

Perturbação de comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura

RENATA BENAVENTE (*)

1. INTRODUÇÃO

O diagnóstico, avaliação e intervenção com crianças que apresentam perturbações de comportamento tem sido uma das preocupações da comunidade técnica e científica que se ocupa do diagnóstico e tratamento de crianças e jovens. Não existindo dados estatísticos organizados em Portugal, quanto à prevalência deste tipo de patologias, a prática clínica indicia o crescimento deste tipo de perturbação entre a população portuguesa.

Nos Estados Unidos da América, de acordo com dados da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente (Steiner & Dunne, 1997), a prevalência de perturbações de conduta na população geral de crianças e adolescentes situava-se entre os 1.5% e os 3.4%, prevendo-se que destes, cerca de 40%, desenvolveriam uma Personalidade Antissocial, em adultos (<http://www.apa.org>).

Quanto à evolução deste tipo de patologia e consequências sociais associadas, são diversos os trabalhos que a relacionam com a criminalidade, perturbações psiquiátricas, consumos de drogas, precaridade laboral, prostituição, promiscuidade sexual e detenções. Loeber, Magnusson, Stattin, Dunér, Patterson, Reid e Dishion (citados por Stattin & Magnusson em 1996), concluíram nos seus estudos, que a criminalidade adulta se relaciona com problemas de conduta na infância e na adolescência. Também Morris e Robins, citados por Gelfand (1988), estimam que entre 70% a 80% das crianças com comportamentos anti-sociais, terão vários tipos de dificuldades quando adultos: problemas psiquiátricos, precaridade laboral, casamentos múltiplos, abuso de substâncias e detenções.

Nas raparigas, surge o risco de evolução para a prostituição, que segundo Winnicott (citado por Diatkine em 1985), apresenta sólidos benefícios secundários, nomeadamente, sob a forma de uma bem sucedida integração na sociedade.

Tygart (citado por Ollendick & Hersen, 1983), revela que em 1977 foram gastos anualmente, nos Estados Unidos da América, 600 milhões de dólares como resultado do vandalismo nas esco-

(*) Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Almada, Rua Irene Lisboa, Complexo Educativo dos Cataventos da Paz, 2800 Almada, Portugal.

las, sendo que um número crescente de professores e de alunos estão mais preocupados com a sua segurança pessoal que com o processo educativo em que estão envolvidos.

De acordo com as investigações desenvolvidas na Suécia, Stattin e Magnusson (1996), concluem que os comportamentos de oposição, desobediência, desafio, teimosia e conduta agressiva, tendem a ser substancialmente estáveis no tempo. Encontraram uma relação significativa entre este tipo de comportamentos e o abuso de drogas na adolescência em ambos os sexos. Os estudos longitudinais realizados permitiram apurar que nos rapazes a existência de problemas comportamentais deste tipo se pode associar à precocidade da primeira relação sexual e à existência de maior número de parceiros após os 18 anos. Nas raparigas a promiscuidade sexual parece surgir mais cedo, que nos rapazes. Apenas nos adultos do sexo masculino foi possível concluir haver relação entre a baixa escolaridade e a perturbação comportamental na infância. Existe portanto, um risco acrescido de futura desadaptação social, (como por exemplo criminalidade e abuso de álcool e drogas), nos jovens e adultos que, em crianças, apresentaram perturbações de comportamento, estando a gravidade associada à precocidade dos primeiros comportamentos desviantes.

Diatkine (1985), sublinha que a ausência de linha demarcadora entre as formas graves de psicopatía e as desordens banais de comportamento, mostra que as perturbações mais graves podem ser impedidas pela tomada de medidas preventivas relativamente simples. Assim, a compreensão da etiologia destas perturbações, a definição e conceptualização das técnicas de tratamento (e sua aplicação) e a prossecução de linhas de investigação que permitam o aprofundamento deste distúrbio, tornam-se urgentes para a implementação de linhas preventivas da delinquência, criminalidade e dos comportamentos de risco na idade adulta.

2. DIAGNÓSTICO

Segundo a classificação proposta pela American Psychiatric Association, em 1987 (DSM-III-R), o diagnóstico das perturbações de comportamento implica a ocorrência de transgres-

sões, roubo, furto, mentira, desobediência, fuga, invasão/destruição/dano de propriedade alheia, crueldade para com animais ou pessoas, uso de armas, confronto físico com outros e abuso sexual.

O mesmo sistema de classificação distingue entre o tipo grupal, solitário e indiferenciado. No primeiro, as perturbações de comportamento ocorrem predominantemente enquanto actividade de grupo, podendo estar ou não presente a agressão física. No segundo, prevalece o comportamento agressivo, quer contra adultos, quer contra pares, iniciada pela criança, sem carácter de grupo. No tipo indiferenciado, existe uma mistura de comportamentos dos dois tipos anteriores que não permitem a classificação num deles.

Este tipo de comportamentos surgem, porém, virtualmente em todas as crianças em algumas fases do seu desenvolvimento (Gelfand, Jenson & Drew, 1988). O diagnóstico dependerá da sua intensidade e frequência, tal como evidencia Quay (citado por Gelfand et al., 1988).

A idade em que ocorrem os comportamentos desviantes deve também ser considerada, tal como defendeu Weiner em 1982, bem como a incidência de outros distúrbios de desenvolvimento na fundamentação da avaliação clínica. Este autor concluiu que problemas de comportamento, em determinadas fases do desenvolvimento das crianças, não são sinónimos de distúrbio nesse mesmo desenvolvimento. Fazendo referência aos estudos longitudinais de Eichorn (1973), desenvolvidos no Instituto de Desenvolvimento Humano da Universidade da Califórnia e Berkeley, constata que, segundo as entrevistas realizadas às mães das crianças, cerca de um terço dos rapazes e raparigas da amostra apresentavam problemas, tais como: enurese, mentira, medos específicos, alterações do humor e ciúmes. Assim, a maioria dos problemas de comportamento nas crianças, são específicos da idade e tendem a desaparecer com o crescimento. Quando os problemas de comportamento diferem substancialmente daquilo que é esperado para a idade da criança, em termos de tipo, severidade ou duração, podemos falar de psicopatologia e (dependendo dos problemas de comportamento apresentados) em perturbação de comportamento.

Valorizando também a idade em que surgem

os comportamentos desviantes, Stattin e Magnusson (1996) distinguem dois grupos de crianças com problemas de comportamento: as crianças com sintomatologia precoce e as que apresentam perturbações numa fase mais tardia. Em idades precoces, antes dos 9 anos, os comportamentos de desafio, destrutividade e de confronto físico associam-se a uma futura delinquência; em idades mais tardias são variáveis como a desobediência e as ausências de casa até tarde (sem consentimento), que apresentaram maior relação com a delinquência futura (Stattin & Magnusson, 1996).

Os dois grupos podem ser discriminados pelo facto de no primeiro haver uma elevada agressividade e perturbação na relação com os pares, enquanto que no segundo existe menor agressividade e uma relação com os pares quase normal, tal como propõe sistema de classificação das doenças mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 1987). Nas semelhanças entre os dois grupos, encontram-se os problemas escolares e de comportamento, embora em períodos diferentes do desenvolvimento.

Patterson e colegas (citados por Patterson, DeGarmo & Knutson, 2000) encontraram no momento em que se dá o envolvimento com pares desviantes e nos níveis de perturbação parental, factores determinantes para a evolução no sentido do comportamento desviante.

Segundo Hartup (citado por Ollendick & Hersen, 1983) as crianças mais velhas são menos agressivas que as mais novas, e as crianças negras são mais agressivas que as brancas da mesma idade. Este tipo de conclusões poderá dever-se ao facto destes estudos se organizarem em torno da socialização, mediada por processos de aprendizagem tais como: o condicionamento operante, a modelação e processos de frustração-agressão, não estando controladas outras dimensões importantes, quer para o diagnóstico, quer para a linearidade em termos de resultados.

Por outro lado, Hoffman (citado por Ollendick & Hersen, 1983), concluiu que os meninos são mais agressivos que as meninas, o que poderá atribuir-se a diferenças hormonais. Na mesma linha, Schwarz (citado por Gelfand, Jenson & Drew, 1988), afirma que o aparecimento de perturbações de conduta nos meninos é oito vezes superior ao das meninas.

Loeber, Dishion, Stouthamer-Loeber e Green,

(citados por Stattin & Magnusson, 1996) descrevem a existência, nos rapazes, de uma correlação entre comportamentos agressivos e hiperactividade e o risco de iniciarem uma escalada de comportamentos disruptivos que poderiam culminar em ofensas criminais no final da infância ou no início da adolescência. Também Patterson, DeGarmo e Knutson (2000) associam a hiperactividade da criança ao comportamento anti-social, existindo um consenso na literatura neste sentido.

Quanto aos primeiros comportamentos agressivos, Gelfand, Jenson e Drew (1988), defendem que o seu aparecimento se relaciona com a intenção de provocar dano físico ou psicológico, podendo culminar na destruição de propriedade. A agressão pode envolver confronto com a vítima ou não. No primeiro caso podem haver discussões ou luta física, sendo o objectivo da criança magoar o outro. Este comportamento é mais reactivo e impulsivo. Nos casos do roubo, mentira ou ateamento de fogo, geralmente não há contacto directo com a vítima ou vítimas, ou seja, a agressão é planeada tendo por fim a obtenção de ganho, pelo que os comportamentos tendem a surgir de modo menos impulsivo.

Gelfand, Jenson e Drew (1988), associam aos comportamentos agressivos e à ausência de preocupação com os outros, um défice de competências sociais, que culmina na inexistência de relações de amizade. Nas crianças em que há uma actuação em grupo, existem sentimentos de lealdade para com os outros elementos (por exemplo, do mesmo gang) e aceitação de hierarquias, podendo surgir alguma preocupação com pessoas mais velhas. A característica dominante, neste segundo grupo, é o interesse extremo por outros elementos do grupo que tenham, eventualmente, sido insultados ou magoados.

Para o estabelecimento de diagnóstico, nas situações de furto, que representam 70% dos delitos dos menores (Ajuriaguerra, 1987), devemos ter em linha de conta se a criança detém ou não a noção de propriedade. Só a concepção do «meu» e «teu», o limite de si e do outro, o desenvolvimento de conceitos morais, permitem que pela idade dos 6/7 anos a própria criança identifique a sua conduta como de furto. A gravidade do «delito» irá depender do local do furto, dos objectos furtados, da utilização dada a esses objectos, do comportamento da criança, bem como da signifi-

cação psicopatológica do furto (associada à separação parental, a situações de carência afectiva ou como resposta a períodos de stress).

Relativamente à mentira, enquanto voluntária falsificação da verdade, só podemos concebê-la após os 3 anos de idade, antes disso há fantasia (Grünspun, 1978). É também importante a distinção entre a ilusão, o imaginário e os distúrbios psicossomáticos da criança. A mentira pode ser classificada em várias categorias, segundo o seu conteúdo e finalidade.

As crianças com perturbação de comportamento apresentam ausência de culpa e pouca consciência da destrutividade do seu comportamento conclui Barkley, (citado por Gelfand et al., 1988), «dando respostas imediatas a estímulos específicos, ao invés de regerem o seu comportamento por regras sociais» (Gelfand et al., 1988, p. 135).

Para Schneider (citado por Diatkine, 1985), predominam neste tipo de patologia a ausência de compaixão, pudor, arrependimento e a frieza no comportamento social, que associa a uma inversão instintiva.

Estas crianças apresentam também baixas competências sociais e défices académicos, nomeadamente ao nível da leitura (Rutter & Yule; Semier, Eron, Myerson & Williams; Wells & Forehand, citados por Gelfand et al., 1988). Também Diatkine (1985), afirma ser rara uma actividade intelectual normal nestas crianças. Pelo contrário, Stattin e Magnusson (1996) descrevem uma precoce expressão e compreensão linguística significativamente superior associada à delinquência, quando controlado o estatuto socio-económico das famílias.

Num dos seus estudos, Patterson (citado por Patterson et al., 2000), estabeleceu uma correlação entre o comportamento anti-social, a rejeição das crianças e os maus resultados escolares.

Kernberg e Chazan (1991), descrevem estas crianças como tendo défices nas seguintes áreas: funcionamento cognitivo, atenção, controlo dos impulsos, capacidade de fazer julgamentos, modulação dos afectos, linguagem, tolerância à ansiedade e à frustração. Num nível inconsciente a agressão predomina à custa da integração dos impulsos com sentimentos libidinais. Assim, os impulsos surgem ao ultrapassar o frágil equilíbrio do superego e aparece alguma capacidade de remorso, culpa, e mais frequentemente, ver-

gonha, permitindo a estas crianças o acesso a terapia.

Entre as várias técnicas/instrumentos que permitem o diagnóstico destacam-se a entrevista (quer da criança, quer dos pais, separados e em conjunto) os métodos projectivos (TAT e Rorschach), as cheklists de comportamento, os métodos de observação directa e os inventários de personalidade.

3. ETIOLOGIA

Na literatura, podemos encontrar várias teorias e linhas de investigação, no que respeita à etiologia das perturbações de comportamento em crianças: as teorias neurológicas, sociológicas, psicanalíticas, cognitivistas e sistémicas.

A terminologia utilizada, enquanto designação diagnóstica, tem evoluído. Os termos psicopatia, comportamento anti-social e perturbações de conduta, são utilizados para designar as crianças com perturbações de comportamento.

Segundo a teoria das perversões instintivas, de Dupré, citado por Diatkine (1985), os problemas de comportamento anti-social têm a sua génese numa doença constitutiva dos indivíduos. Também Melanie Klein, citada por Diatkine (1985), atribui a factores constitucionais os mecanismos que causam a psicopatia. Klein (1982), afirma que certas tendências criminais, estão presentes em crianças normais. Na primeira fase sádica que todos os indivíduos atravessam normalmente, a criança, protege-se contra o medo que os objectos cruéis inspiram (interiorizados ou exteriores), desenvolvendo contra eles ataques imaginários. O seu objectivo ao livrar-se desses objectos é, em parte, fazer calar as ameaças intolleráveis do seu Super-Eu. Estabelece-se assim, um ciclo vicioso, uma vez, que a angústia da criança a pressiona a destruir os objectos, o que provoca um aumento da angústia. É todo este processo, de grande severidade do Super-Eu, que, constitui, para Klein, o mecanismo psicológico que parece estar na base das tendências anti-sociais e criminais do indivíduo.

Por outro lado, a perturbação nas primeiras relações objectais encontrada na anamnese das crianças com problemas de comportamento, denominadas psicopatas, foi alvo de diversas investigações sobre as frustrações precoces. As

pesquisas de Bowlby e de Ainsworth, mostram que, nestas crianças existem carências afectivas muito precoces.

Winnicott, citado por Diatkine (1985), introduz na teoria da psicopatia a noção de tendência anti-social. Do ponto de vista teórico, serve-se de um nível de abstracção intermédio, entre as descrições de comportamento anti-social e de pulsão. Propõe uma interpretação própria do papel das carências afectivas precoces na etiologia da psicopatia. Como a mãe não pode adaptar-se totalmente às necessidades instintivas da criança, ela vai permitir-lhe que se desiluda progressivamente. É nesta fase do desenvolvimento, que aparecem as tendências anti-sociais, quer na criança normal, quer na criança psicopata. A tendência anti-social é o movimento compulsivo que vai permitir à criança obter da sua mãe a reparação pelo dano que ela lhe causou, ao não satisfazer totalmente as exigências iniciais. A criança pode organizar-se face à sua tendência anti-social sem manifestar problemas de comportamento. Estas manifestações vão depender das respostas do ambiente. Quando a mãe e a família são capazes de responder às exigências da frustração, os problemas de comportamento tendem a cessar.

Diatkine (1985) destaca o facto de muitas das crianças com problemas de comportamento terem apresentado patologia orgânica na primeira infância, e em particular no período perinatal. Este tipo de patologias irá conduzir ao estabelecimento de complexas relações com os pais, podendo as hospitalizações, a descontinuidade do ambiente e as rupturas de relação nos primeiros anos de vida explicar os problemas futuros.

Tem merecido um especial enfoque, em termos de investigação, a etiologia dos comportamentos agressivos. Este tipo de comportamentos, em crianças, pode também ter a sua génese no facto de as suas primeiras relações terem sido uma sucessão de abandonos e reencontros sem separação física podendo levar a uma recordação traumática inassimilável (Diatkine, 1985).

Ollendick e Hersen em 1983, indicam algumas das linhas de pesquisa que centram o seu objecto de estudo nos comportamentos agressivos de crianças, distinguindo várias hipóteses que fundamentam o seu aparecimento: a idade, a raça e o sexo das crianças, factores orgânicos, as variáveis familiares (incluindo as interacções

pais/criança), as variáveis cognitivas, a influência dos pares e dos mass media. Gelfand, Jenson e Drew (1988), sugerem outras causas: a violência na televisão, o divórcio e o stress na família, concluindo que será da interacção entre vários elementos que surge este tipo de patologia.

No que diz respeito ao divórcio, Emery, Waldron, Kitzman e Aaron (1999), demonstraram que o comportamento anti-social dos pais é uma das variáveis que conduz ao divórcio, não podendo atribuir-se apenas a esta alteração do estado civil a ocorrência de problemas de comportamento nas crianças. Ou seja, é o comportamento já perturbado dos pais que pode originar a patologia nas crianças e não o divórcio em si. Para Rae-Grant, McConville, Kenned, Vaughan e Steiner (1999), são factores de risco para o aparecimento de comportamentos violentos, a existência de violência doméstica ou no bairro, o abuso de álcool, o envolvimento no tráfico de droga, a posse de arma e a associação com adolescentes e/ou adultos delinquentes.

No que diz respeito às variáveis familiares, e às interacções com os pais, Patterson (citado por Ollendick & Hersen, 1983), demonstrou que, quer as mães quer os irmãos de crianças agressivas, são também mais agressivos. A intervenção com crianças que apresentavam comportamento anti-social conduzida por Arnold, Levine e Patterson (citados por Ollendick & Hersen, 1983), demonstrou haver redução dos comportamentos desviantes quando os irmãos também eram inseridos no programa. Os padrões de comunicação entre os elementos da família em que há adolescentes delinquentes estão, conclui Alexander (citado por Ollendick & Hersen, 1983), perturbados, sendo predominantemente defensivos, podendo o mesmo acontecer na famílias de crianças com perturbação de comportamento.

Existe, por outro lado, uma complexa relação entre causa e consequência no que diz respeito às variáveis familiares. Tal como concluem Frick e Jackson (1993) e Wamboldt e Wamboldt (2000), as famílias podem causar perturbação, mas muitas vezes os problemas na família surgem como resposta aos problemas da criança.

No seu estudo de 1999, Kuperman, Scholsser, Lindral e Reich associam o diagnóstico de alcoolismo e Personalidade Anti-social dos pais ao risco acrescido de desordens psiquiátricas na infância. O diagnóstico de perturbação de com-

portamento em crianças, está, por seu lado, relacionado com um estilo parental disfuncional, abuso de álcool e de marijuana. Foi também encontrada, nesta investigação e na de Wahler (citado por Ollendick & Hersen, 1983), uma relação significativa entre o baixo estatuto socioeconómico da família (baixos rendimentos, problemas conjugais e baixa escolaridade dos pais) e o risco de perturbação de comportamento nas crianças. A mesma investigação determinou que é nos rapazes mais velhos e em famílias mais disfuncionais que prevalece o diagnóstico de perturbação de comportamento.

Rae-Grant, McConville, Kenned, Vaughan e Steiner (1999), demonstram que a pobreza urbana e a desorganização social estão na origem de vulnerabilidades para as mães e para as crianças, tais como: baixo peso, comprometimento cognitivo, abuso/negligência, acabando por constituir risco para o aparecimento de crime e violência na infância e adolescência. Estes dados corroboram a concepção de que é em famílias em risco de exclusão social, nomeadamente residindo em contextos habitacionais e sociais específicos, que este tipo de perturbação assume dimensão notória.

Relativamente à influência da família, os estudos de Stattin e Magnusson (1996), permitiram-lhes afirmar que nas crianças em que a sintomatologia surge precocemente existem, geralmente, dificuldades de imposição da disciplina parental ou uma monitorização parental inadequada, assistindo-se em simultâneo a uma rejeição por parte dos seus pares e ao envolvimento com outras crianças delinquentes. A existência de conflitos familiares e a baixa supervisão por parte dos pais no início da adolescência são factores relevantes para o início dos comportamentos delinquentes, ditos tardios. Para estes autores, o factor que determina a precocidade da delinquência tardia é a relação com os pares. Também Coimbra de Matos (1986), ao abordar a génese destas personalidades, nos fala de meio familiar e educativo passivizante, com «frequentes injeções de tolerância à frustração e à contrariedade» (Matos, 1986, p. 77).

4. TRATAMENTO

O tratamento deste tipo de patologia deve as-

sumir-se como abordagem integrada actuando sobre as várias dimensões da vida da criança: família, escola, grupo de pares e a própria criança. A aplicação do modelo interpessoal e psicoeducacional tem-se revelado mais eficaz que uma visão unicamente intrapsíquica ou farmacológica (<http://www.apa.org>).

A intervenção junto da família poderá incluir: terapia familiar, orientação parental e programas de treino. Nos casos de internamento em unidade hospitalar ou instituição de acolhimento, a família deve ser envolvida nas várias fases do tratamento, desenvolvendo, por exemplo, aprendizagens sociais. A necessidade de colaboração estreita com a família é tanto maior, quanto menor for a criança.

A colocação institucional de crianças com perturbação de comportamento deve ter em conta os benefícios e as desvantagens deste tipo de intervenção. Para Diatkine (1985), a institucionalização de crianças com perturbação de comportamento pode ter consequências nefastas. Por um lado, a criança é inserida num ambiente artificial e, por outro, repetir-se-ão as experiências de frustração afectiva precoce que estão na origem dos problemas. O internamento pode proteger a criança da excitação, mas não da angústia e da depressão. Se aceitarmos que o comportamento patológico da criança aparece como tentativa de manter o equilíbrio narcísico perturbado, o sentimento de «ser diferente», das crianças em internamento, pode contribuir para o reaparecimento dos sintomas. Por outro lado, a colocação de várias crianças com este tipo de patologia na mesma instituição pode facilitar a formação de grupos organizados. Porém, o mesmo autor refere que por incapacidade das estruturas existentes, ausência de recursos materiais e psicológicos das famílias que não lhes permite ajudar as crianças, a alternativa do internamento pode ser a mais indicada. A estabilidade proporcionada pela instituição pode ser um primeiro passo para o tratamento que poderá passar por uma Psicoterapia.

Existem alguns exemplos de instituições que desenvolveram metodologias de intervenção com crianças com perturbação de comportamento de grande sucesso, nomeadamente a Oberhollabrunn, criada por Aichhorn baseada em laços transferenciais institucionais. Nesta instituição existia uma actividade pedagógica in-

tenha, jogos e ocupações diversas. Para além da compreensão psicanalítica da criança e do grupo, as instituições dispõem de várias formas de reduzir a nocividade do comportamento das crianças. Em primeiro lugar, podem desenvolver um trabalho com as famílias, que depende do isolamento geográfico da instituição, do pessoal especializado e sobretudo da ideologia que a suporta (Diatkine, 1985).

A colocação em famílias de acolhimento especializadas pode ser outro recurso, com vista ao tratamento, quando é necessário retirar a criança do seu meio familiar e social natural. Este tipo de solução pode facultar à criança o suporte afectivo de que carece e a que não é possível aceder em internamento, nem no seu meio de origem, o que justifica os resultados espectaculares alcançados (Diatkine, 1985). Porém, esta alternativa é geralmente vista com grande relutância pelas famílias naturais ao contrário do internamento, muitas vezes solicitado, ao reconhecerem a sua incapacidade para lidar com os comportamentos da criança.

Quanto às modalidades psicoterapêuticas propriamente ditas, existe alguma variedade de técnicas aplicáveis neste tipo de patologia: a análise de crianças, proposta por Klein, os trabalhos de Aichhorn, as propostas directivas de Winnicott e as técnicas cognitivo-comportamentais.

A Psicoterapia individual ou de grupo pode ser muito útil com a criança, podendo ser complementada com treino de técnicas para o aumento de competências psicossociais. Assim, poder-se-á ajudar a criança a melhorar o seu funcionamento social, encontrando estratégias de tolerância à frustração, aumentando os contactos sociais, etc.

No trabalho com a família, o recurso a técnicas orientadas, de base comportamentalista, torna-se indispensável, quando há pouca diferenciação, dificuldades de comunicação com o terapeuta, ou quando os seus elementos apresentam insight reduzido. Kazdin e Wassel (2000), consideram que as próprias reduções do comportamento desviante da criança terá repercussões no funcionamento familiar e parental. Para estes investigadores as técnicas cognitivo-comportamentais são mais eficazes que: a espera por tratamento, a inexistência de tratamento, as terapias pelo brincar e as terapias da relação. As técnicas a utilizar

com a criança passam pelo desenvolvimento de competências de resolução de problemas.

Quanto ao abandono precoce do tratamento, existem diversos estudos que demonstram estar directamente relacionado com a agressividade e comportamento desviante, o que significa ser maior em determinadas patologias, como é o caso da perturbação do comportamento. Kazdin, Mazurick e Bass (1993), demonstraram que a disfunção parental e na família é um bom preditor desta antecipação do fim do tratamento. O abandono ocorre com maior frequência quando as crianças têm mães jovens, em famílias monoparentais, em famílias de etnia minoritária, com desvantagem socio-económica e que apresentaram comportamento anti-social na infância.

É, ainda importante considerar a necessidade de intervenção numa perspectiva preventiva, considerando alguns factores protectivos como: estruturas familiares intactas, existência de comunidades de suporte e intervenção psicoterapêutica precoce.

5. INVESTIGAÇÃO FUTURA

Quanto à investigação futura sobre esta perturbação, pensamos ser importante o estudo das relações entre maus tratos e negligência e o aparecimento das perturbações de comportamento, ou seja, apurar em que medida as crianças vítimas de violência apresentam perturbação de comportamento. Apesar da existência de alguns trabalhos nesta área, que demonstram haver relação entre o roubo e a fuga de instituições de acolhimento em crianças que sofreram de maior desadaptação familiar, escolar e social (Cruz & Torres, 1999), há que aprofundar os dados obtidos.

Quanto ao tratamento, seria pertinente comparar as intervenções realizadas sem retirar a criança do seu meio natural, com aquelas em que se opta pelo internamento do menor, utilizando a mesma abordagem psicoterapêutica. Nas situações de internamento, poder-se-ia avaliar a eficácia das técnicas implementadas, ao longo do tempo, mediante estudo longitudinal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1986). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cruz, J., & Torres, M. (1999). Impacto del robo y de la fuga en niños maltratados físicamente. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52 (4), 537-550.
- Emery, R., Waldron, M., Kitzman, K., & Aaron, J. (1999). Delinquent behavior, future divorce or nonmarital childbearing, and externalising behavior among offspring: a 14-year prospective study. *Journal of Family Psychology*, 13 (4), 568-579.
- Frick, P., & Jackson, Y. (1993). Family functioning and childhood antisocial behavior: yet another reinterpretation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (4), 410-419.
- Gelfand, D., Jenson, W., & Drew, C. (1988). *Understanding child behavior disorders – An introduction to child psychopathology* (2nd ed.). Chicago: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Grünspun, H. (1978). *Distúrbios psiquiátricos da criança*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Kazdin, A., Mazurick, J., & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (1), 2-6.
- Kazdin, A., & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (4), 414-420.
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1991). *Children with conduct disorders – A psychotherapy manual*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1982). *Essais de psychanalyse (1921-1945)*. Paris: Payot.
- Kuperman, S., Schlosser, S., Lindral, J., & Reich, W. (1999). Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 686-692.
- Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M. (1985). *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF.
- Matos, A. C. (1986). A delinquência – perspectiva psicodinâmica. *Alter/Ego*, 2, 75-83.
- Meltzer, D. (1977). *Os Estados sexuais da mente*. Rio de Janeiro: Imago.
- Ollendick, T., & Hersen, M. (1983). *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Patterson, G., DeGarmo, D., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviours: comorbid or two points of the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.
- Rae-Grant, N., McConville, B., Kenned, J., Vaug, W., & Steiner, H. (1999). Violent behavior in children and youth: preventive intervention from a psychiatric perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (3), 235-241.
- Spillius, E. (1990). *Melanie Klein hoje – Desenvolvidos de teoria e prática*. Rio de Janeiro: Imago.
- Stattin, H., & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holist approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645.
- Steiner, H., & Dunne, J. (1997). *Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorders*. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Aprovado em Março de 1997, retirado da World Wide Web: <http://www.aacap.org>.
- Vital, B. & Stoff, D. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 307-315.
- Wamboldt, M., & Wamboldt, F. (2000). Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (10), 1212-1219.
- Weiner, I. (1982). *Child and adolescent psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.

RESUMO

A presente reflexão pretende abordar, de forma resumida, algumas questões relativas às perturbações de comportamento na infância. Havendo diversos estudos que relacionam este tipo de psicopatologia com criminalidade, perturbações psiquiátricas, toxicodpendência e dificuldades de inserção social na idade adulta, importa tentar compreender e diagnosticar o fenómeno com a maior precocidade possível de modo a iniciar-se tratamento adequado atempadamente. Aprofunda-se o diagnóstico de acordo com a DSM-III-R, abordando a importância das relações com os pares e os significados de alguns tipos de comportamento como a mentira o furto. Apresentamos algumas das teorias explicativas da etiologia desta perturbação, numa linha psicanalítica. Por fim, fazemos algumas propostas concretas no que se refere ao tratamento, considerando as influências da família, da escola e do grupo de pares, propondo intervenções no âmbito da terapia familiar com recurso a programas de orientação parental. O afastamento da criança da família pela colocação institucional ou em famílias de acolhimento, é considerado como alternativa facilitadora do processo terapêutico em que a criança deverá ser enquadrada. Colocamos, por fim, algumas hipóteses de investigação futura sobre esta perturbação.

Palavras-chave: Infância, distúrbio de comportamento, mentira, furto, família.

ABSTRACT

Children conduct problems is the issue of the present paper. There are many studies that relate this kind of disrupted behavior with future criminality, psychiatric disturbance, drug abuse and difficulties in social integration in adulthood. That's why we believe it's important to understand and diagnose this disturbance as soon as possible to make early treatment possible. The diagnosis is based on the DSM-III-R, and peers

relations, stealing and lying are considered. We exhibit some of the psychoanalytic theories that explain conduct problems in children and some of the treatment strategies considering family, school and peers influences. Removing children away from their families by placement in foster families or institutions as a way to promote the psychotherapeutic process is also discussed. Finally, future investigation hypotheses about early conduct problems are made.

Key words: Childhood, conduct problems, lying, stealing, family.