Consciência da interpretação diminuída
- Tempo de reação aumentado
- *F%* alto (60 a 100%)
- *V%* diminuído, variando conforme a adaptação social
- Originais mal vistas (O^-) em alto número (30 a 70%)
- Poucas G^+ ou muitas G^- ou primárias (*3G* em média), com aparecimento de *DG* mal vistas e *DdG*
- *Dd* aumentadas e localizadas na periferia interior e exterior das manchas
- $Tp = D - Dd$
- *Do* (não muito freqüentes)
- Sucessão ordenada ou relaxada
- Nenhuma *M* ou somente a vulgar da prancha III

Fatores secundários:

- O aparecimento de respostas de cor é inconstante, podendo surgir também respostas de cor nomeada
- TV extratensivo
- O choque à cor não aparece na oligofrenia pura, mas somente em deficiências leves associadas a outros distúrbios emocionais
- Incidência de respostas anatômicas de posição (ex.: "cabeça porque está em cima") e predomínio de *Hd* sobre *H*
- Estereotipias variadas (ex.: "pedras") e perseverações
- Dificuldade de assinalar a parte da mancha interpretada

Na deterioração da inteligência (demência), por esquizofrenia ou distúrbios orgânicos, aparecerem: O^- absurdas e rebuscadas, confabulações, crítica, insegurança etc.

Klopfer e Kelley (10) também consideram que o *Rorschach* pode julgar se existe uma discrepância entre capacidade intelectual e rendimento, isto é, através de uma amostra do funcionamento mental do indivíduo pode mostrar-nos se há uma repressão afetiva da inteligência. Os autores consideram que é neste aspecto que reside o maior valor do *Rorschach* sobre os testes convencionais de inteligência. A estimação do nível intelectual utiliza dois principais aspectos do material do *Rorschach*: a) o nível de precisão formal das respostas, índice das capacidades lógicas ou analíticas do sujeito; b) o grau de organização e combinação das áreas e os determinantes, índice das capacidades intelectuais sintéticas. Os sinais indicativos de inteligência seriam então:

- Número e qualidade das *G* (pelo menos uma *G* de qualidade superior).
- Número e qualidade das *M* (pelo menos uma *M* além da vulgar da prancha III).
- Nível de precisão formal (F^+ alto).
- Número e qualidade das respostas originais (*O* maior que 10%).
- Variedade de conteúdo (25% das *R* devem ser distintas de *H, Hd, A* e *Ad*).
- Sucessão (rígida ou ordenada).

Klopfer assinala que, na maioria dos estudos relacionados com a inteligência, o único fator que demonstrou ser de adequada validade estatística foi o F^+ %, o que não significa que os outros fatores também não sejam válidos se não os tomarmos como entidades separadas, mas como membros de um padrão total.

Em estudos com deficientes mentais, Sarason (16) encontrou dados semelhantes aos de Rorschach e que confirmam também as idéias de Klopfer, tais como: ausência de *M*, conteúdo não variado com predomínio de *A*, pelo fato de responderem de uma maneira estereotipada, não expressando sentimentos pessoais em relação a si e aos outros. Além disso acrescenta que o deficiente é incapaz de sustentar um pensamento conceitual adaptado à realidade da situação, respondendo concretamente, sem reflexão crítica: perceptos que não abrangem a área da mancha, inabilidade para responder a estímulos externos numa maneira conceitual

($C > FC$). Considera que estes traços podem variar conforme a etiologia, meio cultural e institucionalização.

Sarason transcreve os resultados encontrados por Beck com 69 deficientes institucionalizados de 5 a 65 anos aproximadamente, sendo que abaixo de 16 anos encontravam-se 47 sujeitos. Esses deficientes revelaram:

- $G\%$ alto (discordante de Rorschach e Pfister)
- $F^{+}\% = 57{,}76\%$
- $A\% = 55\%$ (mais baixo que Rorschach)
- M (55% dos casos = OM, 26% = $1M$, 19% > $2M$, discordando de Rorschach)
- $\Sigma C > M$ (maior impulsividade)
- $O + eO^{-} = 35{,}84\%$.

Criticando o estudo, que não serve como norma pelo fato da amostra ser pequena, todas as crianças serem institucionalizadas e o autor ter eliminado os sujeitos que deram mais de 10 respostas e perseveraram, Sarason levanta as seguintes questões que devem conter as pesquisas desse tipo:

a) apresentar os critérios e procedimentos psicológicos usados para diagnosticar a DM;
b) discriminar se os sujeitos eram institucionalizados ou não, e o tempo de institucionalização;
c) apresentar a composição etiológica dos casos;
d) verificar se o tamanho da amostra permite generalizações;
e) verificar se a variabilidade é suficiente para obter freqüências esperadas em certos escores;
f) determinar ou não a influência da idade cronológica.

Em 1946, Sarason procedeu a um estudo com um grupo homogêneo quanto à etiologia (endógena), mas heterogêneo quanto ao ajustamento, para determinar se os testes psicológicos podem diferenciar entre aqueles cujo ajustamento era relativamente bom ou mau. Sua amostra (40 sujeitos) foi selecionada através dos seguintes critérios: a) exame neurológico negativo; b) todos os membros da família tinham um grau similar de deficiência e mais de uma criança estava institucionalizada. Foram aplicados três testes de inteligência (Binet, Kohs, Arthur), além do Rorschach. O grupo 1, constituído por 16 sujeitos que tiveram resultados mais altos nos cubos de Kohs do que no Binet pareceu ser o mais estável, mais ajustado socialmente: não tiveram F^{-}, tiveram maior número de FC, menor número de respostas e maior número de rejeições em relação ao outro grupo. Esses sujeitos reagiam convencionalmente e cautelosamente às situações, sendo os mais quietos na instituição e os que trabalhavam melhor, embora sejam menosprezadas as suas capacidades. O grupo 2, com 11 sujeitos que tiveram nos cubos de Kohs resultados menores que o Binet revelaram ser: mais introversivos (maior M), menos controlados emocionalmente (FC menor), mais irracionais (tiveram F^{-}); seu trabalho era pobre, necessitavam de receber ações disciplinares por comportamentos inadequa-

dos (sexo, fuga, roubo, preguiça, infantilidade) e tinha pouca possibilidade de receber alta. Sarason concluiu que: a) dentro de um grupo de deficientes etiologicamente homogêneo há diferenças marcadas no comportamento, associado com diferentes padrões no Rorschach; b) o número de *G* e *M* não foi um indicador fidedigno da eficiência intelectual pois apareceram com menos freqüência no grupo que tinha melhor pensamento conceitual e cuja eficiência vocacional era boa.

Sarason discute ainda a pesquisa de Warner, que tentou distinguir através do Rorschach dois grupos de deficientes: endógenos e exógenos (com lesão cerebral). Os lesados apresentaram:

- falta de integração de elementos numa configuração mais compreensiva (predomínio de *Do, Hd* e *Ad*);
- falta de controle sensorial, revertendo a situação figura-fundo (respostas de espaço em branco);
- falta de controle afetivo-motor (forte reação à cor e poucos movimentos);
- falta de controle associativo (respostas originais, fantásticas, estranhas);
- número alto de respostas globais e de respostas bem vistas (discutível);
- rigidez patológica (perseveração e número pequeno de respostas pela inflexibilidade de passar de uma resposta para outra diferente na mesma prancha.

Sarason considera questionável estes resultados, pelo uso inadequado das estatísticas, e também coloca em discussão o trabalho de Jolles com 66 crianças com distúrbios emocionais, diferindo quanto à inteligência somente no Rorschach, já que a faixa de QI era de 65 a 79. Sarason questiona se o grupo que não apresentou sinais de inteligência no Rorschach seria composto de crianças que também têm potencial, mas cujos distúrbios são tão graves que não se consegue descobrir no teste o seu potencial normal, ou se eles eram realmente deficientes com distúrbios emocionais associados, talvez causados pela deficiência mental.

As pesquisas descritas parecem não ser muito concordantes, pois não se conseguiu controlar as etiologias mistas, muito freqüentes, visto que um problema neurológico grave pode causar uma deficiência funcional e dificuldades de aprendizagem, e prejudicar a percepção no Rorschach. O problema interferiria no diagnóstico diferencial, pois a *performance* no teste poderia parecer semelhante à de um verdadeiro deficiente. Do mesmo modo, um distúrbio emocional poderia atuar, afetando o funcionamento intelectual e o desempenho no Rorschach em vários graus. Algumas pesquisas conseguiram comprovar essa opinião, mostrando que a alta incidência de sinais orgânicos (no Rorschach) está correlacionada com uma baixa inteligência em testes de QI.

Halpern (7), a partir de uma vasta experiência clínica, considera que o *Rorschach* pode revelar o grau de estabilidade emocional que o sujeito atingiu e indicar o potencial que não foi descoberto nos testes convencionais de inteligência, mostrando se o sujeito não é deficiente, mas simplesmente bloqueado ou

inibido e não usa seu potencial efetivamente. Observou que os deficientes com QI mais alto (de 65 a 80) mostram mais os problemas emocionais porque estão mais conscientes de sua inadequação. Estas crianças revelam no Rorschach: *OM*, F^+ baixo, estereotipia animal; quando ocorre grande número de *FM* significa que a criança está usando energia para reprimir seus impulsos e reprime também a área intelectual e emocional. Desinibindo-se, esta criança pode funcionar mais efetivamente.

Potkay (11), avaliando pesquisas feitas nas décadas de 50 e 60, concluiu que a estimação da inteligência é uma área em que há grande consistência dos resultados no Rorschach, havendo por exemplo alta correlação entre este e o WISC e critérios externos. As variáveis do Rorschach mais usadas nestes trabalhos foram a qualidade das respostas globais (*G*) e das respostas de movimento humano (*M*). Ficou provado que, na estimação da inteligência através do Rorschach, os fatores qualitativos são de extrema importância, sendo mais fácil realizar um diagnóstico acurado quando esses fatores são usados em combinação com os métodos quantitativos.

No Brasil, Adrados (1) encontrou grande coerência entre o teste de Rorschach e as Matrizes Progressivas de Raven, numa população de 700 crianças. Por outro lado, uma análise mais apurada do Rorschach das crianças que obtiveram percentis menores que cinco no Raven, foi capaz de diagnosticar a presença de bloqueios afetivos impedindo a livre expansão do potencial intelectual existente. Da mesma forma que Klopfer e Kelley (10), a autora confirmou que o $F^+\%$ é a variável mais discriminativa para a avaliação do nível mental através do Rorschach.

Prado (12), também utilizando o Rorschach para realizar o diagnóstico diferencial entre crianças realmente deficientes e crianças "bloqueadas", obteve diferenças significativas entre os dois grupos nas principais variáveis discriminativas de potencial intelectual. Além disso, esse diagnóstico foi comprovado através da comparação dos resultados da reaplicação do Rorschach após um período de psicoterapia em ambos os grupos de crianças.

Outros estudos encontram-se em andamento no Brasil, como o de Farias (5), que utiliza o psicodiagnóstico de Rorschach com a finalidade ora em consideração.

Résumé

Révision bibliographique des études sur les tests de niveau mental, de QI et sur d'utilité du Rorschach pour evaluer le potentiel intellectuel du sujet et les facteurs affectifs qui l'influencent.

Referências bibliográficas

1. Adrados, I. Fator inteligência e método de Rorschach. *Arq. bras. Psic.*, Rio de Janeiro, *31* (1): 63-74, jan/mar. 1979.

2. _____. O teste de Rorschach em crianças e pré-adolescentes. Rio de Janeiro, CETPP/ISOP. Pesquisa em andamento.

3. Bohm, E. *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid, Morata, 1968.

4. Delp, H. A. Psychological evaluation: some problems and suggestions. *In*: Rothstein, H. H. *Mental retardation; reading and ressources*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1964. p. 45-50.

5. Farias, D. D. A Técnica de Rorschach como instrumento de investigação da personalidade para avaliação dos recursos do excepcional deficiente mental. Rio de Janeiro, Soc. Pestalozzi do Brasil do Rio de Janeiro. Pesquisa em andamento.

6. Gilly, M.; Solari, M. J. & Billerach, C. Dysarmonie des conduites intellectuelles et problèmes de controle de l'activité chez des élèves en difficulté de 11 à 14 ans. *Enfance*, (3,4,5): 217-37, 1974.

7. Halpern, F. *A clinical approach to children's Rorschach*. New York, Grune & Stratton, 1971.

8. Hausman, R. M. Assessment of the learning potencial of exceptional children. Papers and reports of IMRID, Nashville, Tennessee, *6*(3), 1969. Apud. *Mental Retardation abstracts, 8* (2) Abstr. 1165, 1971.

9. Hurtig, M. Étude experimentale des possibilités d'apprentissage intellectuel d'enfants débiles et d'enfants normaux. *Enfance*. (4-5): 371-83, 1960.

10. Klopfer, B. & Kelley, D. *Técnica del psicodiagnóstico de Rorschach*. Buenos Aires, Paidós, 1972.

11. Potkay, C. R. *The Rorschach clinician*. New York, Grune & Stratton, 1971.

12. Prado, R. L. M. *Efeito da psicoterapia em crianças excepcionais*. 1978. no prelo.

13. Raven, J. C. *Test de matrices progresivas. Escala general – manual*. Buenos Aires, Paidós. 1973.

14. _____. *Test de matrices progresivas. Escala especial – manual*. Buenos Aires, Paidós, 1975.

15. Rorschach, H. *Psicodiagnóstico*. São Paulo, Mestre Jou, 1974.

16. Sarason, S. B. *Psychological problems in mental deficiency*. New York, Harper & Row, 1959.

17. Schoenfeldt, B. K. O diagnóstico psicológico. In: Krynski, S. *Deficiência Mental*, Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1969. p. 103-36.

18. Tizard, H. The role of social institution in the causation prevention and alleviation of mental retardation. In: Haywood, C. H. ed. *Social-cultural aspects of mental retardation*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1968. p. 281-340.

19. Tomkiewicz, S. La génèse du développement intellectuel et les facteurs qui l'influencent. *Bulletin de Psychologie, 28* (314): 224-9, 1974-75.

20. Uzgiris, I. C. Sociocultural factors in cognitive development. In: Haywood, C. H. ed. *Social-cultural aspects of mental retardation*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1968. p. 7-58.

21. Wechsler, D. *Escala de inteligência Wechsler para crianças*. Rio de Janeiro, Cepa, 1964.

22. Zazzo, R. Une recherche d'équipe sur la debilité mentale. *Enfance*, 3-4: 335-64, 1960.

23. Zigler, E. Mental retardation. In: London, P. & Rosenham, D. ed. *Foundation of abnormal psychology*, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1968. p. 519-56.