



## **INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO: ESTUDO DE CASO NUMA INTERVENÇÃO CLÍNICO-ESCOLAR**

**Luis MAIA**

**Carina CORREIA<sup>(\*)</sup>**

*Grupo de Estudos em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade da Beira Interior, Portugal*

### **RESUMO**

Neste artigo apresentamos de forma estruturada o caso de uma criança com Perturbação do Comportamento, e respectivo acompanhamento clínico-escolar. É dado relevo à necessidade de coordenação entre o acompanhamento psicoterapêutico, a intervenção junto à comunidade escolar e aos familiares. Para além do interesse clínico, este artigo tem também um fim académico-pedagógico. Por um lado, permite partilhar dados clínicos com profissionais da área clínica e educacional, por outro, apoiar os alunos e futuros profissionais no processo de aprendizagem, nomeadamente, na aplicação de conteúdos teórico-científicos ao comportamento humano. Assim, começamos por descrever a problemática evidenciada pela criança, ressaltando os aspectos centrais para a compreensão do caso. Posteriormente, discutiremos acerca do processo de intervenção, à luz do modelo cognitivo-comportamental e realizamos uma referência ao período pós-intervenção, para avaliação em follow-up do processo de intervenção.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Perturbação do comportamento, comportamento disruptivo, intervenção cognitivo-comportamental.

### **INTRODUÇÃO**

A Perturbação do Comportamento é uma perturbação psiquiátrica que surge no término da infância e início da adolescência, e caracteriza-se basicamente por um padrão repetitivo de violação de normas sociais e direitos de outras pessoas (*American Psychiatric Association*, 2002), e afecta vários domínios do funcionamento pessoal (*e.g.* déficits académicos e cognitivos) (Tynan, 2005) e interpessoal (Steiner & Dunne, 1997). Habitualmente, o comportamento disruptivo evidenciado por estes pacientes não é interpretado como problemático pelos mesmos (Searight, Rottnek & Abby, 2001), pese embora as sequelas na família, escola e mesmo comunidade em geral. As variáveis frequência dos comportamentos, idade, sexo e cultura do

---

<sup>(\*)</sup> Toda a correspondência acerca deste artigo deve ser enviada para Luis Maia, Universidade da Beira Interior, Departamento de Psicologia e Educação, 6200 – Covilhã, Portugal. Endereço electrónico: [lmaia@ubi.pt](mailto:lmaia@ubi.pt)

paciente devem ser sempre tidos em conta no diagnóstico clínico (Bordin & Offord, 2000).

No que concerne à sua etiologia e, tendo em conta perspectivas actuais do comportamento humano, esta perturbação pode ser explicada com base na interacção de vários factores, desde os de cariz psicológico e social, até aos biológicos e hereditários (Cf. Lahey & Waldman, 2003).

Embora existam poucos estudos estandardizados a confirmar a eficácia das intervenções neste tipo de perturbação (Frick, 2001), na literatura são apresentadas diversas modalidades de intervenção. Neste sentido, «*research indicates that therapy (...) should involve a multi-modal continuum of interventions that is delivered with enough frequency and long enough to produce the desired treatment outcomes*» (Children's Mental Health Ontario, 2001, p.12).

Do ponto de vista dos intervenientes no processo, a família e a escola são consideradas elementos integrantes (Steiner & Dunne, 1997; Bordin & Offord, 2000; Children's Mental Health Ontario, 2001). Especificamente em relação à família, o estudo de Patterson, DeBaryshe & Ramsey (1989; Feldman & Kazdin, 1995) apontam uma prática parental inconsistente como principal propiciador da perturbação sendo que, quando a intervenção se centra nesta a probabilidade de ser eficaz é superior (Waddell, Wong, Hua & Godderis, 2004). A este nível, os aspectos que mais são trabalhados com os pais registam-se ao nível da comunicação, especificamente, a necessidade de promover uma comunicação clara e directa (van Manen, Prins & Emmelkamp, 2004), bem como o reforço ou punição dos comportamentos. Relativamente a estes, sobressaia-se a importância da administração de consequências exequíveis e de «*rewards should be concrete, specific and always provided promptly when the child meets the criteria*» (van Manen *et al.*, 2004, p.1584). Neste sentido, torna-se crucial trabalhar a dimensão regras, nomeadamente, a sua con-

sistência nos elementos que interagem com a criança (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Destaque-se ainda a relevância dos processos de monitorização das actividades, quer directa ou indirectamente. Este aspecto assume particular preponderância e acuidade na adolescência, uma vez que é nesta etapa que o grupo de pares assume uma importância particular (Henggeler & Borduin, 1990, *In van Manen et al.*, 2004).

Com a criança, a intervenção poderá passar por programas e treinos de resolução de problemas (Kazdin, 1997; Children's Mental Health Ontario, 2001) e aquisição de competências (Frick, 2001), e na escola, especificamente com os professores (Bordin & Offord, 2000) através de programas construídos e adaptados às necessidades da criança (Children's Mental Health Ontario, 2001).

Da panóplia de modalidades de intervenção utilizadas com crianças e adolescentes com este quadro clínico, a prevenção tem sido apontada em vários estudos estandardizados como a mais eficaz (Waddell *et al.*, 2004).

Do ponto de vista das limitações inerentes às intervenções cognitivo-comportamentais neste quadro destacam-se por um lado, a dificuldade em assegurar que as crianças e jovens generalizem as competências aprendidas para além do *setting* terapêutico (Kendall, Reber, McLeer, Epps, Ronan, 1990, *In Frick, 2001*), por outro, manter esses mesmos ganhos após o término da intervenção (Lochman, 1992, *In Frick, 2001*). Tynan (2005) vem ainda alertar para a problemática da resistência e oposição ao processo terapêutico, especificamente quando se trabalha com pacientes mais velhos, em que estas são maiores quando comparadas com pacientes mais jovens (Bordin & Offord, 2000).

Um aspecto a ter em conta em todo o processo de intervenção prende-se com o trabalho multidisciplinar, nomeadamente com profissionais de saúde. Isto porque, esta perturbação apresenta uma elevada taxa de comorbilidade

com a Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção, que requer muita das vezes o uso de fármacos (Steiner, Petersen, Saxena, Ford & Matthews, 2003), nomeadamente, psico-estimulantes (Turgay, 2004; Tynan, 2005).

Por fim, reforçamos a ideia de vários autores sobre a importância de uma intervenção o mais precoce possível (Tynan, 2005), no sentido de evitar que a problemática da criança ou adolescente progrida para uma Perturbação de Personalidade Anti-social (Bordin & Offord, 2000).

## CASO CLÍNICO

### Dados biográficos

Toni (nome fictício) é uma criança do sexo masculino, tem 11 anos, é de raça branca e frequenta a 6.<sup>a</sup> classe. É filho único de um casal, tendo sido adoptado pelo mesmo aos 18 meses. Actualmente, vive com a mãe, com 55 anos e proprietária de um estabelecimento comercial no ramo Pronto-a-vestir, estando o seu pai emigrado em França.

Toni apresenta-se na consulta acompanhado pela mãe e vestido de acordo com o seu nível socio-económico. Afigura-se descontraído, sorridente e com uma expressão verbal verborreica. Fala abertamente sobre os seus sentimentos e pensamentos, expressando-os de forma clara. O seu discurso é coerente e de fácil compreensão, contudo, por vezes é necessário utilizar questões objectivas, dada a dificuldade em compreender um discurso elaborado.

Transita da consulta de psicologia do ano transacto realizada no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de São Marcos – Braga, devido a problemas de desobediência e agressividade em casa e na escola, acompanhados de comportamentos de ameaça de dano físico auto-infligido chegando mesmo, por vezes, a provocar pequenas escoriações. São ainda mencionadas fugas frequentes de casa quando

se vê na eminência de ser castigado pela mãe pelos comportamentos descritos, bem como furto de valores monetários de pessoas da família. Nos últimos dois meses, surgiram ameaças de suicídio.

Da avaliação realizada pelo médico de família, concluiu-se não haver causas médicas que expliquem ou sustentem os problemas de comportamento. O relatório clínico da terapeuta anterior revela que o principal alvo de intervenção foi a mãe, dado que «*as práticas educativas por esta adoptadas que mantêm os comportamentos desajustados do Toni*», recorrendo-se a técnicas comportamentais como a extinção operante e o reforço positivo. Com o Toni, a intervenção centrou-se fundamentalmente no treino de competências sociais e de resolução de problemas.

Durante todo o processo terapêutico Toni foi sempre colaborativo, respondendo positivamente a todos os pedidos de realização das tarefas no contexto de consulta. Saliente-se que em algumas situações, o seu à-vontade adquiria *nuanças* de uma certa provocação e testagem de limites (e.g. fazer troça de um *lapsus linguae* do terapeuta), sendo contudo capaz de aceitar a subsequente repreensão amigável do terapeuta e adoptar novamente uma atitude de respeito e interacção amistosa.

É uma criança com claro *insight* acerca da disfuncionalidade, antecedentes e consequentes dos seus comportamentos. Em suma, é possível adiantar que Toni é uma criança capaz de estabelecer uma relação de respeito e interacção positiva com adultos, desde que reconheça neles uma figura de autoridade merecedora do seu respeito e que essa mesma figura saiba estabelecer com ele os limites de uma relação com essas características.

Para além da entrevista à mãe e professora de Toni, da qual foi possível enunciar a informação anterior, foram utilizados alguns instrumentos de avaliação complementares como os que se apresentam na tabela I:

**Tabela I.** Instrumentos de avaliação psicológica utilizados na recolha de informação sobre Toni.

<i>Structured Clinical Interview for Children and Adolescents - SCICA</i>
<i>Children Behavior Check List - CBCL</i>
<i>Teacher Report Form - TRF</i>
<i>Roberts Apperception Test - RAT</i>
<i>Children Depression Inventory - CDI</i>
Escalas de Achenbach

Da análise dos dados, verifica-se que não há indício de sintomatologia depressiva (CDI=52), contudo o valor obtido na escala CBCL (> % 98) deve-se provavelmente à sobrevalorização e catastrofização da mãe acerca do bem-estar geral de Toni (reflecte mais propriamente a sintomatologia ansiogénico-depressiva da mãe). Os níveis de inteligência encontram-se dentro da norma para a sua idade (QI=107) o que indica que as dificuldades escolares de Toni advêm mais do facto de este não se envolver nas tarefas, do que por falta de capacidades intelectuais. O seu desempenho no Roberts sugere fraco entendimento das consequências de um mau comportamento, reduzida capacidade de identificação de problemas e competências desajustadas de resolução de problemas. As escalas de Achenbach suportam claramente toda a sintomatologia disfuncional. Assim, Toni é referido pelos pais e professores como agressivo, apresentando problemas sociais e um comportamento delinvente (apresenta ainda queixas somáticas normais em quadros ansiogénicos em crianças). Apesar de na TRF a escala “problemas de atenção” (item: muito activo e impulsivo) se apresentar elevado (> % 98), isto não parece reflectir um quadro hiperactivo-desatento. Esta actividade excessiva parece estar mais relacionada com a falta de motivação para o envolvimento nas tarefas, uma vez que quando motivado, realiza-as adequadamente (e.g. no método de estudo desenvolvido em contexto de consulta e com a mãe em casa, era capaz de levá-lo a cabo até ao fim).

## **HISTÓRIA PSICOSSOCIAL**

Toni é filho biológico de um casal, alegadamente, com perturbação de abuso de substâncias alcoólicas e com problemas socio-económicos, motivos invocados pelo casal para terem abandonado a criança à nascença, tendo sido adoptado aos 18 meses. Por motivos económicos, o pai adoptivo permanece emigrado em França pelo que Toni vive maioritariamente com a mãe.

A análise da história de desenvolvimento psicossocial revela a não-aceitação tanto da família materna como paterna de Toni, situação esta que se prolonga até à data.

Segundo a mãe, as interações com outros elementos da família são restritas e Toni sente-se rejeitado pelos mesmos (à excepção do pai e mãe). As situações de rejeição aberta por parte dos familiares são frequentes. Exemplos disso são situações em que a avó e tios maternos dizem em frente à mãe que um dia ainda se vai arrepender de ter ajudado uma criança que nem é seu filho, e que um dia este vai «*estoirar todo o dinheiro*» que o casal conseguiu juntar «*com muitos sacrifícios*». Por várias vezes, a avó materna *adoptiva* chegou mesmo a dizer-lhe coisas como, «*não me trates por avó, que isso eu não sou de ti*».

Estas considerações acerca de si, por parte da família, foram-se exacerbando paralelamente ao aparecimento e agravamento dos comportamentos disfuncionais. Rapidamente os familiares utilizaram esses comportamentos como confirmação das hipóteses levantadas, aumentando o tom de crítica e de rejeição em relação a Toni. Segundo a mãe, os familiares «*não convidam para festas, não nos visitam, não dão prendas ao Toni como às outras crianças da família*». Associado a isto, a ausência física do pai adoptivo, leva a mãe a mencionar que sempre sentiu uma grande responsabilidade na tarefa de educar Toni. Alegadamente, estas situações levaram a que

a mãe desenvolve-se alguns episódios depressivos, tendo recorrido a farmacoterapia.

A mãe descreve-o, por um lado, como uma criança muito meiga, que procura o contacto com adultos, dando e recebendo carinho (e.g. o facto de dormirem juntos; no próprio contexto de consulta é frequente passar a maior parte do tempo sentado ao colo da mãe e abraçado ao seu pescoço), por outro, define-o como uma criança desde sempre rebelde e difícil de controlar quando está nervoso, referindo frequentemente «*ele foi gerado no álcool, por isso já lhe está no sangue*». Considera o Toni demasiado infantil e irresponsável, e «*tem muito medo que lhe aconteça algo*». A este propósito, verbaliza frequentemente que «*querem fazer mal ao meu filho*», «*querem raptá-lo por causa do nosso dinheiro*» e «*nunca vai ser capaz de cuidar de si próprio, por isso tenho que assegurar-me que não faz asneiras*». Na sua ausência ou quando contrariado, tem comportamentos disruptivos e agressivos, como fugir de casa, desobedecer deliberadamente às suas instruções, estropiar propriedade alheia, fazer fogueiras, bater-lhe (à mãe) ou atirar-lhe «*qualquer coisa que tenha na mão*».

Um elemento relevante do período de crescimento de Toni prende-se, segundo a mãe, com o facto de esta ter proporcionado indiscriminadamente objectos, brinquedos, e roupas entre outras coisas.

Quando questionada acerca da capacidade de controlo que consegue ter sobre Toni, menciona que não tem qualquer tipo de controlo, tendo mesmo reacções de medo, «*quando ele se enerva até me retiro, porque até lhe tenho medo*», «*se ele tivesse uma faca na mão atirava-ma*», «*eu quero que ele estude e ele vai ver televisão. Quando tento obrigá-lo a estudar ele enerva-se, parte tudo, dá pontapés... depois enervo-me eu, berro-lhe e tento bater-lhe... ele se pudesse, nestas situações, mata-me!*». No entanto, esta menciona que o comportamento de Toni é diferente se esta lhe

fala com calma, acabando por abraça-la e encerrar-se a discussão.

Toni frequentou o ensino primário numa instituição pública, contudo, aquando da sua passagem para o 5.º ano foi matriculado numa instituição semi-privada de ensino, no sentido de promover um maior controlo e monitorização dos seus comportamentos. Apresenta um desempenho académico reduzido, de acordo com a professora e mãe, fruto de desmotivação e constantes repreensões dos professores.

Quanto à interacção com os colegas na escola, segundo a professora, «*tanto brinca como lhes bate*», contudo é capaz de perceber a desadequação dos seus comportamentos e pedir desculpa, quando interpelado com calma. Não apresenta muitos amigos, embora tenha um grupo de colegas com os quais passa a maioria dos tempos livres, reconhecendo que são os seus comportamentos que provocam o afastamento das outras crianças. Apresenta uma dificuldade progressiva em fazer novos amigos, mencionando que os colegas não gostam de si porque «*os meninos não gostam que eu lhes faça mal*». Quando inquirido sobre o porquê da continuação desses comportamentos, apesar de perceber a sua disfuncionalidade, vangloria-se de bater nas outras crianças e de estas terem medo de si. Quanto à culpabilidade por tais comportamentos, apresenta um padrão ambivalente uma vez que se sente culpado por toda a disfuncionalidade que daí advém, quer directamente para si (mau rendimento escolar, rejeição social, inadaptação), quer pelo impacto negativo na sua mãe (reconhece que funcionam como ameaças para “obrigar” a mãe a satisfazer as suas vontades, «*não, não quero matar-me. É só para ameaçar!*»). No entanto, esforça-se por se desculpabilizar, criando teorias acerca quer dos despoletadores dos seus comportamentos (os outros é que me provocam), quer das consequências dos mesmos (não são tão disfuncionais como parecem).

## MICROANÁLISE

Da informação recolhida acerca de Toni verifica-se que é ao nível dos padrões de relacionamento com a mãe e com os colegas na escola, que mais se evidenciam os comportamentos disfuncionais.

Relativamente ao padrão de relacionamento com a mãe, desde o ano de 1997 (Toni frequentava a 3.<sup>a</sup> classe), em que esta se apercebeu que não poderia continuar a satisfazer-lhe todos os desejos devido a questões monetárias e mesmo educacionais, que Toni começou a revelar comportamentos que a preocupavam. Assim, sempre que a mãe não lhe proporcionava o que ele queria ou o contrariava, Toni passou a formular ameaças (concretizando-as por algumas vezes) como fugir de casa a qualquer hora e sob quaisquer condições, “*à noite, a chover, fugia para o meio da estrada*”, ou diz que se vai matar; desobedece deliberadamente às suas instruções, tenta bater-lhe ou atirar-lhe “*qualquer coisa que tenha na mão*”, mexe em facas e trepa às árvores contra a vontade da mãe. Mente com frequência sobre a autoria de certos acontecimentos, tira às escondidas e contra indicação da mesma objectos e materiais do escritório, negando frequentemente a sua autoria, tal como no envolvimento em brigas na escola. As principais estratégias utilizadas por Toni para satisfazer os seus desejos ou para evitar os castigos são as fugas de casa ou formular ameaças de auto-mutilação e suicídio. Nestas situações, alegadamente, a mãe *entra em pânico*, chora, pede-lhe que não leve o comportamento avante, e diz-lhe que não o vai castigar ou que vai satisfazer-lhe as suas vontades se, em troca, não cumprir as ameaças.

Para além destes comportamentos, perante situações em que a mãe de Toni se encontra ausente, é frequente este destruir propriedade alheia danificando jardins, cercados das moradias, partir vidros das janelas, fazer fogueiras e atear fogos (e.g. atear fogo às fitas da caixa registadora do estabelecimento comercial da mãe). Toni reconhece os seus

actos desadequados porém, fá-lo sempre de uma forma auto-desculpabilizante.

Normalmente, a mãe de Toni não utiliza castigos para além da punição física, todavia quando o repreende, se o fizer com calma e sem berrar, Toni não apresenta no momento comportamentos desadequados, embora pouco depois os volte a realizar. Quando utiliza outro tipo de castigos, como por exemplo, proibir de ver televisão ou brincar, são frequentes desobediências. Se por outro lado, se esta se “*enerva*” e diz-lhe que lhe vai bater «*ele enerva-se, grita e foge*».

Estes comportamentos têm vindo a aumentar em frequência, duração e intensidade, mantendo-se por um mecanismo de reforço negativo. Assim, sempre que Toni se vê na eminência de ser castigado ou de não ver satisfeitos os seus desejos, adopta comportamentos de ameaça de fuga de casa e de auto-mutilação, acabando por sair da situação aversiva. Por outro lado, as práticas educativas ineficazes da mãe e a necessidade extrema de proteger Toni, parecem estar fortemente relacionadas com o desenvolvimento e manutenção dos actuais comportamentos desadequados da criança dado que não permite que este adquira autonomia e responsabilidade pelos seus actos. Aliado a este último aspecto, o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas infrutuosas por parte de Toni, levam-no a conceptualizar que a única forma de satisfação das suas necessidades pessoais é através de tais comportamentos, permitindo que o quadro se mantenha.

Na escola, segundo o relatório da professora da 4.<sup>a</sup> classe (ano lectivo transacto) quando esta se encontra presente na sala de aula Toni apresenta comportamentos adequados: participa e trabalha normalmente. Todavia, na sua ausência, faz barulho, risca cadeiras e mesas, bate nos colegas e utiliza vocabulário calão. Ainda segundo a mesma, Toni parece não ter noção do ridículo, “*diz um disparate sem graça nenhuma e ri-se, mesmo*

que o chamemos à atenção” e durante um diálogo, interrompe a conversa com assuntos não relacionados. Frequentemente, utiliza a agressividade física e verbal com os colegas no intuito de cativá-los. No entanto, onde os problemas comportamentais mais se fazem notar, são no recreio, onde nem sempre está presente uma figura de autoridade. Neste contexto, brinca de forma descontrolada com as outras crianças (pula, grita, empurra, chuta a bola com força, etc.), provoca, ameaça ou intimida outras crianças, sendo que inicia na maioria das vezes lutas corporais com os colegas. As repreensões por parte de professores e auxiliares de acção educativa são constantes, bem como por várias vezes é chamado a responder pelos seus actos perante o director da escola.

Na rua, ainda de acordo com a professora, “*insulta pessoas, calca plantações, e mexe onde não deve*” (tira frutas dos quintais ou arranca plantas de jardins particulares), não demonstra noção de perigo dado que salta muros da escola, atravessa estradas sem olhar para ambos os lados, brinca com facas e corre descontroladamente pelas imediações da escola.

Alguns factores que parecem estar na origem e manutenção do padrão disfuncional de relacionamento de Toni com a mãe, surgem também associados aos problemas comportamentais na escola. Destaca-se assim, as fracas competências de resolução de problemas de Toni e a não percepção de limites e do que é correcto e incorrecto. O facto deste sempre ter utilizado a agressividade e ameaça para satisfazer os seus interesses, levaram-no a generalizá-las para todo e qualquer contexto onde os seus desejos estejam envolvidos, mesmo na escola. Por outro lado, a ausência de uma figura de autoridade é promotora da adopção dos seus comportamentos desadequados.

## MACROANÁLISE

Ao analisar-se a história de vida e de desenvolvimento de Toni é possível apontar um con-

junto de acontecimentos que parecem ter contribuído fortemente para a emergência dos comportamentos disfuncionais acima descritos.

Desde cedo, Toni viveu situações de rejeição e negligência pelos pais biológicos, levando a sucessivas mudanças dos responsáveis por si, e conseqüentemente necessidade de novas adaptações. Apesar destes factos terem acontecido numa infância precoce e Toni não ter bem presente a vivência destas situações, actualmente, a rejeição a que foi sujeito pelos pais biológicos e pelas famílias maternas/paternas, e mais recentemente pelos colegas da escola levam-no a sentir-se inferiorizado e a apresentar uma auto-estima reduzida, referindo que «*ninguém gosta de mim porque sou mau e faço asneiras*». Na escola, isto traduz-se por perceber-se como diferente dos seus colegas, não sendo capaz de estabelecer relações interpessoais mutuamente recompensadoras, por claras carências a nível das competências sociais e de resolução de problemas. Desta forma, desenvolveu uma postura agressiva, manipulativa e desafiante como forma de se relacionar com os pares e de assegurar a satisfação dos seus desejos e necessidades. Embora seja difícil estimar exactamente o contributo das variáveis de herdabilidade no comportamento de Toni, não deixamos de ressaltar o facto dos pais biológicos de Toni apresentarem problemas com o abuso de substâncias alcoólicas.

O quadro de construção e funcionamento da personalidade de Toni, nos primeiros anos de vida, e mesmo actualmente vê-se influenciado por duas grandes influências (Bowlby, 1979). Por um lado, a presença parcial da figura paterna capaz de assegurar o tipo de base segura requerida em cada fase do ciclo de vida; por outro, a relativa habilidade ou incapacidade de Toni reconhecer quando a outra pessoa está ao mesmo tempo desejosa e capaz de assegurar uma base segura, e quando reconhecida essa base, ser capaz de colaborar com essa pessoa. Ao longo da vida de Toni estas duas influências interagem em formas circula-

res e complexas. O tipo de experiências que Toni tem afecta grandemente, numa direcção, o seu grau de competências para iniciar e manter uma relação interpessoal quando as situações se predispõem. Na direcção contrária, a natureza das expectativas que Toni tem, e o seu grau de competência para lidar com elas, têm um grande peso em determinar o tipo de pessoas às quais este se vai associar e como se vai relacionar com elas.

A educação de Toni, foi e tem sido uma educação orientada não só por padrões extremos, mas também de excessivos mimos, ambos com efeitos contraproducentes na forma de relacionamento com os outros. A excessiva preocupação da mãe em querer mostrar às pessoas, especialmente à sua família que este poderia *«parecer uma criança normal, como qualquer outra, e não ser vista como uma criança sem família»*, levou-a a adoptar um estilo educativo que para si era o correcto, contudo, na realidade disfuncional. Como exemplo, cita-se a excessiva preocupação desta em assegurar para além das necessidades básicas do Toni nos seus primeiros anos de vida, o melhor conforto possível, procurando com isso desconstruir a imagem de *«criança-proveniente-de-um-meio-pobre-de-degradado-que-não-deveria-ter-sido-adaptada-pelo-casal»*. Por outro lado, a grande insegurança e carência afectiva da mãe decorrente do marido estar emigrado, e um estilo hipervigilante de preocupação com características obsessivas (*«querem fazer mal ao meu filho»*, *«querem raptá-lo por causa do nosso dinheiro»*, *«nunca vai ser capaz de cuidar de si próprio, por isso tenho que assegurar-me que não faz asneiras»*) contribuiu ainda mais para o desenvolvimento deste padrão. A sua manutenção, prende-se não só com a necessidade de lhe *“dar o carinho que não teve à nascença”*, mas também provar assim às famílias materna e paterna, a Toni, ao marido e a si própria que era capaz de assegurar um nível de vida e de satisfação das necessidades da criança. Por outro lado, as suas crenças irracionais acerca do papel da punição na edu-

cação de Toni, e seu subsequente não uso *«para não frustrar a criança e mostrar-lhe que era amada»*, e a excessiva monitorização dos comportamentos da criança (dado que o achava demasiado infantil ou por ter receio que lhe acontecesse alguma coisa negativa), contribuíram decisivamente para o desenvolvimento dos comportamentos disfuncionais.

Durante alguns anos, este estilo educativo foi possível manter, enraizando-se determinados ciclos comportamentais em ambos (Toni e mãe): sempre que Toni quisesse algo, a mãe imediatamente satisfazia. A partir do momento que esta se consciencializou que não poderia continuar a satisfazer todas as suas necessidades (por questões financeiras e educacionais), este começou a utilizar as ameaças e as fugas de casa como forma de chantagem. Dado que sua mãe apenas estava familiarizada com um determinado estilo educativo, que por sua vez era ineficaz, as estratégias adoptadas por esta para controlar o ciclo vicioso que se estabeleceu foram também em si inoperantes. O facto de evitar confrontar ou punir Toni pelos seus comportamentos permitiu que este mesmo controlo fosse dado a este. Embora por vezes pareça expressar sentimentos de culpa e remorsos pelos comportamentos adoptados, *«por vezes é difícil avaliar a autenticidade do remorso apresentado, pois estes indivíduos aprendem que a expressão de culpa pode reduzir ou evitar punições»*. Por outro lado, a baixa resistência à frustração desenvolvida pelo padrão educacional pouco exigente da mãe, potenciou o recurso a estratégias disfuncionais na sua relação com o mundo, mostrando desrespeito pelos direitos dos outros, colocando-se sempre à frente dos mesmos (auto-centração).

Com base nisto, foi-se desenvolvendo um círculo vicioso em que os factores apresentados anteriormente conduziram a um padrão comportamental que vê todas as suas necessidades e desejos satisfeitos, não desenvolvendo assim, mínima resistência à frustração, não sendo responsabilizado com tarefas de dever,

não sendo treinado na resolução de problemas sociais, nem sendo punido adequadamente quando o deveria ser. Este padrão fez aumentar por sua vez o número de exigências que Toni formula para satisfazer as suas necessidades pessoais (por ausência de frustração das mesmas), a consolidação de um padrão desafiador e agressivo para alcançar os seus intentos de cada vez que fosse confrontado, bem como a não aprendizagem de padrões de comportamentos responsáveis e adequados no seu relacionamento com o mundo.

Assim, as suas interações com os pais, a ausência constante da figura paterna e o padrão emocionalmente dependente e inseguro da mãe, contribuíram para uma maior infantilidade, baixa autonomia, dependência emocional de figuras significativas, alternando com tentativa de controlo e manipulação dessas mesmas figuras para a satisfação do seu mundo pessoal, não aprendendo estratégias adequadas de resolução de problemas e carências nas competências de relacionamento social. Especificamente em relação à mãe, utiliza a sua fragilidade (depressão, maior responsabilidade na tarefa de cuidar de Toni e afastamento da família) para a chantagear e conseguir os seus intentos, dizendo-lhe coisas como «*tu também não gostas de mim*» quando não via as suas necessidades satisfeitas, levando a mãe a satisfazê-las como prova de que gostava dele.

Alguns destes comportamentos generalizaram-se a outros contextos como a escola, especificamente com os colegas. Desta forma, mostra-se excessivamente dependente do apoio das professoras e da mãe para a realização das actividades, não se sentindo motivado para toda e qualquer tarefa de cariz estritamente académico. Estes aspectos levam a adoptar uma postura passiva/oposicional em que simplesmente não se envolve nem se dedica às actividades. Assim, Toni desenvolveu uma percepção de auto-eficácia reduzida quer no que toca às relações interpessoais, quer também no seu desempenho escolar. Sente-se

triste e ansioso pela rejeição de que foi alvo, e ainda é presentemente (fracassos nas relações interpessoais e realizações escolares).

Toni desenvolveu um conjunto de respostas de agressividade para com os colegas sempre que a professora ou qualquer outra figura de autoridade não estivesse presente. A dificuldade em se colocar no ponto de vista do outro (colega), leva-o a usar indiscriminadamente tais comportamentos para obter não só aprovação, bem como satisfazer necessidades.

### **INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA**

Dadas as características da problemática de Toni, a intervenção requereu trabalhar a diferentes níveis: com Toni, com a mãe e com a directora de turma/conselho directivo da escola.

Com Toni, a intervenção iniciou-se com o estabelecimento de uma forte relação de empatia. Posteriormente, procurou-se intervir nos diferentes níveis da sintomatologia, nomeadamente, cognitiva, comportamental, relacional, afectiva e motivacional, com o intuito de a eliminar ou pelo menos diminuir, e por outro lado, permitir uma alteração mais estrutural na forma como este percebe e se relaciona com o mundo.

Deste modo, a intervenção nos sintomas cognitivos passou por trabalhar com Toni questões relacionadas como auto-eficácia reduzida (na escola e nas relações interpessoais), percepção de rejeição, de inferioridade e de auto-desculpabilização. Especificamente em relação à auto-eficácia reduzida nas actividades escolares, dado que este apresentava claras lacunas quer ao nível dos conteúdos quer ao nível dos métodos de estudo, promoveu-se a reestruturação dos seus hábitos de estudo utilizando o método SQ3R [Fase 1- Pesquisa, Fase 2 – Questionar, Fase 3 – 3R's (reler, resumir, recitar)]. No âmbito das relações interpessoais, a reestruturação da auto-eficácia

cia passou por técnicas de resolução de problemas, conjugadas com *Treino Auto-Instrucional de Meichenbaum*. Este trabalho foi central na evolução terapêutica, uma vez que permitiu a Toni *pensar sobre e equacionar* as características e consequências dos seus comportamentos, bem como identificar a disfuncionalidade dos mesmos. Para além disto, desenvolveu-se conjuntamente com o Conselho Directivo e a directora de turma de Toni um programa específico de ocupação dos tempos livres (Clube de História, CRE - Clube dos Computadores, Reciclagem, e colaborar na Biblioteca). Esta estratégia não só permitiu diminuir consideravelmente os seus comportamentos desadequados em contexto escolar, contactar com novos colegas, desenvolver outras capacidades (sociais, comunicacionais e práticas), bem como aumentar os seus conhecimentos académicos.

Relativamente à percepção de rejeição, procurou-se salientar Toni de que a mesma assentava em dois tipos de situação: a rejeição por parte de terceiros (amigos, colegas, vizinhos) e a rejeição sentida pelo abandono à nascença e expressa pela família materna e paterna; e que ambas tinham diferentes possibilidades de controlo de sua parte. À medida que este fosse sendo capaz de obter resultados positivos nestas várias áreas de funcionamento, a percepção de inferioridade ir-se-ia esbatendo. Assim, todo o treino de competências sociais, resolução de problemas, aumento das capacidades académicas (método SQ3R) e o programa de ocupação lúdico-educativa na escola permitiu a Toni ir-se sentido mais capaz de interagir adequadamente e ser aceite pelos outros. Por fim, a auto-desculpabilização foi trabalhada através de *role-play*, *role-taken* e análise de histórias do *Copy Cat Work Book*.

O trabalho ao nível dos comportamentos e ameaças de fuga, danos físicos e de suicídio, passou fundamentalmente pelo trabalho realizado com a mãe. Com Toni, a intervenção baseou-se num programa de *token economy*,

em clarificar a disfuncionalidade dos seus comportamentos e elaborar uma lista de comportamentos alternativos.

Quanto aos sintomas relacionais, trabalhou-se o desrespeito pelos direitos dos outros, auto-contração excessiva e reduzidas competências sociais. Os dois primeiros aspectos trabalharam-se em conjunto, dado que cedo se verificou que o desrespeito para com terceiros estava relacionado com a sua excessiva auto-contração, recorrendo-se ao treino de assertividade. Este último aspecto, conjugado com as técnicas de *role-play* e *role-taken* permitiram intervir ao nível das dificuldades de interacção social de Toni.

Para além da intervenção ao nível da sintomatologia apresentada, a ansiedade, tristeza e sentimentos de culpa (sintomas afectivos) foram igualmente alvo. Assim, procurou-se ajudá-lo a identificar quais os sintomas de ansiedade de que er acometido e explicar-lhe que, apesar de serem desagradáveis, são normais num “quadro” como o seu. As principais estratégias utilizadas para diminuir esses sintomas foram a respiração diafragmática com visualização imagética. Quanto à tristeza, utilizaram-se técnicas de distração, paragem de pensamento e focalização da atenção em estímulos externos ou internos. Os sentimentos de culpa foram trabalhados paralelamente aos sentimentos de auto-desculpabilização, onde se procurou promover a responsabilização pelos seus comportamentos desadequados. Quanto aos sentimentos de culpa não relacionados com os seus comportamentos disfuncionais, mas com factores externos a si, como seja, a rejeição familiar, utilizou-se o método da retribuição do sentimento de culpa, através da identificação de factores externos que possam contribuir para a ocorrência do acontecimento adverso.

Por fim, quanto aos sintomas motivacionais procurou-se desenvolver no Toni uma motivação instrumental mais autónoma, participativa e responsável através da sua partici-

pação em programas de ocupação de tempos livres. Por outro lado, procurou-se alterar o padrão de superprotecção da mãe para um padrão responsabilizante e autónomo.

Uma das principais dificuldades na adesão de Toni ao processo terapêutico foi a mudança terapêutica, uma vez que de acordo com este uma alteração no seu padrão relacional com o mundo viria alterar o padrão de fácil satisfação dos seus interesses. Assim, este via a mudança como uma ameaça, mostrando-se numa fase inicial muito relutante em colaborar (embora na consulta concordasse com quase todas as prescrições terapêuticas, raramente as realizava em casa), chegando por vezes à oposição aberta. O trabalho inicial foi então focalizado no confronto e disputa de crenças de perda de ganhos se viesse a aderir ao programa terapêutico. Para tal, foi necessário apresentar um plano de trabalho com as alterações futuras previstas, mostrando-lhe que a uma aparente diminuição inicial da satisfação dos seus intentos seguir-se-ia uma fase posterior em que começaria a ter ganhos estáveis e frequentes, e em última análise, alterar toda a sintomatologia negativa apresentada no início do processo terapêutico.

Como já referido anteriormente, o papel da mãe de Toni foi crucial para o sucesso terapêutico, e consistiu fundamentalmente em dotá-la de estratégias comportamentais para aumentar os comportamentos desejados e diminuir os disfuncionais. Assim, em primeiro lugar foi importante clarificar o papel que as suas práticas educativas tinham no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos disfuncionais de Toni, consciencializando-a que o facto de ter vivido sempre em função deste ter facilitado tornar-se permissiva. Por outro lado, procurou-se ajudá-la a libertar-se de sentimentos de culpa e desânimo gerado pelas constantes frustrações de não resolução dos comportamentos de Toni, permitindo desenvolver sentimentos mais positivos face ao seu papel de mãe. Por outro lado, fazer com que esta se sentisse segura, capaz, inde-

pendente da necessidade de proximidade física e de excessiva monitorização dos comportamentos de Toni. Todas as tentativas e pequenos sucessos alcançados no controlo do filho foram reforçados, desvalorizando-se os insucessos. Trabalhou-se ainda o papel da frustração na formação da personalidade da criança. Desmistificou-se a ideia de que esta é negativa, e que o objectivo é educar as crianças tornando-as independentes e ao mesmo tempo responsáveis. Desta feita, procurou-se levar a mãe a compreender que os comportamentos de Toni eram um forma de chamar a atenção, justificado pelo medo de perder os carinhos da mãe e por outro lado devido ao ambiente social que os rodeava: a família não aceitar Toni, os vizinhos rotularém-no como selvagem e destruidor de propriedades, os colegas não brincarem consigo.

As principais técnicas utilizadas para diminuir os comportamentos desadequados de Toni foram a extinção operante aliada ao reforço positivo. Deste modo, sempre que este fizesse ameaças à mãe dizendo que se ia matar ou fugir, esta não prestava atenção e continuava empenhada na tarefa que estava a realizar, mantendo-se sempre alerta em relação ao comportamento de Toni. A partir do momento que este parasse com as ameaças e inicia-se um comportamento desejado, a mãe reforçava-o por tal.

Especificamente em relação aos comportamentos de fuga, ameaças de morte e qualquer gesto apelativo para deliberadamente conseguir aquilo que queria, treinou-se, junto à mãe, estratégias como, extinção operante, *time-out*, e apenas em último caso, punições tipo I.

### ***AVALIAÇÃO DO PROCESSO E ESTADO DA CRIANÇA AO MOMENTO DA FINALIZAÇÃO DO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO***

Fruto do trabalho realizado pela mãe ao nível da alteração das suas práticas educativas

e de se sentir mais segura a resistir às ameaças proferidas pela criança, conseguiu-se progressivamente, ir erradicando a problemática comportamental.

O facto de se ter aumentado a ocupação do tempo produtivo de Toni na escola, através de clubes de *Ocupação de Tempos Livres*, permitiu aumentar a sua consciencialização para as questões de bem-estar social e responsabilização dos actos individuais. Por outro lado, o facto de aumentar-se também desta forma o tempo em que a criança estava sob a alçada de uma figura de autoridade, diferente da mãe, foi positivo para perceber que é necessário respeitar hierarquias e ter comportamentos adequados para que possa ter direito a certas regalias e direitos. Diminuíram assim consideravelmente, e progressivamente, os comportamentos desajustados presentes ao início da intervenção.

Neste momento, e desde há três meses a esta parte, Toni apenas proferiu por duas ocasiões, ameaças de fuga, controladas prontamente pela mãe, não sentindo esta qualquer dificuldade em resolver a situação. Mostrou-se em ambas as situações muito satisfeita por sentir que neste momento o comportamento de Toni é globalmente positivo e que nas raras ocasiões em que não o é, ela tem todo o controlo sobre o mesmo. Dado o estado actual da criança, e tendo em linha de conta a evolução amplamente favorável, tendo-se verificado não só a erradicação da problemática comportamental na criança, mas também o grande amadurecimento e segurança alcançada pela mãe no trato com a criança, deu-se por encerrado o processo terapêutico.

## **CONCLUSÃO**

A perturbação do comportamento é uma perturbação psiquiátrica que é diagnosticada em crianças e adolescentes, e os comportamentos disfuncionais característicos desta perturbação têm repercussões que ultrapassam o

plano pessoal. Frequentemente, a família é o elemento directamente mais lesado, sendo que, a escola, o grupo de pares e mesmo a comunidade em geral são também afectados.

É comumente sabido a relevância que as experiências na infância têm no desenvolvimento psicossocial subsequente. Neste contexto, assumem particular atenção os modelos educativos parentais, especialmente o directivo, no qual se promove a autonomia e responsabilidade da criança. Neste caso clínico, um estilo excessivamente protector parece ter contribuído para a não aquisição de competências fundamentais por Toni, por outro, permitir a manutenção da problemática. O *follow-up* da situação clínica revela que o trabalho com a mãe de Toni ao nível da alteração das práticas parentais foi fundamental para promover a mudança terapêutica.

Apesar de todo o trabalho desenvolvido com a mãe, pensamos que foi igualmente fundamental trabalhar dimensões pessoais de Toni, nomeadamente a auto-eficácia e o padrão de relacionamento com os outros. O maior envolvimento e monitorização de actividades foram também cruciais para a mudança de crenças disfuncionais acerca de si e das pessoas com quem se relaciona.

Todos estes aspectos vão de encontro à ideia defendida por vários autores sobre o trabalho multidisciplinar na intervenção em crianças e adolescentes com esta perturbação.

Nesta criança, embora pouco explorado no artigo, uma dimensão biológica poderá ter desempenhado um papel determinante na manifestação de alguns comportamentos reactivos durante a infância precoce, o que reforça ainda mais a necessidade de considerar o modelo bio-psico-social na abordagem terapêutica, quer do ponto de vista da formulação do caso, quer no processo de intervenção.

Ainda que este artigo se reporte a uma intervenção aquando da instalação prévia do

problema, gostaríamos de alertar para a utilidade do desenvolvimento de programas de prevenção desta e outro tipo de perturbações, através da construção, aplicação e avaliação de programas estruturados e direccionados para populações de risco. Como sustentado no início do artigo, a prevenção é uma das metodologias de intervenção que mais sinais de eficácia tem demonstrado em estudos controlados.

Com este artigo, para além do intuito de partilhar dados clínicos com outros profissionais, a forma como foi elaborado permite aos estudantes da área de psicologia clarificar, do ponto de vista prático, alguns conteúdos teóricos adquiridos no processo de aprendizagem, à luz do modelo cognitivo-comportamental (e.g formulação do caso e, estratégias e técnicas de intervenção). Assim, uma análise cuidada e reflexiva do artigo permite detectar alguns princípios fundamentais do mesmo modelo, como sejam, o papel da empatia do profissional e, a responsabilidade e autonomia do paciente no processo terapêutico.

Pensamos ser importante, do ponto de vista académico-clínico, realizarem-se estudos epidemiológicos no sentido de estimar o número de crianças e adolescentes com esta perturbação. Isto permitirá ter um conhecimento mais próximo da realidade portuguesa, bem como conferir uma resposta mais adequada às necessidades desta população. Neste sentido, consideramos igualmente necessário compreender os factores de risco que propiciam nestes jovens o desenvolvimento desta perturbação, o que permitirá criar programas mais específicos.

Por fim, gostaríamos de terminar reforçando a importância da adopção da medida menos restritiva na intervenção com estes jovens (Steiner & Dunne, 1997) no sentido de promover um desenvolvimento bio-psico-social o mais ajustado e benigno possível.

## **BIBLIOGRAFIA**

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorders. AACAP, 36.
- American Psychological Association (2004). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV Revisto (4.<sup>a</sup> ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bordin, I.A.S. & Offord, D.R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento anti-social. Rev Bras Psiquiatr, 22 (Supl II):12-5.
- Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock.
- Children's Mental Health Ontario (2001). Evidence Based Practices for Conduct Disorder in Children and Adolescents. Children's Mental Health Ontário. Toronto.
- Feldman, J. & Kazdin, A.E. (1995). Parent Management Training for Oppositional and Conduct Problem Children. The Clinical Psychologist, 48(4): 3-5.
- Frick, P.J. (2001). Effective Interventions for Children and Adolescents with Conduct Disorder. Can J Psychiatry, 46: 597-608.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. J Child Psychol Psychiatry, 38(2):161-78.
- Lahey, B.B. & Waldman, I.D. (2003). A Developmental Propensity Model of the Origins of Conduct Problems during Childhood and Adolescence. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency, Guilford Publications.
- Lösel, F. & Beelmann, A. (2003). Effects of Child Skills Training in Preventing Antisocial Behavior: A Systematic Review of Randomized Evaluations. American Academy of Political and Social Science, 587, 1: 84-109.

- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. A. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol*, 44:329-35.
- Searight, H. R., Rottnek, F. & Abby, S.L. (2001). Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care. *Am Fam Physician*, 63 (8):1579-88.
- Steiner, H. & Dunne, J.E. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (10 Suppl):1482-1485.
- Steiner, H., Petersen, M.L., Saxena, K., Ford, S. & Matthews, Z. (2003). Divalproex sodium for the treatment of conduct disorder: a randomized controlled clinical trial. *J Clin Psychiatry*, 64(10):1183-91.
- Turgay, A. (2004). Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4 (4):623-632.
- Tynan, W.D. (2005). Conduct Disorder. *eMedicine Journal*, 5 (3).
- Van Manen, T.G., Prins, P.J.M. & Emmelkamp, P.M.G. (2004). Reducing Aggressive Behavior in Boys With a Social Cognitive Group Treatment: Results of a Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(12):1478-1487.
- Waddell, C., Wong, W., Hua, J. & Godderis, R. (2004). Preventing and Treating Conduct Disorder: A Research Report Prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development. The University of British Columbia.