

Roberto Aguilar Machado Santos Silva

Suzana Portuguese Viñas

TOD e Transtorno de Conduta

Neuroanatomia do Insulto

**Dimensões e agressão do
Transtorno Desafiador Opositivo
e Transtorno de Conduta**



TOD e Transtorno de Conduta

Neuroanatomia do Insulto

**Dimensões e agressão do
Transtorno Desafiador Opositivo
e Transtorno de Conduta**



Autores

**Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Suzana Portuguese Viñas**

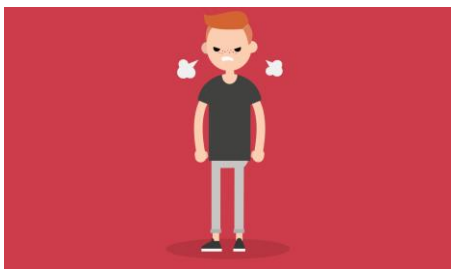
Santo Ângelo, RS

2023

Supervisão editorial: Suzana Portuguese Viñas
Projeto gráfico: Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Editoração: Suzana Portuguese Viñas

Capa.: Roberto Aguilar Machado Santos Silva

1ª edição



Autores



Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Membro da Academia de Ciências de Nova York (EUA), escritor
poeta, historiador
Doutor em Medicina Veterinária

Suzana Portuquez Viñas
Pedagoga, psicopedagoga, escritora,
editora, agente literária
suzana_vinas@yahoo.com.br



Dedicatória

Para todos.

Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Suzana Portuguese Viñas

*No meu temperamento vai um
pouco de pimenta
Não é todo mundo que gosta
Não é todo mundo que aguenta.*

Pedro Pondé

Apresentação

O transtorno desafiador opositivo (TOD) e o Transtorno de Conduta fazem parte de um grupo de transtornos comportamentais denominados transtornos de comportamento disruptivo. Esses distúrbios são chamados assim porque as crianças que os apresentam tendem a perturbar as pessoas ao seu redor. TOD e Transtorno de Conduta são os transtornos de saúde mental mais comuns encontrados em crianças e adolescentes.

Os médicos definem TOD e o Transtorno de Conduta como um padrão de comportamento desobediente, hostil e desafiador dirigido a figuras de autoridade. No entanto, a maioria das crianças e adolescentes melhora com o tempo, especialmente se receberem tratamento. Os pais e professores que suspeitam que seu filho ou aluno tem um problema de comportamento devem fazer com que seu filho ou aluno seja avaliado. Para as crianças que recebem tratamento, as perspectivas são muito boas.

Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Suzana Portuguese Viñas

Sumário

Introdução.....	8
Capítulo 1 - Transtorno Opositor Desafiador (TOD): visão atual.....	9
Capítulo 2 - Perspectivas sobre o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), Transtorno de Conduta.....	23
Capítulo 3 - Sinais de psicopatia em crianças.....	46
Epílogo.....	56
Bibliografia consultada.....	58

Introdução

Conforme exemplificado na *Iliada*, o épico de guerra de Homero retratando a ira de Aquiles em relação aos eventos da guerra greco-troiana, a raiva está no cerne do que significa ser humano. De fato, as pessoas relatam sentir raiva diariamente e a consideram um dos exemplos mais prototípicos de uma emoção. No entanto, definir raiva no Transtorno Opositor Desafiador e Transtorno de Conduta como um único fenômeno psicobiológico apresentou consideráveis dificuldades teóricas e experimentais. Neste livro, fornecemos um relato psicológico do que é a raiva no Transtorno Opositor Desafiador e Transtorno de Conduta e revisamos como a experiência subjetiva da raiva em humanos saudáveis foi investigada até agora usando técnicas de neuroimagem. Concluimos sugerindo o andaime para a reconstrução de um “cérebro raivosos” que pode levar em consideração a multidimensionalidade da construção da raiva.



Capítulo 1

Transtorno Opositor Desafiador (TOD): visão atual

De acordo com Abhishek Ghosh, Anirban Ray e Aniruddha Basu (2017), do Centro de Dependência e Tratamento de Drogas, Departamento de Psiquiatria, Instituto de Pós-Graduação em Educação e Pesquisa Médica (PGIMER, Índia), o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) é diagnosticado amplamente com base em humor zangado ou irritável frequente e persistente, argumentação/desafio e desejo de vingança. Estudos epidemiológicos e longitudinais sugeriram fortemente uma existência distinta de TOD que é diferente de outros transtornos de externalização intimamente relacionados, com curso e resultado diferentes e subtipos possivelmente distintos.

No entanto, várias questões, como limiar de sintomas, conceituação dimensional versus categórica e sintomas específicos de sexo, ainda precisam ser abordadas. Embora o ODD tenha sido considerado altamente hereditário, nenhum polimorfismo genético foi identificado com confiança. Houve uma sobreposição genética definida com outros distúrbios de

externalização. Estudos começaram a explorar sua epigenética e interação gene-ambiente.

Epigenética em respostas transgeracionais aos impactos ambientais: a epigenética diz respeito a alterações do DNA que não modificam sua sequência, mas afetam a atividade de um ou mais genes. Adicionar compostos químicos a genes, por exemplo, pode alterar sua atividade, sem necessariamente promover mudanças no DNA. As modificações epigenéticas permanecem à medida que as células se dividem e, em alguns casos, podem ser herdadas ao longo de gerações. Isso significa que alterações epigenéticas podem ser transferidas de célula-mãe para célula-filha. Influências ambientais, como a dieta ou a exposição a poluentes, podem impactar no epigenoma e alterar o fenótipo de um indivíduo.

Os achados de neuroimagem convergem para envolver várias partes do córtex pré-frontal, amígdala e ínsula. A alteração nos níveis de cortisol também foi demonstrada de forma consistente. Embora uma série de fatores ambientais, familiares e extrafamiliares, tenham sido estudados no passado, a pesquisa atual os combinou com outros parâmetros biológicos. O tratamento psicossocial continua a ser testado pelo tempo e eficaz. Isso inclui treinamento em gerenciamento parental, treinamento escolar, terapia familiar funcional/terapia familiar estratégica breve e terapia cognitivo-comportamental. O manejo da agressividade grave e o tratamento de distúrbios comórbidos são indicações para a farmacoterapia. De acordo com a conceituação anterior de irritabilidade crônica como uma anormalidade do espectro bipolar, a maioria dos estudos explorou antipsicóticos e estabilizadores de humor no manejo da agressividade, com efeitos limitados.

Diagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador (TOD)

O diagnóstico de transtorno opositor desafiador (TOD) é amplamente baseado em humor zangado ou irritável frequente e persistente, argumentação/desafio e desejo de vingança. É "qualitativamente" diferente do transtorno de conduta (CD, do inglês Conduct Disorder), que se refere à violação dos direitos dos outros e violação de normas sociais apropriadas à idade. Ambos juntos são conhecidos como transtornos de comportamento disruptivo (DBDs, do inglês Disruptive Behavior Disorders), cujo conceito foi concebido há quase 50 anos. Ao longo dos anos, houve mudanças na compreensão clínica, psicossocial e biológica do TOD. Houve mudanças notáveis nos esquemas de diagnóstico. Numerosos fatores de risco psicossociais foram identificados. Fatores biológicos, especialmente com a ajuda de novas técnicas de neuroimagem, e substratos cerebrais para comportamentos de oposição foram explorados. Estudos foram realizados para encontrar as melhores prevenções e intervenções possíveis.

A coleta de dados para este trabalho envolveu o uso de bancos de dados eletrônicos e busca manual de publicações relevantes ou referências cruzadas. A busca eletrônica incluiu PubMed, Google Scholar, Scopus e Ovid. Pesquisas cruzadas eletrônicas de referências importantes renderam outro material relevante. Os termos de pesquisa usados em várias combinações foram transtorno de comportamento disruptivo, TOD, transtorno de

conduta, agressão, irritabilidade e crianças, transtornos do humor, desregulação disruptiva do humor (MD, do inglês Mood Dysregulation), uso de drogas ou álcool, externalização e crianças ou adolescentes, internalização e crianças ou adolescentes, resultado, curso, tratamento, gerenciamento, imagem, genética, neurobiologia, neuropsicologia, psicossocial, estresse, família e parentalidade. A inclusão de dados para esta revisão foi guiada pelos seguintes princípios: Incluímos estudos publicados após 2000 (exceto para o desenvolvimento inicial da nosologia). Como buscamos uma revisão narrativa, fomos excessivamente inclusivos e não restringimos a inclusão de dados por qualquer metodologia padronizada. A intenção era incluir o máximo de pesquisa e aspectos possíveis. Sempre que aplicável, os pontos fortes e as limitações da pesquisa citada também são discutidos.

Nosologia do TOD

Nosologia é o ramo da ciência médica que trata da classificação das doenças. Classificar completamente uma condição médica requer conhecer sua causa, os efeitos que ela tem no corpo, os sintomas que são produzidos e outros fatores.

O conceito de DBDs em crianças e adolescentes foi proposto pela primeira vez no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)-II como três diagnósticos distintos, supostamente originados de três fatores ambientais diferentes e com base na análise de cluster ou fatorial de meninos delinquentes: reação de

fuga, reação agressiva não socializada e reação de grupo delinquente. Poucos descritores de linha foram discutidos. No entanto, não havia critérios diagnósticos propriamente ditos e, portanto, a confiabilidade desses diagnósticos era questionável. No DSM-III, houve uma mudança de paradigma na conceituação dos transtornos mentais e foram propostos critérios diagnósticos. O diagnóstico de TOD como transtorno de oposição foi introduzido. Os critérios de diagnóstico, principalmente comportamentais sem características afetivas, consistiam em violação de regras menores (em oposição à violação dos direitos dos outros e das principais normas sociais na conduct disorder DC ou Transtorno de Conduta), acessos de raiva, argumentação, comportamento provocativo e teimosia. O limiar diagnóstico foi decidido em dois dos cinco sintomas, que deveriam estar presentes por mais de 6 meses. A DC não poderia ser diagnosticada com TOD, pois a noção predominante era que o TOD estaria presente em uma grande proporção de pacientes com DC. Com a publicação do DSM-III, embora tenha havido uma melhora modesta na confiabilidade entre os avaliadores, a validade do diagnóstico de TDO e seu limiar diagnóstico enfrentaram severas críticas. Devido à falta de suporte empírico, o diagnóstico de TDO foi criticado como medicalização da normativa comportamento infantil, especialmente na ausência de sintomas agressivos de CD. Além disso, descobriu-se que o TOD produzia apenas níveis menores de comprometimento e era difícil diferenciá-lo do CD. Para abordar essas questões, o DSM-III-R propôs a adição de dois critérios : rancoroso/vingativo e atitude

raivosa e ressentida. Para diferenciar TDO de comportamento normativo, a frequência de ocorrência de sintomas de TDO deve ser desproporcional à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança. Um ensaio de campo foi realizado para estabelecer a confiabilidade e validade do diagnóstico DSM-III-R proposto de TOD. Mostrou que o diagnóstico atual tinha razoável poder de discriminação e confiabilidade.

No entanto, um sintoma de TDO proposto (intimidar outras pessoas) foi eliminado por motivos teóricos.¹⁰ O DSM-III-R manteve a convenção de que o DC impediu o diagnóstico de TDO, pois foi observado neste estudo que apenas 16% dos indivíduos com DC não atenderam aos critérios. critérios para ODD. Este ensaio de campo teve predominância de crianças do sexo masculino, havendo escassez de pré-escolares e adolescentes. Portanto, a generalização dos resultados foi questionada. Além disso, o uso do diagnóstico clínico individual como padrão-ouro foi condenado por causa de sua confiabilidade incerta. Um ensaio de campo para o DSM-IV tomou conhecimento de algumas dessas críticas, e incluiu crianças e adolescentes com ampla faixa etária. No entanto, três quartos da população eram do sexo masculino. Exceto a eliminação de um critério (palavrões) de ODD por causa de sua utilidade clínica limitada e, subsequentemente, a alteração do ponto de corte de cinco de nove para quatro de oito critérios, nenhuma outra alteração foi feita. A maioria das evidências sugere uma relação dose-resposta entre a gravidade dos sintomas e o comprometimento funcional e, portanto, o limiar diagnóstico foi considerado arbitrário. Além

disso, um estudo de Cohen et al (1997) mostrou que a estabilidade diagnóstica de TOD aumentou com o aumento da gravidade.

Estudo epidemiológico dos transtornos no final da infância e adolescência: persistência dos transtornos. A persistência e reinício de transtorno psiquiátrico foram estudados em uma amostra de 734 crianças da população geral. Diagnósticos para seis dos distúrbios mais prevalentes foram gerados a partir de entrevistas maternas e infantis quando as crianças tinham entre 9 e 18 anos e novamente 2 anos e meio depois. As análises demonstraram níveis substanciais de persistência diagnóstica durante o período de 2 anos e meio para todos os diagnósticos, exceto depressão maior. Com poucas exceções, a persistência foi aproximadamente equivalente para os subgrupos de idade e gênero. Conclui-se que os distúrbios avaliados por entrevista estruturada de amostras não clínicas de crianças não podem ser descartados como transitórios (Cohen et al 1997).

Portanto, a utilidade clínica da dimensão da gravidade foi estabelecida com razoável certeza. Além disso, com o novo conjunto de critérios, quase 50% dos indivíduos que preencheram o diagnóstico de CD não atenderam aos critérios para TOD. No entanto, a regra hierárquica do diagnóstico foi mantida, apesar das evidências em contrário.

Segundo a Psychology Today (2023), O Transtorno Opositor Desafiador (TOD) é um transtorno de comportamento disruptivo que surge durante a infância ou adolescência e é caracterizado por humor persistente de raiva ou irritação, comportamento indisciplinado e argumentativo e desejo de vingança. Frequentemente se manifesta em hostilidade em relação a figuras de autoridade.

Todas as crianças exibem um comportamento desafiador em algum momento, especialmente quando estão cansadas ou estressadas. O comportamento de oposição é, de fato, normal em crianças pequenas e no início da adolescência. O comportamento de uma criança com TOD é muito mais extremo e perturbador do que o normal, no entanto, e ocorre com muito mais frequência do que o tipo de teimosia infantil e rebelião que as crianças podem apresentar ao longo do desenvolvimento. O comportamento de oposição do TOD não é apenas persistente, mas ocorre em uma ampla gama de situações e interfere na vida social, familiar e educacional das crianças.

A condição afeta cerca de 3% das crianças e ocorre com mais frequência em meninos do que em meninas antes da adolescência, mas não depois, de acordo com o DSM-5. Frequentemente ocorre concomitantemente com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta e com transtornos de ansiedade e humor.

Sintomas

TOD é diagnosticado quando, em alguns ou na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses, uma criança ou adolescente se comporta de maneira extremamente negativa, hostil e desafiadora que atrapalha sua casa, escola e vida social. Os sintomas podem aparecer a partir dos três anos de idade. Crianças com TOD geralmente exibem um humor raivoso ou irritável. As crianças geralmente perdem a paciência, ficam

facilmente irritadas, zangadas e ressentidas, e o comportamento é direcionado a uma pessoa ou pessoas que não são irmãos. Eles se envolvem em comportamento argumentativo com pais, professores ou outras figuras de autoridade; irritar deliberadamente os outros; e muitas vezes culpam os outros por seu mau comportamento. Eles são rancorosos e vingativos.

Crianças com TOD também podem ter problemas com seus pares, embora, em casos relativamente leves, os sintomas possam estar confinados a apenas um ambiente, geralmente em casa. Em casos mais graves, o comportamento não cooperativo, vingativo e perturbador ocorre em vários ambientes em vários relacionamentos. As crianças com o transtorno muitas vezes não se veem como zangadas e desafiadoras, mas consideram seu comportamento justificado pelas exigências irracionais dos outros. A irritabilidade que as crianças com TOD apresentam também pode estar associada à ansiedade.

Quão comum é o TOD?

O Transtorno Opositor Desafiador é o transtorno comportamental mais frequente em pré-escolares. A prevalência de TOD é relatada entre 1% e 11% em amostras da comunidade. Alguns estudos relatam uma taxa de ocorrência de 10% nos Estados Unidos e 7% em outros países, como a Espanha.

Como o TOD é diagnosticado?

Não há um teste para TOD e, como o distúrbio geralmente ocorre com outras condições, pode ser difícil estabelecer um diagnóstico definitivo. O diagnóstico de TOD é feito após uma avaliação psicológica abrangente que investiga muitas facetas do comportamento de uma criança para identificar padrões típicos do transtorno, bem como para avaliar a presença ou ausência de condições relacionadas, como TDAH e ansiedade.

Normalmente, os médicos usam uma variedade de ferramentas de triagem bem validadas, além de suas próprias observações experimentadas do comportamento e dos padrões de interação de uma criança. As ferramentas de triagem incluem listas de verificação de comportamento infantil para identificar problemas comportamentais, cognitivos e emocionais e questionários aos pais e observações do comportamento de uma criança. Fatores importantes incluem a frequência e a intensidade dos comportamentos problemáticos, os tipos de ambientes em que os comportamentos problemáticos ocorrem, a natureza das interações familiares e a coexistência de outras dificuldades.

TOD é um diagnóstico sério e não é processado levemente. Alguns especialistas acreditam que o próprio diagnóstico é prejudicial, pois implica que o problema reside na criança e não conta aos pais mais do que eles já sabem – que é difícil lidar com o filho. Além disso, não direciona a atenção para o motivo pelo qual uma criança está se comportando de maneira perturbadora. “Desafiante” não é apenas um rótulo estigmatizante, mas também carrega implicações de obstinação que afetam as atitudes dos pais em relação a uma criança, sua disposição de se concentrar

nos problemas subjacentes ao comportamento disruptivo e sua própria receptividade à mudança.

Causas

A causa do TOD não é clara, mas uma mistura de fatores biológicos, sociais e psicológicos parece colocar as crianças em risco. Esses fatores podem incluir pobreza (embora o TOD possa ocorrer em famílias de qualquer situação econômica), passar por uma transição traumática, ter um pai com humor, vício ou transtorno comportamental, ter um relacionamento ruim com um dos pais, ter um pai negligente ou abusivo, ou um pai que é um disciplinador excessivamente severo, ou outras instabilidades familiares. Pelo menos um estudo relatou que os sintomas de TOD são piores em crianças que lutam com a aceitação dos colegas, além de problemas familiares. Vários estudos relacionam o TOD a práticas parentais severas, inconsistentes ou negligentes.

Muitas crianças com TOD têm condições coexistentes, principalmente transtornos de humor ou ansiedade e TDAH, mas também distúrbios de aprendizagem ou distúrbios de linguagem. Tais condições, se presentes, requerem tratamento específico além do tratamento do distúrbio comportamental. É necessário determinar se o mau comportamento de uma criança está ocorrendo em resposta a uma situação temporária ou, como no TDAH, está limitado a situações que exigem esforço sustentado, atenção ou ficar parado.

Qual é a principal causa do TOD?

Os transtornos disruptivos da infância não são bem compreendidos. As crianças não se propõem a ser difíceis. O mau comportamento na infância é uma resposta inespecífica a muitos distúrbios internos e externos, e o desafio é até apropriado em alguns estágios do desenvolvimento. Nenhuma causa única de TOD foi identificada e, embora a condição tenda a ocorrer em famílias, nenhum padrão genético foi identificado. Fatores biológicos, sociais e de criação dos filhos parecem desempenhar um papel no TOD.

Algumas pesquisas identificam dois tipos diferentes de ODD que podem ter raízes diferentes. Uma, mais reativa, é marcada pela irritabilidade, associada a condições internalizantes como a ansiedade, e alimentada por baixa tolerância à frustração e problemas de regulação emocional. O outro, mais proativo, é mais marcado por argumentatividade e vingança, associado a condições de externalização, como transtorno de conduta, e está ligado à composição neurobiológica, incluindo baixa frequência cardíaca e baixa reatividade ao estresse, ambos sinais de subexcitação do sistema nervoso autônomo.

As práticas parentais desempenham um papel no TOD?

Pode ser mais correto pensar em ODD como consequência da interação de vários fatores.

Nessa visão, características individuais como alta reatividade emocional, baixa regulação emocional ou dificuldades no aprendizado social colidem com adversidades ambientais, como estilo parental disfuncional, psicopatologia parental, dificuldades socioeconômicas ou altos níveis de conflito familiar.

Vários estudos identificam padrões comportamentais complexos nos quais as interações coercitivas entre crianças pequenas e seus cuidadores amplificam a desobediência das crianças. Pensa-se que os padrões de relacionamento dentro da família são transferidos para outros ambientes.

Como posso ajudar uma criança diagnosticada com TOD?

Tratamento

Geralmente cabe aos pais procurar tratamento, pois é improvável que a criança entenda que existe um problema. Os encaminhamentos para avaliação e tratamento psicológico geralmente vêm de um médico que realizou um exame e descartou uma causa física.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de TOD, geralmente é prescrita uma combinação de terapias. Normalmente inclui terapias comportamentais e familiares, treinamento parental. às vezes medicação. Um dos objetivos da terapia é reconstruir o relacionamento pais-filhos. Outra é ensinar aos pais novas técnicas para lidar com o comportamento da criança.

Quanto mais cedo o tratamento começar, maiores serão as chances de evitar que o TOD se transforme em um distúrbio de conduta mais sério, distúrbio de saúde mental ou comportamento criminoso.

Antidepressivos para transtornos de humor podem melhorar os sintomas de TOD. O tratamento coadjuvante mais importante para o TOD é a psicoterapia envolvendo pais e filhos.



Capítulo 2

Perspectivas sobre o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e Transtorno de Conduta

De acordo com Rolf Loeber, Jeffrey Burke e Dustin A. Pardini (2009), da Faculdade de Medicina da Universidade de Pittsburgh (EUA), Este capítulo apresenta algumas perspectivas sobre o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), Transtorno de Conduta (CD, do inglês Conduct Disorder) e formas iniciais de psicopatia. As mudanças de desenvolvimento e estabilidade de cada um, e a inter-relação entre as três condições são revisadas, e correlatos e preditores são destacados. O capítulo também examina intervenções eficazes para cada uma das três condições e faz recomendações para pesquisas futuras.

Transtorno desafiador opositivo (TOD), transtorno de conduta (CD, do inglês Conduct Disorder) e formas iniciais de psicopatia continuam a ser problemas desconcertantes em jovens (e adultos) que colocam muitas questões para pesquisadores e profissionais. Este breve capítulo representa a perspectiva de Rolf Loeber, Jeffrey Burke e Dustin A. Pardini (2009) sobre vários avanços no campo, bem como questões que ainda precisam ser resolvidas.

em crianças e adolescentes, que é uma introdução a uma edição especial sobre este tema. Eles usaram o termo características psicopáticas, que é o termo que preferem ao invés de psicopatia porque sua presença plena geralmente não se manifesta ainda na infância ou adolescência.

TOD reflete "um padrão de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil em relação a figuras de autoridade", enquanto a característica essencial do transtorno de conduta é um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados. Em contraste, as características psicopáticas não constituem um diagnóstico e incluem as características interpessoais de manipulação, falsidade, charme superficial e grandiosidade, enquanto as características afetivas incluem afeto superficial, falta de empatia, culpa e remorso e falha em aceitar a responsabilidade por atos antissociais.

Há uma longa tradição de pesquisa sobre TDO e Transtorno de Conduta, e uma história mais recente de pesquisa sobre características psicopáticas. Os estudiosos apontaram que outros aspectos da psicopatologia muitas vezes co-ocorriam com TOD e Transtorno de Conduta e aumentavam o significado prognóstico de resultados posteriores. Inicialmente, a busca por esses comarcadores foi buscada no transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), com pesquisas mostrando que os jovens mais gravemente afetados obtiveram pontuações altas em atos antissociais precoces e sintomas de TDAH. No entanto, uma vez

que mais dados de pesquisas longitudinais se tornaram disponíveis e uma vez que melhores controles estatísticos foram introduzidos, tornou-se evidente que o TDAH (ou seu padrão de sintomas) não previu consistentemente o Transtorno de Conduta posterior ou formas graves de delinquência se o Transtorno de Conduta, TOD ou delinquência anteriores tivessem ocorrido. levado em consideração.



Evidências emergentes indicam que o TOD não apenas atua como um precursor do Transtorno de Conduta e do comportamento antissocial, mas também prediz transtornos de humor e ansiedade e explica as ligações observadas anteriormente entre o Transtorno de Conduta e esses transtornos. Nos últimos anos, os pesquisadores argumentaram que as características interpessoais e afetivas da psicopatia contêm informações únicas que não estão contidas nos sintomas de TOD e Transtorno de Conduta (ou nos sintomas do TDAH), que essas características estão representadas em uma proporção de jovens

que se qualificam para TOD e/ou Transtorno de Conduta, e que as características psicopáticas têm valor prognóstico adicional.

Assim, os pesquisadores começaram a coletar dados para mostrar que a psicopatia na idade adulta pode ter antecedentes semelhantes na infância e que as características iniciais da psicopatia podem ajudar a discriminar entre jovens em diferentes níveis de risco de se tornarem antissociais mais tarde.

A questão crítica é se as características psicopáticas iniciais são distintas dos sintomas de Transtorno de Conduta, TOD e TDAH. Um número crescente de estudos de análise fatorial indica que as entidades constituem fatores separados em meninos e meninas, com o entendimento de que as características afetivas da psicopatia são frequentemente rotuladas como traços insensíveis e sem emoção nesses estudos.

É importante ressaltar que os estudos de análise fatorial mostram que as características psicopáticas precoces são um fator distinto em meninos e meninas, embora a psicopatia na idade adulta e o diagnóstico adulto de transtorno de personalidade antissocial (que carrega alguns sintomas de psicopatia) sejam menos comuns em mulheres do que em homens. As evidências até o momento sugerem que as características psicopáticas podem estar presentes na infância e adolescência, e que existe uma continuidade homotípica nas características iniciais da psicopatia que podem ser correlacionadas com medidas de psicopatia na idade adulta. Isso significa que há uma necessidade crescente de incluir características psicopáticas precoces como um elemento em modelos de desenvolvimento de TDO e Transtorno de

Conduta, bem como na evolução do transtorno de personalidade antissocial (TPA) e psicopatia na idade adulta. No entanto, várias questões-chave ainda precisam ser abordadas. Por exemplo, os aspectos emocionais da psicopatia precoce são cruciais para o desenvolvimento de comportamento antissocial grave ou os aspectos interpessoais da psicopatia precoce estão levando a sérios resultados antissociais? Até que ponto as condições que promovem características psicopáticas precoces são diferentes das condições que promovem sintomas de TOD ou Transtorno de Conduta? As respostas a essas perguntas podem ser importantes blocos de construção para melhorar as intervenções preventivas e corretivas. As próximas seções abordam essas e outras questões.

Transtorno Opositor Desafiador

TOD é um dos distúrbios mais comuns entre crianças em populações clínicas, está associado a uma tensão significativa do cuidador e é particularmente desafiador para o comportamento dos pais.

TOD tem sido geralmente considerado relativamente benigno em comparação com outros transtornos, em particular sendo descrito como uma "forma mais branda" de transtorno de conduta.

Uma revisão abrangente da literatura por Boylan e colegas (2007) descobriu que a prevalência de TOD relatada em amostras da comunidade variou de 2,6% a 15,6% e em amostras clínicas de

28% a 65%. Evidências sugerem que, embora os meninos apresentem taxas de prevalência mais altas do que as meninas antes da adolescência, durante a adolescência meninos e meninas apresentam taxas iguais de TOD (Boylan et al., 2007). Por outro lado, embora meninos e meninas tenham mostrado níveis equivalentes de comportamentos de externalização e agressão verbal, os meninos mostraram níveis maiores de bater e destruir. Assim, as diferenças de gênero observadas no comportamento disruptivo infantil podem ser confundidas pela natureza dos comportamentos usados para avaliar os transtornos, bem como vieses do observador e expectativas baseadas no gênero em relação aos comportamentos infantis mais evidentes em oposição aos menos proeminentes.

Desenvolvimento. TOD é descrito no DSM-V como tendo um início tipicamente antes dos 8 anos de idade. Há evidências de que o TDO pode ser diferenciado de comportamentos problemáticos infantis normativos entre crianças em idade pré-escolar em amostras clínicas e comunitárias.

Meninos pré-escolares com TOD (com ou sem TDAH comórbido) apresentam déficits neuropsicológicos semelhantes aos observados em crianças mais velhas com transtornos de comportamento disruptivo.

As principais características do TOD, comportamento de oposição e emocionalidade negativa, podem ser observáveis bem antes da pré-escola e são comumente medidas como domínios de

temperamento. Dado que o TOD tem início na primeira infância e é distinguível do comportamento infantil típico já na pré-escola, não está claro se e onde as distinções entre TOD e temperamento da primeira infância podem ser feitas. É possível que essas medidas de temperamento e medidas comportamentais de TOD estejam tocando no mesmo constructo, ou que medidas de temperamento reflitam precursores do desenvolvimento de comportamentos de TOD. Keenan e Shaw (2003) descrevem a continuidade entre o temperamento e o comportamento disruptivo, com a desregulação emocional servindo para conduzir as manifestações dessas características desde a infância. Em seu modelo, e também no modelo transacional de Greene e colegas (Greene e Doyle, 2000; Greene et al., 2003), a paternidade e outros fatores ambientais mediam a natureza e a gravidade dos problemas decorrentes das diferenças individuais na regulação emocional.

Digno de nota, dadas as descobertas recentes sobre as ligações entre TOD e depressão, são as descobertas de Hagekull (1994) de que uma medida de emotividade negativa baseada no temperamento previu transtornos de internalização e externalização aos quatro anos, em contraste com medidas de impulsividade e atividade, que previram apenas comportamentos de externalização. Infelizmente, no geral, evidências empíricas insuficientes foram acumuladas para esclarecer as continuidades entre temperamento e TOD durante o desenvolvimento inicial.

Uma vez presente, o TOD mostra estabilidade moderada a alta ao longo do tempo. Problemas comportamentais observados na pré-

escola são fortes preditores de psicopatologia posterior. Em uma amostra clínica de meninos avaliados anualmente entre as idades de 7 e 17 anos, embora tenha sido observada uma estabilidade moderada de TOD ano a ano, também foram observadas flutuações entre TOD, Transtorno de Conduta e nenhum dos transtornos. Dado um diagnóstico de TOD em um ano, os critérios para TOD foram preenchidos novamente no ano seguinte em 36% das vezes; os critérios para Transtorno de Conduta foram atendidos com menos frequência (27% das vezes) e os critérios para nenhum dos transtornos foram atendidos em 37% das vezes.

TOD é um fator de risco significativo para Transtorno de Conduta, mas apenas uma parte das crianças com TOD desenvolve Transtorno de Conduta.

Lutas físicas persistentes, entre meninos com TOD, são um forte marcador de risco para progressão para Transtorno de Conduta, e certos fatores ambientais, como menor poder econômico ou maior hostilidade dos pais ajudam a distinguir crianças com TOD e Transtorno de Conduta de crianças apenas com TOD. No entanto, os dois distúrbios geralmente compartilham mais semelhanças ambientais do que diferenças em termos de fatores de risco, e mais pesquisas são necessárias para melhorar a previsão de crianças com TOD que progredirão para o Transtorno de Conduta.

Descobriu-se que o TOD difere do Transtorno de Conduta em termos de comorbidade com outros transtornos. Evidências

crescentes sugerem que, em vez de simplesmente uma forma benigna e mais branda de Transtorno de Conduta, o TOD pode desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento não apenas do comportamento antissocial posterior, mas também dos transtornos internalizantes.

Em uma amostra clínica de meninos avaliados anualmente entre as idades de 7 a 17 anos, os sintomas de TOD previram aumentos ano a ano nos sintomas de depressão, ansiedade e Transtorno de Conduta. Apenas os sintomas de TDAH foram preditivos de sintomas de TOD.

A oposicionalidade previu depressão em uma amostra comunitária de meninos e meninas, enquanto a delinquência não foi preditiva de depressão após contabilizar eventos negativos da vida. Na Replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidade (National Comorbidity Survey Replication, EUA), uma amostra nacionalmente representativa de adultos usando recordação retrospectiva, descobriu-se que o TOD precedeu os transtornos de humor, ansiedade e externalização, mas não o TDAH.

Dimensões entre sintomas de TOD podem ajudar a esclarecer essas ligações com transtornos internalizantes. Entre os sintomas de TOD avaliados em uma amostra clínica de meninos, aqueles que refletem o afeto negativo previram aumentos na depressão, mas não nos sintomas do Transtorno de Conduta. Em contraste, os sintomas que refletem o comportamento de oposição não

preveem os sintomas de depressão, mas sim os sintomas do Transtorno de Conduta.

Essas descobertas estão em consonância com as medidas baseadas no temperamento de Hagekull (1994) de afeto negativo como preditivas de transtorno de internalização. Mais pesquisas são necessárias para determinar quais conjuntos de itens medem melhor o afeto negativo versus oposicionalidade dentro do TOD, e se sintomas adicionais podem melhorar tanto a medição do afeto negativo quanto a previsão de depressão e outros transtornos internalizantes.

Transtorno de Conduta

Verificou-se que as taxas de prevalência de Transtorno de Conduta em amostras comunitárias variam de 1,8% a 16,0% para meninos e 0,8% a 9,2% para meninas. Em contraste com o TOD, as diferenças de gênero parecem permanecer consistentes ao longo do desenvolvimento.

O Transtorno de Conduta é estabelecido como parte de uma progressão diagnóstica na gravidade do comportamento antissocial de TOD para Transtorno de Conduta e depois para transtorno de personalidade antissocial (APD, do inglês Antisocial Personality Disorder). Se os critérios para Transtorno de Conduta forem atendidos, um diagnóstico de TOD também não pode ser atribuído. Devido à sobreposição conceitual e diagnóstica, ocorreu uma discussão considerável sobre se TOD e Transtorno de Conduta devem ser mantidos como condições separadas ou não.

No entanto, as evidências sobre o desenvolvimento da psicopatologia ao longo do tempo mostram que a maioria das crianças com TOD não desenvolve Transtorno de Conduta.

Além disso, apesar do fato de que, em amostras clínicas, proporções muito altas de crianças com Transtorno de Conduta também atendem aos critérios para TOD, amostras populacionais revelam grandes proporções de crianças com Transtorno de Conduta que não atendem aos critérios para TOD.

Estudos analíticos de fatores mostraram repetidamente que os sintomas de TOD e Transtorno de Conduta são carregados em fatores separados.

Os sintomas de TOD também diferem dos sintomas de Transtorno de Conduta de maneiras importantes em sua influência recíproca com os comportamentos dos pais e em termos de sua associação com psicopatologia comórbida de maneiras que indicam que permitir que ambos os diagnósticos de TOD e Transtorno de Conduta sejam atribuídos transmitiria informações clínicas importantes. Além disso, é provável que a pesquisa sobre distinções entre TOD e Transtorno de Conduta tenha sido impedida pela proibição de atribuir ambos os diagnósticos.

Desenvolvimento. O DSM-V indica que a DC tem início aos 5 ou 6 anos de idade, ocorrendo raramente após os 16 anos, com subtipos de início na infância (antes dos 10 anos) ou início na adolescência.

Evidências sugerem que o início na infância está particularmente associado a um curso de DC que é mais persistente e grave do que o início na adolescência. ODD é um dos preditores mais

fortes do início da DC e do curso dos sintomas da DC ao longo do tempo. Foi demonstrado que o início da infância é predito pelo comportamento antissocial dos pais, supervisão deficiente e baixa escolaridade para meninos e meninas.

Baixo nível socioeconômico (SES, do inglês SocioEconomic Status) e abuso de substâncias pelos pais também preveem o início, embora McCabe e colegas (2004) tenham encontrado diferenças de gênero para SES e saúde mental familiar e início do Transtorno de Conduta na infância: meninas, em comparação com meninos, com Transtorno de Conduta no início da infância tinham menor SES e problemas de saúde mental familiar superior. Práticas parentais, especialmente punição física severa e supervisão inadequada, têm sido associadas ao Transtorno de Conduta, embora a direção da influência entre os pais e o Transtorno de Conduta não seja totalmente clara.

Vários estudos genéticos descobriram que fatores genéticos e fatores ambientais únicos explicam proporções aproximadamente equivalentes de variância em Transtorno de Conduta ou comportamento antissocial em geral, enquanto fatores ambientais compartilhados explicam proporções menores, mas ainda significativas, da variância.

A estabilidade do transtorno de conduta é moderada a alta. As taxas de persistência ao longo de vários anos após o diagnóstico foram estimadas entre 44% e 88%. A estabilidade onda a onda para transtorno de conduta desde a infância até a adolescência

em uma amostra clínica de meninos foi de 56%. O curso dos sintomas do transtorno de conduta é influenciado por uma ampla gama de fatores nos domínios biológico, funcional da criança e psicossocial.

O transtorno de conduta entre meninos de 7 a 12 anos é um forte preditor de transtorno de personalidade antissocial, especialmente entre meninos de famílias de origem com baixo nível socioeconômico. Por outro lado, a maioria das crianças com transtorno de conduta não progredirá para Transtorno de Personalidade Antissocial. Sintomas de Transtorno de Conduta também são preditivos de psicopatia na idade adulta, especialmente as características comportamentais mais antissociais.

Outros desfechos negativos para aquelas com problemas de conduta na adolescência, sérios problemas de adaptação foram observados, independentemente de preencherem ou não os critérios para Transtorno de Personalidade Antissocial, incluindo desfechos de uso de substâncias, abandono escolar e gravidez indesejada entre ambas as mulheres e homens. Condenações e aumento de lesões, doenças e mortalidade também foram maiores para aqueles com problemas de conduta na infância ou adolescência .

Prevenção e tratamento de TOD e Transtorno de Conduta. As intervenções para TDO e Transtorno de Conduta geralmente não são específicas para nenhum dos transtornos, mas geralmente para problemas de conduta ou comportamento antissocial em crianças e adolescentes. Uma série de revisões fornecem uma

visão abrangente da literatura atual sobre tais intervenções. As estratégias de tratamento mais eficazes empregam estratégias cognitivo-comportamentais e atingem vários níveis, mais comumente a criança e os pais, mas às vezes incluindo família, colegas e escola.

O treinamento de gerenciamento dos pais (PMT, do inglês Parent Management Training) é um componente comum para tratamentos desde a infância até os adolescentes e não é específico para TOD.

Os tratamentos que se concentram mais no desenvolvimento inicial de problemas comportamentais e aqueles mais associados ao TOD incluem o treinamento de interação pais-filhos, que usa observações diretas das interações pais-filhos, com feedback oculto fornecido diretamente aos pais. O programa de tratamento Anos Incríveis de Webster-Stratton (1996b) está bem estabelecido como uma intervenção eficaz. Destina-se a crianças com problemas comportamentais usando estratégias PMT. O programa PATHS de Greenberg (Greenberg et al., 1995) também se destina à primeira infância, mas é uma estratégia de prevenção universal projetada para ambientes de escola primária.

PATHS Program LLC oferece programas de aprendizado social e emocional (SEL, do inglês Social and Emotional Learning) para todas as idades. Os programas apoiam a saúde mental e o bem-estar de alunos e educadores e ajudam a cultivar um ambiente de aprendizado mais seguro e positivo, onde todos podem prosperar.

Outro programa concebido para a infância, mas voltado para crianças que chamam a atenção da polícia ou apresentam altos

níveis de comportamentos mais típicos da DC, é o Programa SNAP (Augimeri et al., 2007). O programa usa estratégias cognitivo-comportamentais entregues em formato de grupo para pais e filhos e desenvolveu modelos de tratamento separados para meninos e meninas.

SNAP®, que significa Stop Now And Plan (Pare Agora e Planeje), é um modelo cognitivo-comportamental baseado em evidências que ensina crianças que lutam com problemas comportamentais e seus pais, como gerenciar suas emoções e comportamento, fazendo com que parem, pensem e planejem alternativas positivas antes de agir impulsivamente.

Dado que os sintomas de TOD também estão frequentemente presentes em crianças com Transtorno de Conduta, pode ser necessário garantir que as crianças com Transtorno de Conduta sejam adequadamente avaliadas quanto à presença de sintomas de afeto negativo, tratamentos de Transtorno de Conduta incluindo componentes mais específicos para lidar com essas dificuldades e deficiências associadas.

Além disso, dada a evidência emergente de que os sintomas de afeto negativo no TOD podem desempenhar um papel significativo no desenvolvimento da psicopatologia infantil internalizante, uma estratégia de maior foco nesses sintomas no tratamento do TOD pode fornecer intervenção precoce contra o desenvolvimento de transtornos depressivos e outros. internalizando a psicopatologia, bem como inibindo a progressão do comportamento disruptivo. A estratégia de intervenção de enfrentamento da raiva de Lochman (Lochman e Lenhart, 1993) inclui elementos que visam características afetivas do

comportamento disruptivo. Essas estratégias podem precisar ser expandidas e receber um papel mais proeminente nas intervenções para TOD.

Características psicopáticas

Estudos começaram a identificar características em crianças e adolescentes que são congruentes com a psicopatia adulta, na tentativa de identificar um grupo mais homogêneo de jovens com transtornos de conduta que correm maior risco de desenvolver formas graves e persistentes de comportamento antissocial.

Embora a psicopatia adulta seja um construto complexo, as extensões descendentes para os juvenis têm focado nas características interpessoais e afetivas do transtorno, porque as evidências sugerem que essas características podem não ser adequadamente capturadas pelos sintomas de Transtorno de Conduta, TOD ou TDAH, conforme definido no DSM- V.

Os métodos atualmente usados para avaliar características psicopáticas em crianças tendem a diferir ao longo do desenvolvimento, com as escalas de relato de pais e professores sendo usadas com mais frequência com crianças, enquanto os estudos com adolescentes se baseiam principalmente no autorrelato.

Segundo Dan Waschbusch (professor de psicologia no Center for Children and Families do departamento de psicologia da Florida International University, EUA) e Laurence Steinberg (professor de psicologia da Temple University, EUA), crianças de todas as idades são conhecidas por "agir", fazendo birras ou ficando de mau humor para conseguir o que querem. Mas



quando um pai deve ficar preocupado que essas ações signifiquem algo mais sinistro?

Crianças de todas as idades são conhecidas por "agir", fazendo birras ou ficando de mau humor para conseguir o que querem. Mas quando um pai deve ficar preocupado que essas ações signifiquem algo mais sinistro? E como você se sentiria se seu filho fosse diagnosticado como psicopata?

Estudos conduzidos por psicólogos nas mentes de crianças "insensíveis e sem emoção" descobriram uma falta de remorso ou empatia, com algumas consideradas em risco de se tornarem adultos psicopatas. Os métodos de avaliação incluem o uso de exames psicológicos, como a Escala de Psicologia Infantil e o Inventário de Traços Insensíveis e Não Emocionais. A questão é examinada em um artigo recente da New York Times Magazine, com psicólogos incapazes de chegar a um acordo sobre um método padrão de teste, ou se as crianças devem ser rotuladas como psicopatas. É possível diagnosticar com precisão crianças pequenas como psicopatas quando ainda estão se desenvolvendo? Como pai, se você recebesse esse diagnóstico para seu filho, você contaria a ele e tentaria trabalhar com a criança para mudar o comportamento? Poderia haver uma profecia auto-realizável se as crianças fossem rotuladas como psicopatas em tenra idade e depois "atuassem" esse rótulo como adultos?

Um crescente corpo de evidências sugere que as dimensões afetivas e interpessoais da psicopatia estão associadas a formas emergentes e persistentes de comportamento antissocial. Estudos de desenvolvimento mostraram que as formas iniciais de engano, manipulação, empatia e culpa podem ser medidas com segurança em crianças a partir dos três anos, e altos níveis dessas características tendem a ocorrer concomitantemente com problemas de conduta precoces. Durante os anos do ensino fundamental, evidências longitudinais mostram que as características afetivas da psicopatia estão associadas a níveis mais altos de problemas de conduta e comportamento antissocial em crianças, mesmo após o controle da gravidade inicial do problema de conduta. Estudos com adolescentes indicam que as características interpessoais e afetivas da psicopatia predizem

formas persistentes de delinquência, reincidência futura e sintomas de transtorno de personalidade antissocial na idade adulta jovem. No entanto, relativamente poucos estudos longitudinais examinaram se as características psicopáticas fornecem informações únicas sobre o curso de desenvolvimento do comportamento antissocial acima e além dos critérios atuais do DSM-V para TOD/Transtorno de Conduta.

Desenvolvimento. Vários estudos começaram a validar a afirmação comum de que as características psicopáticas são relativamente estáveis desde a infância até a adolescência. A pesquisa do desenvolvimento sugere que as formas iniciais de empatia e culpa são relativamente estáveis dos 3 aos 4 anos em crianças normais ($r = 0,70$) e podem ser diferenciadas de indicadores de problemas de conduta precoces (Aksan e Kochanska, 2005). Outras investigações relataram altas estimativas médias de estabilidade para as dimensões interpessoal e afetiva da psicopatia em períodos de três e quatro anos, desde o final da infância até o início da adolescência (dentro das correlações intraclasse do informante ICCs = 0,63–0,92). Usando uma amostra longitudinal de meninos, Obradovic e colegas (Obradovic et al., 2007) descobriram que o relato dos pais sobre as características interpessoais e afetivas da psicopatia era moderadamente estável dos 8 aos 16 anos ($r = 0,50$), embora a estabilidade de o relatório do professor para esses recursos nesse período foi mais modesto ($r = 0,27$).

Apesar desses resultados promissores, evidências longitudinais sugerem que as características psicopáticas na adolescência

parecem estar mais fortemente relacionadas à dimensão impulsiva e antissocial da psicopatia na idade adulta quando comparadas à dimensão interpessoal e afetiva do transtorno.

Como resultado, a continuidade das dimensões interpessoais e afetivas da psicopatia desde a adolescência até a idade adulta jovem permanece incerta.

Muitos investigadores especularam que a estabilidade das características psicopáticas é impulsionada principalmente por fatores neurobiológicos.

Essa conceituação é consistente com estudos de gêmeos que mostram que as características iniciais da psicopatia são substancialmente hereditárias.

Embora os modelos neurobiológicos relacionados ao desenvolvimento de características psicopáticas variem, a maioria enfatiza a disfunção nas regiões paralímbicas do cérebro envolvidas no condicionamento aversivo, aprendizagem de evitação passiva, processamento de estímulos com valência negativa e/ou processamento semântico de palavras. Atualmente, muitas das evidências publicadas que apóiam esses modelos neurobiológicos em jovens vêm de medidas de desempenho comportamental, e não de avaliações mais diretas do funcionamento do cérebro. Como resultado, ainda são necessários estudos que identifiquem os déficits neurais que estão exclusivamente relacionados ao desenvolvimento de

características psicopáticas na juventude usando métodos de neuroimagem contemporâneos.

Embora os fatores neurobiológicos tenham sido cada vez mais enfatizados como uma força motriz por trás do desenvolvimento de características psicopáticas, evidências longitudinais indicam que os fatores sociais também podem ser importantes. Por exemplo, estudos longitudinais descobriram que práticas parentais negativas, como monitoramento inadequado dos pais, disciplina inconsistente e punição física, estão associadas a aumentos nas características afetivas e interpessoais da psicopatia em crianças ao longo do tempo. Da mesma forma, a má comunicação entre pais e filhos no início da adolescência (idade média = 13,9) foi associada a níveis cronicamente elevados de características psicopáticas em um acompanhamento de quatro anos.

Evidências emergentes também indicam que práticas parentais específicas podem ajudar a proteger crianças com temperamentos de risco, como destemor, de desenvolver as características afetivas da psicopatia. Por exemplo, crianças com baixo medo parecem ser relativamente indiferentes à influência socializadora da punição, o que pode deixá-las em risco de desenvolver um estilo interpessoal insensível. No entanto, as práticas parentais que enfatizam um relacionamento pai-filho caloroso e estimulante parecem proteger as crianças com pouco medo de desenvolver as características afetivas da psicopatia ao longo do tempo. Tomados em conjunto, esses achados sugerem que a interação entre fatores sociais e neurobiológicos pode ser

importante para entender o surgimento precoce de características psicopáticas, bem como as mudanças nessas características ao longo do tempo.

Prevenção e tratamento. Dadas as descobertas que sugerem que as características psicopáticas são relativamente estáveis e parecem prever formas persistentes e graves de comportamento antissocial, alguns se perguntam se os esforços de tratamento tradicionais seriam bem-sucedidos com jovens que exibem essas características. Embora uma revisão recente da literatura tenha sugerido que as características psicopáticas em adolescentes julgados estão moderadamente associadas a comportamentos agressivos durante o tratamento, muitos dos estudos revisados não eram de natureza prospectiva e/ou envolviam tratamentos de qualidade questionável. Investigações mais recentes produziram resultados mais promissores em relação à capacidade de resposta ao tratamento de jovens com características psicopáticas. Por exemplo, uma investigação descobriu que as características psicopáticas pré-tratamento em adolescentes julgados não influenciaram a mudança comportamental ao longo de um programa intensivo de tratamento hospitalar e não foram preditivas de reincidência violenta após a alta do programa. Em linhas semelhantes, Hawes e Dadds (2007) descobriram que um tratamento cognitivo-comportamental para crianças com TOD resultou em mudanças positivas nas características insensíveis e não emocionais relatadas pelos pais desde o pré-tratamento até o acompanhamento de 6 meses ($d = 0,57$) e a magnitude desse efeito foi proporcional àquela encontrada para o comportamento

antissocial ($d = 0,62$). Outra investigação recente descobriu que uma intervenção cognitivo-comportamental multifacetada para crianças de 6 a 11 anos com TOD ou DC produziu reduções significativas nas características emocionais e narcísicas insensíveis relatadas pelo professor do pré ao pós-tratamento ($ds = 0,44$ e $0,44$). 47, respectivamente), e esses ganhos de tratamento foram mantidos ao longo de um período de acompanhamento de 3 anos.

Em conjunto, isso sugere que as características psicopáticas em crianças podem ser reduzidas por meio de intervenções intensivas e bem planejadas, e que as características psicopáticas em adolescentes podem não moderar a eficácia do tratamento

Implicações

Conforme mencionado na introdução, este capítulo apresentou perspectivas sobre TOD, DC e características psicopáticas, em vez de uma revisão completa da literatura empírica. Rolf Loeber, Jeffrey Burke e Dustin A. Pardini (2009) argumentam que TOD, CD e características psicopáticas possuem informações únicas que são relevantes para modelos de desenvolvimento de comportamento disruptivo e para a formulação do DSM-V. Resta esclarecer até que ponto o temperamento ou outros fatores subjacentes impulsionam todos os três aspectos do comportamento disruptivo, e também não está claro quais preditores psicossociais de TDO e DC também se aplicam a

características psicopáticas. Esta informação é crucial para estruturas explicativas das três condições, mas também pode alimentar melhorias na avaliação, prevenção e tratamento de cada uma. Os achados que afetam negativamente os sintomas de TDO também são relevantes para o desenvolvimento de problemas de internalização reforçam ainda mais a noção de que achados longitudinais constituem uma justificativa para melhorias futuras nas intervenções.

Pontos chave

- Transtorno desafiador opositivo (TOD), Transtorno de Conduta e características psicopáticas precoces são distintos conjunto de comportamentos.
- O conhecimento das características psicopáticas na infância ou adolescência tem informações únicas além conhecimento de TOD ou Transtorno de Conduta.
- TOD, Transtorno de Conduta e características psicopáticas precoces são estáveis, mas também mostram mudanças ao longo do tempo.
- As intervenções de tratamento são conhecidas por reduzir TOD e Transtorno de Conduta, mas menos estudos de intervenção estão disponíveis que se concentrou na redução de características psicopáticas.



Capítulo 3

Sinais de psicopatia em crianças

Segundo Amy Morin (2021), psicoterapeuta, autora best-seller internacional de livros sobre saúde mental, é provável que muitos pais ou professores às vezes tenham questionado - mesmo que por uma fração de segundo - se a falta de remorso ou empatia de uma criança pode ser um sinal de uma problema muito maior. Mas nenhum pai quer imaginar que seu filho ou aluno tenha psicopatia.

Felizmente, a maioria das crianças não tem psicopatia - mesmo que possam ser indiferentes ou francamente más em um momento ou outro.

Crianças com psicopatia são cruéis e sem emoção na maior parte do tempo.

Também é importante observar que as crianças não são psicopatas ou não. A psicopatia é um *continuum* e alguns elementos serão encontrados em algum grau na maioria das crianças.

Visão geral

Embora o termo psicopata não seja um diagnóstico oficial de saúde mental, ele é usado para descrever um conjunto de características e comportamentos que indicam que um indivíduo é insensível, indiferente e enganoso. Na terminologia psiquiátrica atual, o padrão é geralmente conhecido como Transtorno da Personalidade Antissocial.

Em 2013, a Associação Psiquiátrica Americana incluiu a condição de “transtorno de conduta com traços insensíveis e sem emoção” para crianças de 12 anos ou mais em seu manual de diagnóstico, DSM-5. É uma condição séria que reflete déficits interpessoais. Também pode estar ligada a comportamentos nocivos.

Pessoas com psicopatia são muitas vezes incompreendidas, no entanto. Eles são frequentemente retratados como assassinos em massa nos filmes. A verdade é que a maioria das pessoas com psicopatia não se torna serial killer. Na verdade, algumas pessoas com psicopatia se tornam empresários e líderes empresariais de sucesso.

Um estudo estimou que cerca de 3% dos líderes empresariais podem realmente ter psicopatia.

Prevalência

Os pesquisadores estimam que cerca de 1% da população adulta pode atender aos critérios de psicopatia. A psicopatia é mais comum entre os homens do que entre as mulheres, mas não é estritamente um distúrbio masculino.

Como os profissionais de saúde mental não usam o rótulo de psicopata, os números exatos não são conhecidos. No entanto, muitos dos diagnósticos usados no tratamento de saúde mental se sobrepõem à psicopatia.

Crianças que são insensíveis e sem emoção são frequentemente diagnosticadas com transtorno desafiador opositivo em uma idade jovem. Então, durante a adolescência, eles podem ser diagnosticados com transtorno de conduta, que envolve um padrão persistente de violação dos direitos dos outros e desrespeito às regras sociais básicas.

Quando adultos, as pessoas com psicopatia podem ser diagnosticadas com um transtorno de personalidade antissocial. E embora as condições se sobreponham, elas não são sinônimas. O transtorno de personalidade antissocial é um diagnóstico baseado na personalidade. A psicopatia é mais uma condição baseada no comportamento.

Sinais de aviso

Um estudo de 2016 conduzido por pesquisadores da Universidade de Michigan (EUA) sugere que os primeiros sinais de psicopatia podem ser vistos em crianças a partir dos 2 anos de idade.

Mesmo nessa idade, eles mostram diferenças em empatia e consciência.

O estudo pediu ao cuidador principal, ao outro pai e a um professor/cuidador de crianças que classificassem o comportamento insensível e sem emoção (CU, do inglês Callous-Unemotional) entre as idades de 2 e 4 anos nos seguintes itens:

1. Seu filho ou aluno não parece culpado depois de se comportar mal.
2. A punição não muda o comportamento de seu filho ou aluno.
3. Seu filho ou aluno é egoísta/não compartilha.
4. Seu filho ou aluno mente.
5. Seu filho ou aluno é sorrateiro e tenta passar por você.

Os pesquisadores acompanharam essas crianças novamente quando elas tinham 9 anos. Eles descobriram que as crianças que exibiam mais problemas de conduta quando bebês ou pré-escolares eram mais propensas a exibir problemas de comportamento associados à psicopatia mais tarde na infância.⁴ Uma criança com psicopatia exibe traços semelhantes aos adultos que têm psicopatia. Por exemplo, eles podem se envolver em ferir animais ou tentar matar animais por esporte e diversão. Pré-adolescentes, adolescentes e crianças mais velhas às vezes se envolvem em ferir e matar animais para gratificação sexual. Isso geralmente ocorre na psicopatia/transtorno de conduta e no transtorno de personalidade antissocial.

Os sinais indicadores de psicopatia envolvem um desrespeito pelos sentimentos dos outros e uma completa falta de remorso.

Diagnóstico

Não existe um único teste que indique que uma criança pode ter psicopatia, mas os psicólogos têm várias avaliações disponíveis para ajudá-los a avaliar e medir os sintomas de uma criança.

Uma das avaliações mais comumente usadas é o Inventário de Traços Psicopáticos Juvenis (YPI, do inglês Youth Psychopathic Traits Inventory). É um instrumento de autorrelato, o que significa que os adolescentes fazem o teste e são solicitados a responder perguntas sobre si mesmos. Destina-se a medir traços de personalidade em vez de comportamento.

Quando o YPI foi testado em jovens encarcerados e institucionalizados, mostrou-se bastante confiável. O teste avalia os seguintes sintomas:

- Charme desonesto
- Grandiosidade
- Mentindo
- Manipulação
- Insensibilidade
- Falta de emoção
- Sem remorso
- Impulsividade
- Em busca de emoção
- Irresponsabilidade

Além disso, é provável que adolescentes com traços altamente insensíveis e sem emoção se juntem a colegas antissociais e delinquentes para cometer crimes em grupos.

É importante observar que as crianças com classificação alta em psicopatia provavelmente não serão pressionadas a infringir as leis. Em vez disso, é mais provável que sejam os líderes que influenciam os outros membros de seu grupo a se envolverem em comportamento antissocial.

Link para abuso de substâncias

Em adultos e adolescentes, a pesquisa descobriu que os indivíduos com classificação alta em traços psicopáticos são mais propensos a abusar de substâncias.

Os pesquisadores suspeitam que a relação seja recíproca, o que significa que indivíduos que tendem a ser impulsivos e irresponsáveis têm maior probabilidade de abusar de substâncias. E o abuso de substâncias tem maior probabilidade de levar a um aumento do comportamento impulsivo e irresponsável.

Adolescentes do sexo masculino com classificação alta em traços de psicopatia tendem a começar a usar substâncias mais cedo. Eles também são mais propensos a usar uma variedade maior de drogas e mais propensos a lutar com problemas de abuso de substâncias na idade adulta.

Estabilidade dos sintomas

Alguns pesquisadores sugerem que os traços de psicopatia permanecem estáveis ao longo da vida, o que significa que uma criança que exibe sinais de psicopatia provavelmente crescerá para exibir esses mesmos traços.

Outros pesquisadores sugerem que os escores de psicopatia tendem a aumentar durante a adolescência. A busca de sensações e a impulsividade são mais altas durante esse estágio da vida e podem ser uma questão de desenvolvimento, não necessariamente patológica.

Estudos indicam que crianças que tendem a ser insensíveis e insensíveis têm maior probabilidade de se tornarem agressivas mais tarde na vida. Eles também são mais propensos a cometer crimes.

Sem tratamento, é improvável que a psicopatia progrida com o tempo.

Causas

Há muitos debates sobre se os psicopatas nascem ou são feitos. Mas os pesquisadores suspeitam que não seja um problema tão claro. Em vez disso, a psicopatia resulta de uma relação complexa entre genética, dinâmica familiar e experiências de vida.³

A exposição precoce a um ambiente disfuncional é provavelmente um fator no desenvolvimento de traços psicopáticos.

Crianças que foram abusadas fisicamente, negligenciadas e separadas de seus pais têm maior probabilidade de desenvolver psicopatia.

A má ligação com um dos pais também é considerada um fator. Um pai com problemas de saúde mental ou problemas de abuso de substâncias, ou com pouco contato com um bebê, por exemplo, pode nunca se relacionar com uma criança. As crianças que têm cuidadores inconsistentes também podem não conseguir se apegar com sucesso a um adulto.

Estudos mostram que adolescentes do sexo masculino com psicopatia têm maior probabilidade de terem sido vitimados em uma idade jovem. As adolescentes com psicopatia, por outro lado, são mais propensas a vir de um histórico disfuncional, como mudanças frequentes em lares adotivos.

Alguns estudos sugerem que crianças com traços insensíveis e sem emoção podem ser programados de maneira um pouco diferente. Seus cérebros reagem de maneira diferente ao medo, tristeza e estímulos negativos. Eles também têm dificuldade em reconhecer as emoções de outras pessoas.

A vitimização entre pares também pode desempenhar um papel. As crianças que são vitimizadas (p.ex. bullying) por seus colegas têm maior probabilidade de se tornar insensíveis e sem emoção em idades mais avançadas.

Tratamentos

Por muitos anos, pensou-se que as pessoas com psicopatia eram intratáveis. Mas estudos mais recentes sugerem que os sintomas podem melhorar com tratamentos intensivos, adaptados aos estilos emocionais, cognitivos e motivacionais únicos encontrados em crianças com classificação alta em psicopatia.

As crianças que apresentam traços de psicopatia requerem tratamento especializado. Eles não respondem bem aos métodos usuais de disciplina, pois parecem não se incomodar com as consequências e não se importam se os outros ficam desapontados com suas escolhas.

Alguns programas de tratamento residencial oferecem intervenções baseadas em recompensas, o que significa que as crianças devem ganhar todos os privilégios com base no bom comportamento. Estudos mostram que esses tipos de intervenções podem ter um impacto positivo no comportamento das crianças.

As crianças podem se beneficiar do aprendizado de comportamento pró-social, empatia, habilidades de resolução de problemas e reconhecimento de emoções. O tratamento geralmente se concentra em melhorar a capacidade da criança de lidar com a raiva e a frustração.

Se você está vendo sinais que o levam a questionar se seu aluno ou filho pode ter psicopatia, é importante procurar ajuda profissional. Um pediatra ou profissional de saúde mental pode

ajudar na avaliação, diagnóstico e tratamento de seu aluno ou filho.

Embora não exista um medicamento específico que trate os sintomas da psicopatia, a medicação pode fazer parte do plano de tratamento. Verificou-se que medicamentos antipsicóticos, como a risperidona, diminuem a agressividade em crianças com transtorno de conduta. Estabilizadores de humor e outros medicamentos também podem ser administrados para ajudar a criança a melhorar a desregulação emocional.

Como obter ajuda

Se seu aluno ou filho às vezes parece não ter empatia pelos outros ou mente de vez em quando, provavelmente não tem psicopatia. Em vez disso, eles provavelmente são apenas uma criança normal que está aprendendo novas habilidades e desenvolvendo uma melhor compreensão do mundo.

Se, no entanto, sua insensibilidade e falta de remorso parecem estar piorando, ou não é apenas um incidente isolado, converse com seu pediatra. Seu médico pode querer encaminhar seu aluno ou filho para uma avaliação mais abrangente para determinar se há outros problemas de saúde mental, problemas de personalidade ou distúrbios de comportamento em jogo.



Epílogo

A raiva pode ser causada por uma ampla variedade de gatilhos e, embora tenha consequências negativas para a saúde e o bem-estar, também é crucial para motivar a ação e a abordagem, em vez de evitar um confronto. Embora a raiva seja considerada uma resposta de sobrevivência inerente a todas as criaturas vivas, os humanos são dotados da flexibilidade mental que lhes permite controlar e regular sua raiva e adaptá-la às normas socialmente aceitas. De fato, uma profunda natureza interpessoal é aparente na maioria dos eventos que evocam raiva entre os humanos. Uma vez que a raiva consiste em componentes fisiológicos, cognitivos, subjetivos e comportamentais, é uma construção multidimensional contextualizada que apresenta dificuldades teóricas e operacionais em defini-la como um único fenômeno psicobiológico. Embora a maioria dos estudos de neuroimagem tenha negligenciado a multidimensionalidade da raiva e, assim, resultou em ativações cerebrais dispersas por todo o cérebro, parece haver vários circuitos neurais recorrentes que servem à experiência subjetiva da raiva humana. No entanto, para capturar a grande variedade de formas e modas nas quais a raiva é experimentada, expressa e regulada e, assim, melhor retratar os substratos neurais subjacentes relacionados, as investigações neurocomportamentais da raiva humana devem ter como objetivo

incorporar interações sociais realistas dentro de sua raiva.
paradigmas de indução.



Bibliografia consultada

A

AKSAN, N.; KOCHANASKA, G. Conscience in childhood: old questions, new answers. **Developmental Psychology**, v. 41, p. 506-516, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Understanding mental disorders: your guide to DSM-5**. American Psychiatric Publishing. 2015.

AUGIMERI, L. K.; FARRINGTON, D. P.; KOEGL, C. J.; DAY, D. M. The SNAP under 12 outreach project: effects of a community based program for children with conduct problems. **Journal of Child and Family Studies**, v. 16, p. 799-807, 2007.

B

BOYLAN, K.; VAILLANCOURT, T.; BOYLE, M.; SZATMARI, P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. **European Journal of Child Adolescent Psychiatry**, v. 16, p. 484–494, 2007.

C

COHEN P.; COHEN, J.; BROOK J. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – II: persistence of disorders. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 869-877, 1993.

G

GHOSH, A.; RAY, A.; BASU, A. Oppositional defiant disorder: current insight. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 10, p. 353-367, 2017.

GREENE, R. W.; DOYLE, A. E. Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: Implications for

treatment and assessment. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 2, p. 129-148, 2000.

GREENE, R. W.; ABLONG, J. S.; GORING, J. C. A transactional model of oppositional behavior: underpinnings of the collaborative problem solving approach. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 55, p. 67-75, 2003.

GREENBERG, M. T.; KUSCHE, C. A.; COOK, E. T.; QUAMMA, J. P. Promoting emotional competence in school aged children: the effects of the PATHS curriculum. **Development and Psychopathology**, v. 7, p. 117-136, 1995.

H

HAGEKULL, B. Infant temperament and early childhood functioning: Possible relations to the five factor model. In: **The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood**. C.F. Halverson, G. A; Kohnstamm; R. P. Martin. Eds.. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1994. pp. 227-240.

HAWES, D. J.; DADDS, M. R. Stability and malleability of callous-unemotional traits during treatment for childhood conduct

problems. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 36, p. 347-355, 2007.

J

JUNIEN, C. A epigenética em respostas transgeracionais aos impactos ambientais: factos e lacunas. Disponível em: < https://ebook.ecog-obesity.eu/pt/biologia/a-epigenetica-em-respostas-transgeracionais-aos-impactos-ambientais-factos-e-lacunas/?gclid=CjwKCAjwyeujBhA5EiwA5WD7_b2vBxYLYLk1ySe6mH270kIO6pS9A9EPpULJ8NDnMawtV8JcYjmqxoC3N0QAvD_BwE > Acesso em: 03 jun. 2023.

K

KEENAN, K.; SHAW, D. S. Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behavior in the first years of life. In: **The causes of conduct disorder and serious delinquency**. B.B. Lahey, T. E.; Moffitt; A. Caspi. Eds. New York: Guilford. 2003. pp. 153–181.

L

LOCHMAN, J. E.; LENHART, L. A. Anger coping intervention for aggressive children – conceptual models and outcome effects. **Clinical Psychology Review**, v. 13, p. 785-805, 1993.

LOEBER, R.; BURKE, J.; PARDINI, D. A. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 1-2, p 133-142, 2009.

M

MCCABE, K. M.; RODGERS, C.; YEH, M.; HOUGH, R. Gender differences in childhood onset conduct disorder. **Development and Psychopathology**, v. 16, p. 179-192, 2004.

MORIN, A. 2021. Signs of psychopathy in kids. Disponível em: < <https://www.verywellfamily.com/is-my-child-a-psychopath-4175470> > Acesso em: 05 jun. 2023.

O

OBRADOVIC', J.; PARDINI, D.; LONG, J.; LOEBER, R. Measuring interpersonal callousness in boys from childhood to adolescence. An examination of longitudinal invariance and temporal stability. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry**, v. 36, p. 276-292, 2007.

P

PSYCHOLOGY TODAY. Oppositional Defiant Disorder. Disponível em: <
[https://www.psychologytoday.com/intl/conditions/oppositional-defiant-disorder#:~:text=Oppositional%20defiant%20disorder%20\(ODD\)%20is,in%20hostility%20toward%20authority%20figures.](https://www.psychologytoday.com/intl/conditions/oppositional-defiant-disorder#:~:text=Oppositional%20defiant%20disorder%20(ODD)%20is,in%20hostility%20toward%20authority%20figures.) > Acesso em: 03 jun. 2023.

W

WASCHBUSCH, D.; STEINBERG, L. Should a child be labeled a psychopath? Disponível em: <
<https://www.kpcc.org/show/airtalk/2012-05-15/should-a-child-be-labeled-a-psychopath> > Acesso em 05 jun. 2023.

WEBSTER-STRATTON, C. Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 64, p. 540-551, 1996a.

WEBSTER-STRATTON, C. Early intervention with videotape modeling: programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. In: **Psychosocial treatment research of child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice**. E. D. Hibbs; P. Jensen. Eds. Washington, DC: American Psychological Association. 1996b. pp.435-474.



