

Transtorno desafiador opositivo

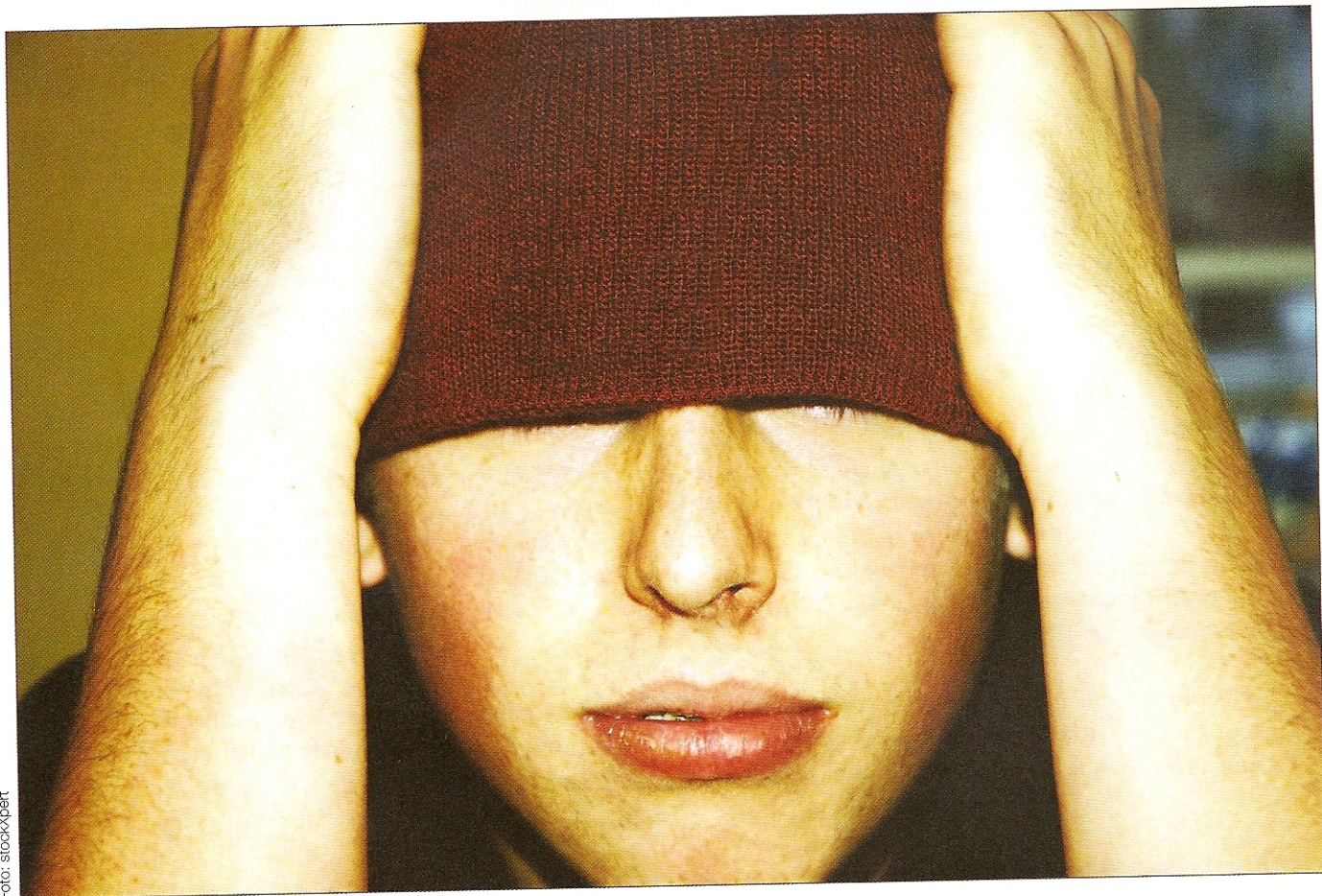


Foto: stockXpert

e a indisciplina na sala de aula

O transtorno desafiador opositivo é uma condição comportamental comum entre crianças de idade escolar e pode ser definido como um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis, desafiadores e desobedientes observados nas interações sociais da criança com adultos e figuras de autoridade de uma forma geral, como pais, tios, avós e professores, podendo estar presente também em seus relacionamentos com amigos e colegas de escola. Esse transtorno pode estar relacionado com outras

condições comportamentais e frequentemente precede o desenvolvimento do transtorno de conduta.

As principais características de quem sofre do transtorno desafiador opositivo são: perda frequente da paciência, discussões com adultos, recusa a obedecer solicitações ou regras, perturbação e implicância com as pessoas a ponto do indivíduo responsabilizá-las por seus erros ou mau comportamento. Ele se aborrece com facilidade e comumente se apresenta enraivecido, agressivo, irritado, res-

sentido, mostrando rancor e ideias de vingança. São crianças que apresentam uma dificuldade no controle do temperamento e das emoções (uma teimosia persistente), sendo resistentes à ordens e testadoras dos limites dos pais a todo momento.

Os sintomas aparecem em vários ambientes; entretanto, é na sala de aula e em casa onde estes podem ser melhor observados. Tais sintomas causam prejuízo significativo na vida social, acadêmica e ocupacional da criança. Mostra-se impor-

tante observar que no transtorno desafiador opositivo não há sérias violações de normas sociais ou direitos básicos alheios, como ocorre no transtorno de conduta.

Com frequência essas crianças e adolescentes apresentam baixa auto-estima, fraca tolerância às frustrações, humor deprimido, ataques de raiva e possuem poucos amigos, pois comumente são rejeitadas pelos colegas devido a seus comportamentos impulsivos, opositores e de desafio às regras sociais do grupo. O início do uso abusivo de álcool e outras drogas merece especial atenção nessas crianças, pois os conflitos familiares gerados pelos sintomas do transtorno, como comportamentos de oposição e de desafio às normas, podem facilitar o envolvimento problemático com essas substâncias no futuro.

É muito importante ressaltar que o transtorno desafiador opositivo é muito mais do que aquela “birra” ou desafio típico de criança, que seria, na verdade, uma simples reação contextual de oposição, como ocorre quando a criança deseja um sorvete e não é atendida pela mãe. Devemos entender também que um comportamento opositivo temporário é comum e faz parte do desenvolvimento normal de crianças, tendo inclusive um aumento natural durante a adolescência. No transtorno desafiador opositivo, nos deparamos com crianças apresentando sintomas severos que provocam graves prejuízos em sua vida escolar e social e que interferem muito nos relacionamentos com os membros de sua família.

É fundamental saber diferenciar esse transtorno de comportamento de um comportamento opositivo e desafiador

normal que toda criança experimenta durante seu desenvolvimento, conforme cresce e ganha mais autonomia.

Algumas investigações clínicas são importantes para um correto diagnóstico de crianças com transtorno desafiador opositivo, como a correta e cuidadosa avaliação comportamental infantil, realizada pelo médico psiquiatra especialista na infância e adolescência, além da investigação de outros transtornos de comportamento associados, assim como a avaliação escolar, desempenho acadêmico, padrão de comportamento em sala de aula, no recreio escolar, na entrada e saída da escola, interação social com colegas, professores e funcionários da instituição de ensino.

A avaliação familiar também será muito importante: é válido observar os padrões de comportamento dos pais, estilo de criação, interação social e comunicação parental, além da história de transtornos comportamentais na família, alcoolismo, uso de outras drogas, agressividade, violência e problemas com a justiça.

Na escola

O transtorno comportamental em questão pode comprometer o desempenho escolar, e reprovações escolares tornam-se frequentes. Esses jovens não participam de atividades em grupo, recusam-se a pedir ou a aceitar a ajuda dos professores e querem sempre solucionar seus problemas sozinhos.

O curso e a evolução do transtorno desafiador opositivo são variáveis. Formas leves apresentam melhores prognósticos e evoluções positivas, enquanto sintomas mais severos tendem a se tornarem crônicos.

Crianças com início precoce e sintomas severos do transtorno desafiador opositivo, incluindo brigas corporais, agressividade, pais usuários de drogas e níveis socioeconômico e cultural menos favorecidos são fatores que aumentam o risco para a piora do quadro e futuro desenvolvimento do transtorno de conduta na adolescência. Cerca de 67% das crianças com o diagnóstico de transtorno desafiador opositivo deixarão de apresentar os sintomas nos anos seguintes, desde que acompanhados terapeuticamente, enquanto que os restantes poderão perpetuar os sintomas ou ainda intensificá-los, até se transformarem em um transtorno de conduta.

Desta forma, cerca de 30% das crianças com diagnóstico inicial de transtorno desafiador opositivo evoluirão para o transtorno de conduta na adolescência e, naquelas em que o início dos sintomas opositivos e desafiadores se iniciaram precocemente, antes dos 8 anos de idade, o risco de evolução para o transtorno de conduta será muito maior. Quando o transtorno desafiador opositivo não é tratado, a evolução para o transtorno de conduta pode ocorrer em até 75% dos casos. Logo, o diagnóstico e tratamento precoce exercem um importante papel preventivo.

Essas crianças também apresentam uma incidência maior de transtornos comportamentais associados no decorrer dos anos, principalmente para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos do humor e transtornos ansiosos. Aproximadamente 10% das crianças com transtorno desafiador opositivo, após evoluírem para o transtorno de conduta,

“

É fundamental saber diferenciar esse transtorno de comportamento de um comportamento opositivo e desafiador normal que toda criança experimenta durante seu desenvolvimento, conforme cresce e ganha mais autonomia.

”

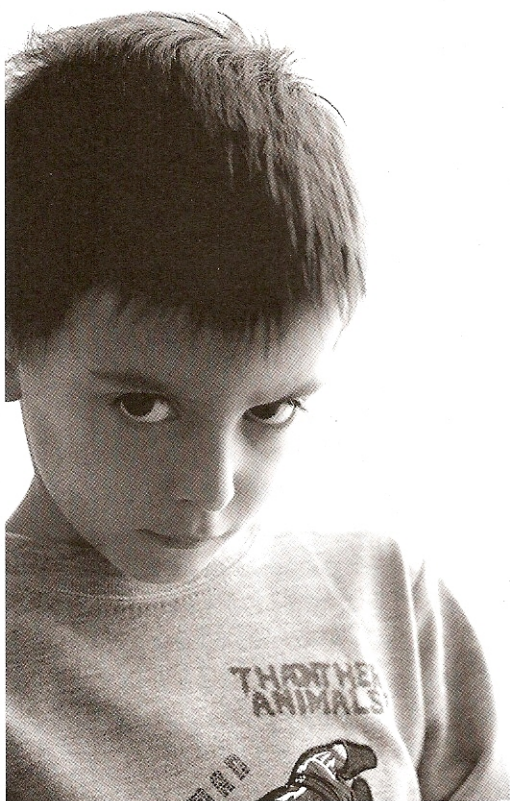


Foto: stockXpert

terão uma evolução para o transtorno de personalidade antissocial.

As causas do transtorno desafiador opositivo são complexas e multifatoriais. Os estudos científicos evidenciam que múltiplos fatores de risco estão relacionados com o surgimento do transtorno. Esses fatores são eventos, características ou processos que aumentam as chances do desencadeamento do problema comportamental, e seu desenvolvimento está provavelmente relacionado com a quantidade de fatores de risco presentes na criança. Todos esses possíveis fatores estão relacionados com questões sociais, psicológicas e biológicas, sendo suas interações responsáveis pelo surgimento, desenvolvimento e curso clínico da condição. O entendimento das causas do transtorno é imprescindível para a aplicação de intervenções precoces, pois quanto mais agregados estiverem, menores serão as chances de sucesso terapêutico.

As pesquisas médicas não são conclusivas com relação à origem genética do transtorno desafiador opositivo, entretanto, diversos artigos descrevem uma possível relação genética em seu desencadeamento, reforçando a ideia de que o temperamento da criança modula o surgimento do transtorno no futuro.

Estudos identificaram que mulheres que fumam durante a gravidez, assim como gestantes abusadoras de álcool, apresentam maiores chances de terem filhos com o diagnóstico de transtorno desafiador opositivo. Outros dados se referem à crianças prematuras, com baixo peso ao nascerem, complicações de gestação

ou no momento do parto, além de crianças com doenças crônicas, que apresentam mais chances de desenvolver a alteração comportamental. Alguns fatores biológicos relacionados com características da própria criança, como temperamento, negativismo, baixa capacidade de adaptação à mudanças, crianças com déficits neuropsicológicos apresentando dificuldades de linguagem, memória, planejamento, organização, disciplina, atenção e julgamento favorecem o desenvolvimento do transtorno.

Outros estudos descrevem alterações estruturais no córtex pré-frontal, região cerebral responsável pelo controle das emoções e da impulsividade, alterações no funcionamento de substâncias neurotransmissoras dos sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos e noradrenérgicos, baixa de cortisol e níveis elevados de testosterona. Esses dados, entretanto, também não são conclusivos.

É importante ressaltar que não existem exames laboratoriais ou de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, capazes de realizar o diagnóstico, sendo este efetuado através de uma avaliação clínica criteriosa envolvendo a criança, sua família e a escola.

Hipóteses comportamentais descrevem que o surgimento do transtorno desafiador opositivo estaria relacionado com questões ligadas ao aprendizado social e a modelos de apego: as crianças agressivas, por exemplo, apresentam uma dificuldade no processamento de informações ligadas ao relacionamento social.

Comumente observo lares opressores e de normas demasiadamente rígidas. Nesses casos, a criança con-

vive diariamente com a violência, hostilidade e brigas dos pais. Essa criança pode assumir o comportamento dos pais como “normal” e levar essa conduta aprendida para o ambiente escolar. Ora, dentro de casa ela aprende que tudo deve ser resolvido na base da agressão física e, assim, tentará resolver seus problemas da mesma forma.

Outro padrão interessante pode ser observado em crianças vivendo em lares onde os pais não dão limite aos filhos. Esse outro perfil comportamental sugere que a oposição seria um comportamento aprendido e reforçado, no qual a criança exerce controle sobre as figuras de autoridade. Por exemplo: a mãe solicita ao filho que arrume seu quarto. Neste momento o filho tem um ataque de raiva, chora, grita e se nega a arrumá-lo. A mãe é coagida a retirar a solicitação.

Toda vez que ela fizer uma nova solicitação que desagrade a criança, esta realizará o comportamento aprendido, que será sempre reforçado toda vez que a mãe se desautorizar. Desta forma, a consequência é o efeito “bola de neve” e a tendência natural é o agravamento e piora dos sintomas a cada dia.

Não existem padrões sociais definidos, contudo, algumas pesquisas científicas identificaram uma relação entre famílias com baixos níveis socioeconômicos e o transtorno desafiador opositivo. Crianças com comportamentos agressivos precoces e rejeição no grupo de amigos de escola, por exemplo, são fatores sociais importantes que normalmente precedem um comportamento delinquencial e au-

mentam as chances de diagnóstico.

Fatores escolares também são descritos como facilitadores do transtorno. Ambientes escolares inadequados, com salas de aula superlotadas, professores despreparados, negligentes, inábeis para lidar com situações-problema, com dificuldade em aplicar a disciplina e em lidar com alunos com problemas comportamentais em sala de aula podem favorecer o surgimento do transtorno.

Crianças com o transtorno desafiador opositivo podem apresentar algumas condições comportamentais associadas, sendo o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade a condição mais prevalente, estando presente em até 14% dos casos, transtorno associado que confere um pior prognóstico quando presente. Essas crianças apresentam maior agressividade, maior impulsividade, mais conflitos com outros estudantes, maiores dificuldades nos relacionamentos sociais e pior desempenho acadêmico. Essa associação pode ainda facilitar a evolução do transtorno desafiador opositivo para o transtorno de conduta.

Outras condições comportamentais associadas com frequência ao transtorno desafiador opositivo são os transtornos ansiosos, presentes em mais de 10% dos casos; o transtorno depressivo, presente em até 9%, e o transtorno bipolar do humor, além da íntima relação com o comportamento bullying no ambiente escolar.

Sendo assim, quanto mais tardio se dá o diagnóstico e o início do tratamento, pior serão os sintomas e mais difícil será a possibilidade de reversão do quadro comportamental.

Desta maneira, o diagnóstico e a

intervenção precoces são palavras-chave para o sucesso terapêutico dessas alterações comportamentais. Seria como se tivéssemos a possibilidade de interromper o crescimento dessa verdadeira “bola de neve” em formação, ou ainda, como se pudéssemos recolocar a “locomotiva de volta aos trilhos” o mais rápido possível.

As intervenções preventivas para crianças em idade escolar se baseiam em programas psicoeducacionais para pais, com estratégias de controle comportamental, treinamento em habilidades sociais, resoluções de conflitos e técnicas de controle da raiva. Para prevenção em adolescentes, os programas psicoeducacionais devem se basear em intervenções cognitivas, treinamento em habilidades sociais, orientação vocacional e reforço escolar para aqueles que estiverem apresentando dificuldades acadêmicas.

Intervenções escolares devem enfatizar o trabalho de prevenção ao comportamento bullying, prevenção ao consumo de álcool e outras drogas, identificação de possíveis quadros de transtorno desafiador opositivo para avaliação e tratamento com médico psiquiatra na infância e adolescência.

É imprescindível que professores, pais, psicopedagogos, orientadores e coordenadores educacionais foquem suas atenções para o bem-estar da criança, a fim de que seu desenvolvimento social e escolar seja sempre o mais proveitoso possível.

* Gustavo Teixeira é médico psiquiatra infantil, autor de *O Reizinho – Entendendo o mundo das crianças opositivas, desafiadoras e desobedientes* (Editora Rubio) e editor-chefe do site www.comportamentoinfantil.com
E-mail: comportamentoinfantil@hotmail.com