



INTERVENÇÃO COGNITIVA EM TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE: UM ESTUDO DE CASO

PAULA, Mônica Daniela Pacheco de ¹

SANTOS, Leandro Alencastro ²

RESUMO

O presente artigo resulta da investigação sobre o entendimento do transtorno de oposição desafiante, bem como, tratamento e prognóstico a partir de uma perspectiva teórica cientificista: Terapia Cognitivo-Comportamental. Além disso, para um entendimento mais aprofundado do caso, o estudo se propõe a fazer uma revisão de correlatos ambientais e da dinâmica familiar, por meio de estudo de caso, a fim de investigar os processos constituintes de esquemas desadaptativos em um paciente de treze anos atendido em um serviço clínica-escola de Psicologia do Litoral Norte à luz da Terapia do esquema. Inicialmente foram abordados alguns conceitos chaves como, transtorno de oposição desafiante (TOD), transtornos disruptivos, critérios diagnósticos e aspectos familiares. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica buscando um entendimento teórico-prático em textos que tratassem destes temas segundo a teoria cognitiva. Verificou-se a efetividade de terapias cognitivas no tratamento do transtorno de oposição desafiante, no caso em estudo.

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade Cenecista de Osório - FACOS. E-mail: monicadpp@hotmail.com

² Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde - UFCSPA. Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Docente da Faculdade Cenecista de Osório - FACOS. E-mail: leandro@facos.edu.br

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Transtorno de oposição desafiante. Aspectos familiares.

RESUMEN

Este artículo es el resultado de la investigación sobre la comprensión de trastorno negativista desafiante, así como, el tratamiento y el pronóstico de una perspectiva teórica científicista: terapia cognitivo-conductual. Además, para una mayor comprensión del caso, el estudio tiene como objetivo hacer una revisión de los correlatos ambientales y la dinámica familiar a través de estudio de caso con el fin de investigar los procesos constitutivos de esquemas desadaptativos en un paciente de trece años de edad, servido en un servicio de psicología clínica-escuela Costa Norte a la luz de la terapia de esquemas. Inicialmente, se dirigió a algunos conceptos clave como el trastorno negativista desafiante (ODD), trastornos disruptivos, criterios diagnósticos y aspectos familiares. Por lo tanto, una revisión de la literatura se realizó la búsqueda de una comprensión teórica y práctica de los textos que abordan estos temas de acuerdo con la teoría cognitiva. Se encontró la eficacia de terapias para tratar el trastorno de oposición desafiante cognitiva, en nuestro caso.

Palabras clave: La terapia cognitivo-conductual. El trastorno negativista desafiante. Aspectos familiares.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo trata da análise de caso clínico, resultado esse de um processo psicoterápico realizado com um adolescente de treze anos, atendido em Serviço Clínica-Escola de Psicologia, em uma faculdade da região Litoral Norte/RS, cuja hipótese diagnóstica é de transtorno de oposição desafiante. É importante destacar que os dados de identificação tanto do adolescente, como da família e da cidade foram alterados, a fim de impedir qualquer forma de reconhecimento, preservando-se assim os mais elevados padrões éticos de pesquisa.

A sustentação epistemológica da psicoterapia que será descrita, está ancorada na vertente científicista, denominada Terapia Cognitivo-Comportamental combinada com a Terapia do Esquema.

A teoria cognitivo-comportamental vem ocupando notório espaço no campo da psicoterapia, demonstrando progresso substancial por ser uma teoria baseada em evidências (KNAPP, 2004). A prática operacional constitui-se por uma ampla gama de aplicações e instrumentos também apoiados por dados empíricos (BECK, 1997). Ainda na perspectiva cognitiva, a Terapia do Esquema desenvolvida por Jeffrey E. Young é uma abordagem sistemática que amplia a terapia cognitivo-

comportamental clássica ao dar maior ênfase à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

No que diz respeito ao transtorno de oposição desafiante (TOD) é um transtorno disruptivo do controle de impulsos e da conduta. Conforme o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5, o TOD é caracterizado por “um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável; comportamento questionador/ desafiante ou de índole vingativa.” (APA, 2014, p. 462).

As especificidades desse transtorno incluem discussão e brigas recorrentes, acessos de raiva, altos níveis de irritabilidade/contrariedade, caráter vingativo/rancoroso, desobediência, teimosia e hábito de culpar os outros por seus próprios erros (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004), as crianças afetadas “[...] em geral discutem com adultos e são facilmente irritadas pelos outros, gerando um estado de raiva e ressentimento.” (SADOCK; SADOCK, 2011, p. 103).

Para definição diagnóstica de Transtorno de Oposição Desafiante, conforme o DSM-5, o sujeito deve contemplar no mínimo quatro entre oito critérios que causem prejuízos significativos em seu funcionamento social, com duração de pelo menos seis meses precedente, e que existam persistência e frequência dos sintomas (APA, 2014).

“A prevalência do transtorno de oposição desafiante varia de 1 a 11%, com prevalência média estimada em 3,3%” (APA, 2014, p. 464). Ainda que o padrão de comportamento possa iniciar desde os três anos, comumente tende a manifestar-se por volta dos oito anos de idade (SADOCK; SADOCK, 2011).

Podendo variar de acordo com idade e gênero da criança. Aparentemente é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino antes da puberdade (APA, 2014; SADOCK; SADOCK, 2011). Após esta fase, as taxas para transtorno de oposição desafiante quanto à proporção por sexo parecem se equivalerem (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004; SADOCK; SADOCK, 2011).

O fator familiar nas quais o cuidado da criança envolve uma sucessão de cuidadores diferentes ou em famílias nas quais são comuns práticas agressivas, hostis, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos somam como importante fator de risco para diagnóstico desse transtorno (APA, 2014). Segundo Dias (2012) os fatores de risco não envolvem somente os de natureza ambiental ou biológica, mas a fusão desses fatores que interagem entre si.

Young, Klosko e Weishaar (2008) propõem cinco necessidades emocionais fundamentais à serem atendidas na infância: “Vínculos seguros com outros indivíduos; Autonomia, competência e sentimento de identidade; Liberdade de expressão, Necessidades e emoções válidas; Espontaneidade e lazer; Limites realistas e autocontrole.” (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008, p. 24).

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), aponta que as manifestações do transtorno parecem ser consistentes ao longo do desenvolvimento, ou seja, crianças e adolescentes com TOD estão sob risco aumentado para uma série de problemas de adaptação na idade adulta, incluindo comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão (APA, 2014).

Tendo em vista prejuízos significativos tanto em nível de desenvolvimento quanto de funcionamento emocional, social, acadêmico e profissional do sujeito com TOD, ressalta-se a importância do tratamento para estes indivíduos, sendo uma das contribuições do presente artigo, descrever técnicas e estratégias da fusão entre Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia do Esquema empregada no tratamento de um paciente com diagnóstico de transtorno de oposição desafiante.

2 CASO CLÍNICO

2.1 Motivo da consulta

Desde os três anos Pedro demonstrava agressividade para com a mãe, avós, amigos e irmãos. Sua trajetória de infância foi marcada por comportamentos agressivos, envolvimento em brigas, agressões físicas e xingamentos. Na escola, não faz o que é proposto pelos professores, repetiu duas vezes de ano, se envolve em brigas dentro e fora da sala de aula, tem poucos amigos, não gosta de se envolver com outras pessoas, prefere fazer tudo sozinho. Em razão disso, a coordenação escolar propôs que Pedro fosse encaminhado ao atendimento psicológico.

2.2 Aspectos do paciente na entrevista inicial

Pedro tem treze anos de idade, é o segundo entre os três filhos de sua mãe, de estatura mediana (aproximadamente 1,50 metros), é um garoto franzino. Seus cabelos são loiros e olhos são castanhos, a vestimenta é adequada a sua idade. Pedro usa roupas confortáveis, moletom e calça de abrigo. Ele se mostra bastante introspectivo, evita o contato nos olhos, senta na cadeira de cabeça baixa, ao ser questionado, o nível de respostas evidencia um vocabulário empobrecido, com respostas simplistas e resumidas.

Uma vez estabelecido o *rapport*, como estratégia terapêutica, ficou combinado que o adolescente fizesse alguns desenhos nos quais contaria aspectos de sua história, como visão da família, escola e perspectivas futuras. Petersen e Wainer (2011) apontam a importância da investigação de eventos e situações desencadeadoras de pensamentos e sentimentos disfuncionais ao acesso às cognições da criança ou adolescente.

Pedro conta gostar de brincar sozinho, alega que as pessoas geralmente o incomodam, diz também incomodar outras pessoas, em casa gosta de escutar músicas, jogar vídeo game e brincar com seus animais. Na escola demonstra comportamentos agressivos, é pouco tolerante a frustrações, apresenta dificuldades na alfabetização, não realiza as atividades que são propostas, assume postura provocativa em sala de aula, diz gostar de matemática, e ter alguns “amigos de aula”, os quais se divertem junto a ele batendo em outros meninos no recreio escolar. Quando questionado sobre visão e perspectivas futuras, o garoto, imediatamente responde querer morar só e diz: “Família é chata, eles só incomodam, quero ter minha casa e morar sozinho” (sic).

2.3 Síntese da história clínica

O período da primeira infância de Pedro foi marcado por certa desorganização familiar, uma vez que sua mãe Sandra, foi diagnosticada com depressão pós-parto. Os avós maternos o tomaram como filho e, desta forma, a mãe ficou no lugar de irmã, isentando-se de qualquer tipo de atividade materna, como vinculação, cuidados básicos e amamentação. Pedro é o segundo filho entre seus irmãos, a irmã um ano mais velha, chama-se Clara, mora junto a ele, mãe e avós.

O menino, porém, não chegou a conhecer o pai. Aos três anos de idade, Pedro perdeu sua avó que veio a falecer, ele continuou a morar com o avô, o qual nomeia de pai. Logo após o falecimento da avó, Sandra sai da casa materna para viver outro relacionamento, e tem outro filho, João. O pai\avô de Pedro, então viúvo, relaciona-se com uma mulher a qual não aceita o menino, novamente sem espaço, o menino passa pelo terceiro abandono, o primeiro pela mãe, o segundo pela perda da mãe/avó, por fim pelo pai/avô. Por força circunstancial Pedro é levado a morar com sua irmã\mãe. Sandra, já separada de seu segundo relacionamento, começa a trabalhar e assume Clara e Pedro.

A partir deste momento ele começa a chamar Sandra de mãe, em razão de ver a irmã Clara chamando, já o filho mais novo João continua morando com o pai. Sandra conhece Ricardo, seu atual marido, que tem três filhos de um relacionamento anterior. O relacionamento de Pedro com o padrasto é conturbado e o relacionamento com os “novos irmãos” em especial com um dos filhos de Ricardo da mesma idade que ele é bem difícil, em uma das brigas com o “irmão de criação” (sic) assim chamado por ele, Pedro o acertou com uma enxada, o garoto precisou ser submetido a atendimento médico necessitando levar pontos no local atingido. A mãe de Pedro conta que o menino apresenta comportamento agressivo e impulsivo desde pequeno, que se envolve em brigas, foge de casa, bate nos irmãos, discute com os adultos, contraria ela e ao padrasto e, em razão disso, muitas vezes Ricardo agride Pedro fisicamente.

Na escola há muitas reclamações a respeito de seu comportamento, como agressividade; impulsividade; não execução de atividades propostas por professores; baixo rendimento escolar; desacato aos professores e envolvimento em brigas. Pedro conta com entusiasmo sobre a última briga que teve na escola, conta que um menino o chamou de “filho da mãe” (sic), e ele imediatamente respondeu ao insulto cravando um lápis no braço do colega até quebrar. Nas sessões, o menino se coloca como aquele que incomoda os outros, diz incomodar a mãe, o padrasto, os irmãos e os colegas, diz também ser incomodado por todos, quando questionado o porquê de tais comportamentos, ele responde não saber.

3 ENTENDIMENTO PSICOLÓGICO E CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Para o entendimento psicológico do caso de Pedro, inicialmente foram abordados os aspectos fundamentais para avaliação em TCC, ou seja, uma ampla entrevista de anamnese e o exame do estado mental, os quais servirão de base no construto da conceituação cognitiva do caso. “A entrevista é o instrumento mais poderoso do psicólogo, o mais indispensável de todos que possam ser colocados a seu alcance” (TAVARES, 2007, p. 75.).

Conforme Beck (1997), a conceituação cognitiva é formulada desde o início do processo psicoterápico, é um procedimento continuado que vai sofrendo modificações ao longo da terapia à medida que novos dados do paciente são revelados. Friedberg; McClure e Garcia (2011), ressaltam a importância da conceituação cognitiva como uma forma de flexibilizar as estratégias de tratamento, permitindo ao terapeuta identificar quais as técnicas e procedimentos mais indicados para a efetividade da terapia.

Segundo Eizirik, Kapczinskie e Bassols (2001) o início da adolescência é fortemente influenciado pelas manifestações da puberdade, o impacto das mudanças físicas e a expansão das habilidades cognitivas desencadeiam as alterações psicológicas e sociais que são por sua vez influenciadas pelo contexto social, histórico, cultural e familiar no qual o adolescente está inserido.

No caso de Pedro, com o histórico familiar completamente disfuncional, e que logo ao nascimento foi rejeitado pela mãe, a qual o negou-se a assumi-lo. Pouco tempo depois o menino perde a avó, a quem reconhece como mãe, é deixado de lado novamente por Sandra, sua genitora, ficando sob os cuidados do avô, então viúvo, que mais tarde se envolve com uma mulher a qual não aceita o menino.

O ciclo repete-se outra vez e ele é abandonado novamente. Em consequência disso Pedro é levado para morar com Sandra, sua genitora, no entanto esta relação é extremamente fraternal, ele a chama de “mana”, ainda que com o passar do tempo aprende a chamá-la de mãe em função da irmã mais velha. É notória a relação fraternal entre os dois. A mãe, já separada se envolve com outro homem, este com três filhos, e passam a morar juntos.

A criança que a pouco conseguira o afeto da mãe, agora terá que dividi-lo com seus dois irmãos, o padrasto e os três “irmãos de criação”, assim nomeados por ele. Entre os “novos irmãos”, Pedro demonstra grande rivalidade com o menino que

tem a mesma idade que a sua, chegando a golpeá-lo com uma enxadada na cabeça. Quando questionado sobre a infância ele diz não lembrar nada. Assim como no contexto familiar, na escola o garoto parece se portar como se não tivesse um lugar certo para ele, tem poucos amigos, e um repertório repetitivo que afirma incomodar ou outros, e também ser incomodado.

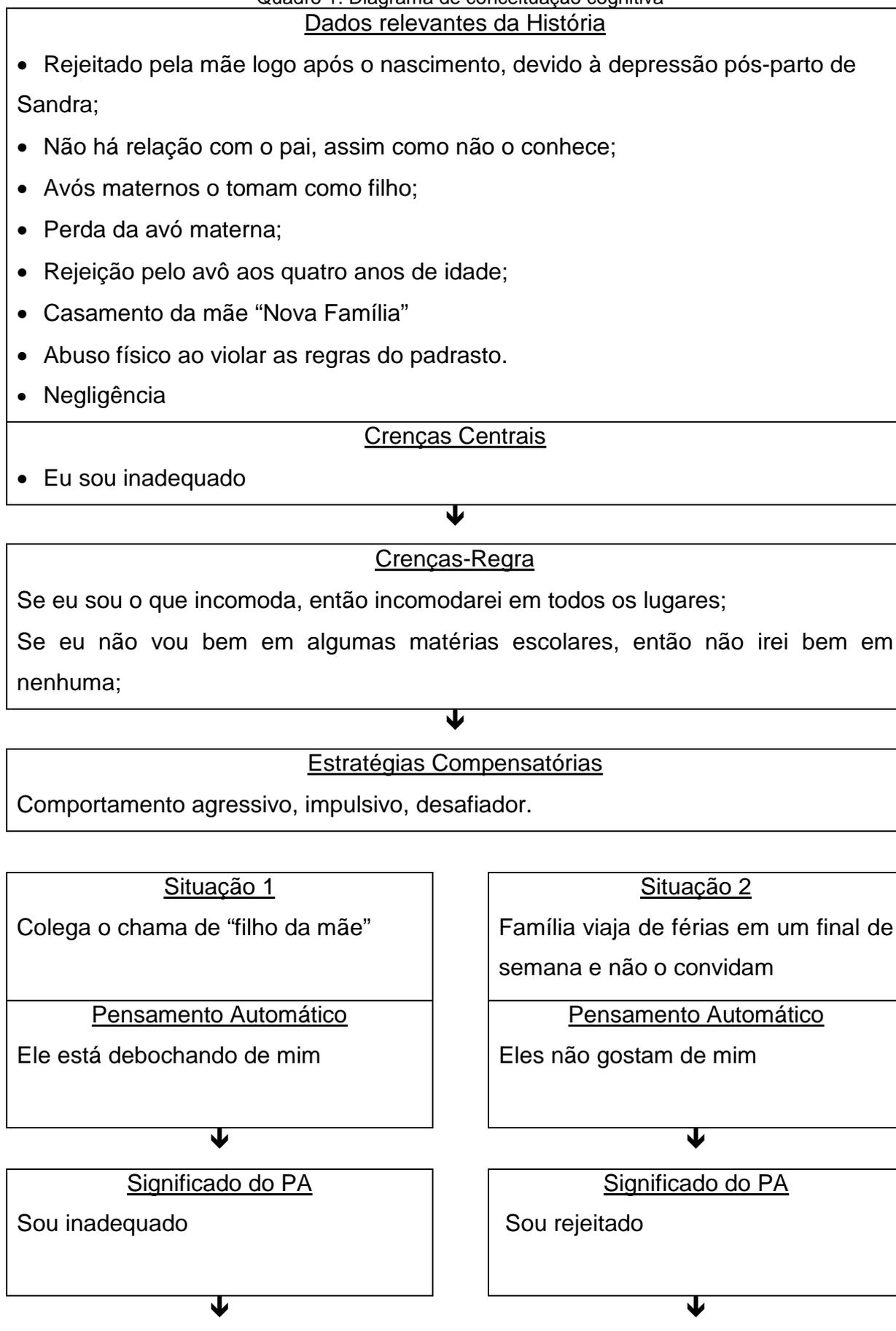
Partindo do pressuposto da Terapia do Esquema, de Young, Klosko e Weishaar (2008), Pedro desenvolveu esquemas desadaptativos de abandono, defectividade, desconfiança, isolamento social, vergonha, privação emocional, autocontrole e autodisciplina insuficiente, correspondentes aos domínios de Desconexão/ Rejeição e Limites Prejudicados, em razão de suas necessidades emocionais básicas como segurança, carinho, estabilidade, aceitação, respeito e limites internos não terem sido satisfeitas na infância. “Os esquemas são como mapas rodoviários que as pessoas seguem para conduzi-los através da vida e através de seus relacionamentos” (DATTILIO, 2011, p. 32). A definição de esquema desadaptativo é descrita por Young (1990, 1999) como:

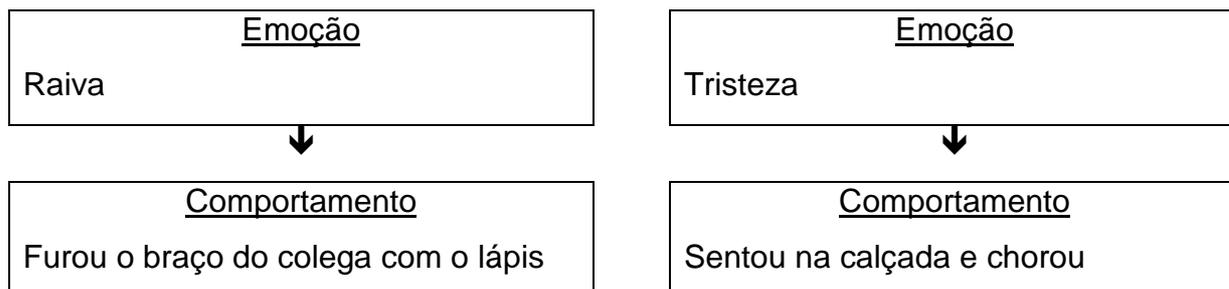
Um tema ou padrão amplo, difuso; formado por memórias, emoções e sensações corporais; relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas; desenvolvido durante a infância ou adolescência; elaborado ao longo da vida do indivíduo; disfuncional em nível significativo (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008, p. 22).

Embora não seja regra a existência de traumas na origem dos esquemas desadaptativos, todos são destrutivos, e a grande parte é causada por experiências nocivas durante a infância e adolescência (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). No caso de Pedro há evidências cotidianas nítidas da reprodução de padrões disfuncionais que lhe trouxeram sofrimento na infância.

Contudo, o modelo cognitivo propõe que o conteúdo das percepções e inferências de um indivíduo é moldado por esquemas relativamente estáveis, conhecidos como verdades a priori pelo paciente, e, em razão da economia psíquica tendem a distorcer a realidade a fim de se perpetuarem. Desta forma foi possível obter dados relevantes sobre o funcionamento e as relações interpessoais do paciente. O diagrama (Quadro 1) abaixo retrata aspectos do funcionamento cognitivo e comportamental do paciente que foi elaborado ao longo das sessões.

Quadro 1: Diagrama de conceituação cognitiva





Fonte: Elaborado pelos autores

3.1 Hipótese diagnóstica

De forma geral, “o psicodiagnóstico consiste, sobretudo, na identificação de forças e fraquezas no funcionamento psicológico” (CUNHA, 2007, p. 35,). O uso do sistema multiaxial proporciona uma avaliação abrangente e sistemática, a qual contempla o transtorno mental envolvido, condições médicas gerais, problemas psicossociais, ambientais e nível de funcionamento, oportunizando uma concepção biopsicossocial do sujeito. A classificação multiaxial do DSM-IV (APA, 2002) é composta de cinco eixos:

EIXO I - (F91.3) TOD - Transtorno de Oposição Desafiante

EIXO II - V71. 09. Nenhum diagnóstico

EIXO III - Epilepsia

EIXO IV - Problemas com o grupo de apoio primário: morte da avó, novo casamento de mãe, pai ausente, abuso físico, negligência, abandono.

Problemas relacionados ao ambiente social: Têm poucos amigos; na escola quando não faz as atividades é repreendido constantemente por ameaças de encaminhamento ao Conselho Tutelar. Pedro repetiu duas vezes de ano, tem problemas de alfabetização, apresenta padrões repetidos de discórdia com colegas e professores.

EIXO V- Escala da Avaliação Global do Funcionamento (AGF): AGF= 58 (atual)

3.2 Discussões diagnósticas

Levando em consideração o processo adolescente, bem como aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à idade do paciente, a avaliação inicial

permitiu fazer menção a hipótese diagnóstica de Transtorno de Oposição Desafiante a partir de dados trazidos pela mãe no acolhimento e em um atendimento individual, que oportunizaram a percepção de quais papéis o menino desenvolve na família ou que gostariam que ele desenvolvesse, e fundamentalmente foram analisados os dados obtidos pelo paciente durante as sessões, que descrevem a forma como o mesmo se percebe, visão de mundo, família, escola e visão de expectativas para o futuro.

No critério A, das especificidades diagnósticas para TOD de acordo com o DSM-V (APA, 2014), quanto ao humor raivoso/irritável, comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa o paciente preenche todos os sintomas. Com frequência perde a calma, é sensível ou facilmente incomodado e com frequência é raivoso e ressentido.

Tais características sintomáticas são evidenciadas repetidamente na narrativa de Pedro: “Eu fico com raiva daí bato nas pessoas, as meninas me incomodam, elas são chatas, meus colegas me incomodam, meus irmãos só incomodam, quando não consigo entender as matérias na aula eu fico com raiva e incomodo, tenho poucos amigos porque as pessoas são chatas e incomodam, sinto raiva do guarda da escola porque ele gosta de me incomodar” (sic).

A respeito de comportamentos questionadores e desafiantes, o paciente apresenta diversos episódios frequentes, em casa conta não fazer nada que a mãe ou o padrasto pede, em razão disso fica de castigo, mas assim que pode sai do castigo por conta própria, diz que o padrasto não manda em nada, discute deliberadamente com a mãe, na escola desafia professores, não faz as atividades que são propostas, quando o guarda da escola o repreende, Pedro sempre o desafia, frequentemente explica seus comportamentos impulsivos e agressivos apontando à culpa para outras pessoas, alegando que essas que o incomodam e são culpadas.

Sobre a índole vingativa, entre os inúmeros episódios que o paciente se envolveu em brigas em função de seu comportamento, os últimos foram: uma desavença com o irmão de criação, Pedro conta que o menino o incomodou e o chamou de “filho da mãe” (sic), disse que sentiu muita raiva, não pensou duas vezes e agiu impulsivamente dando uma enxadada na cabeça do irmão, outro episódio aconteceu na escola, um colega também o chamou de “filho da mãe” (sic), o menino respondeu ao insulto enfiando um lápis no braço do colega até quebrar, sobre este

ocorrido, ele disse que sentiu muita raiva e vergonha e que foi automática a resposta de agressão.

No critério B, que pontua a perturbação do comportamento como associada a sofrimento para o indivíduo e para os outros de seu contexto social de forma a causar impactos negativos no funcionamento social, educacional, ou outras áreas importantes da vida do indivíduo, essas perturbações no caso Pedro, são evidenciados em três ambientes, sendo mais frequentemente em casa, depois na escola e na comunidade, o menino expressa comportamentos desafiadores, impacientes, vingativos, hostis, acompanhados de atos de teimosia, desobediência, dificuldade de assumir erros e intenção deliberada de agir para incomodar outras pessoas.

No entanto, isso não significa que ele não sofra, com a diminuição das habilidades sociais e da capacidade na resolução de problemas, o que dificulta nas relações pessoas tanto em casa, na escola como na comunidade em que mora, dificultando as relações afetivas. Levando em conta que a difusão dos sintomas é um indicador de gravidade do transtorno, no caso de Pedro, a presença dos sintomas em múltiplos ambientes indica a gravidade do transtorno. Este é classificado como Grave. Por fim, quanto ao critério C, em entrevista, a mãe de Pedro conta que o menino sempre foi assim, desde bem pequeno, diz não lembrar-se do filho de outra forma. Portanto confirma-se a frequência de tal padrão de funcionamento.

3.3 Indicações terapêuticas

O início do tratamento objetivou acolher o paciente e suas queixas a partir de uma postura empática e assertiva pautada por uma escuta atenta e respeitosa. As primeiras sessões foram altamente investidas no estabelecimento da vinculação terapêutica, com intuito de estabelecer uma relação colaborativa, a qual facilitasse o processo terapêutico. Após a efetividade da vinculação terapêutica, ficou combinado com o paciente que o trabalho terapêutico seria realizado em equipe, com a participação ativa entre terapeuta e paciente, de forma a lutar contra os esquemas deste, usando estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais e interpessoais (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008),

Conforme Dattilio (2011, p. 33): “Com o resultado de anos de interação entre os membros da família, os indivíduos com frequência desenvolvem crenças mantidas em conjunto que constituem o esquema familiar.” No entanto à medida que o esquema familiar é constituído de forma disfuncional, esse reflete em seus membros promovendo distorções cognitivas significativas (DATTILIO, 2011).

Dessa forma, levando em consideração a origem dos problemas psicológicos do menino, como sendo na família desde os primeiros anos de vida, o tratamento foi conduzido no enfraquecimento dos esquemas desadaptativos do Pedro de forma a estabelecer uma reestruturação cognitiva, “[...] que consistisse na modificação de valores, crenças, cognições e atitudes desadaptativas do sujeito” (CABALLO, 1996).

Em suma, a primeira etapa do tratamento, baseou-se na avaliação e educação dos esquemas desadaptativos centrais da vida do paciente. Ao longo do processo terapêutico, a vinculação paciente/terapeuta permitiu que modificações efetivas e almejadas pela dupla terapêutica fossem buscadas. Sobrevindas a partir de confrontação empática, na qual o terapeuta vai contra os esquemas do paciente com razões para a mudança (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

3.4 Prognóstico

Conforme o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5, APA, 2014), frequentemente o transtorno de oposição desafiante precede o desenvolvimento do transtorno de conduta, sobretudo em indivíduos com transtornos disruptivos no início da infância. No entanto, muitas crianças e adolescentes com TOD não desenvolvem subsequentemente o transtorno de conduta.

No caso de Pedro, quanto à identificação de esquemas desadaptativos, bem como mudança, psicoeducação e controle de comportamentos agressivos e impulsivos, os seguintes dados indicam um prognóstico favorável: Boa vinculação terapêutica; Identificação dos esquemas desadaptativos do paciente por intermédio da dupla terapêutica; Motivação para a mudança, por parte do paciente; Iniciativas de mudança tomadas pelo paciente; Mobilização do paciente quanto ao reforço positivo; Potencialidades do paciente reforçadas pela terapeuta e percebidas por ele mesmo, a partir da descoberta guiada.

4 CONCLUSÃO

Ainda que o transtorno de oposição desafiante não seja via de regra precedente ao desenvolvimento do transtorno de conduta, as manifestações do TOD consistem em aumento do nível de vulnerabilidade para uma série de problemas de adaptação na idade adulta. Podendo ser os prejuízos tanto de natureza funcional, emocional, social, acadêmica ou profissional.

Conforme descrito por Eizirik, Kapczinski e Bassols (2001), os últimos dez anos de pesquisas acerca da influência familiar sobre seus membros trazem evidências significativas de como a organização e a dinâmica familiar influenciam o desenvolvimento do indivíduo. Em razão aos fatores de risco como o ambiente familiar do paciente, é indispensável que a família participe do processo de mudança. Pontuando a importância das práticas parentais na causalidade ou na remissão dos sintomas de Pedro.

Diante ao exposto, ressalta-se a importância do tratamento para indivíduos com diagnóstico de transtorno de oposição desafiante, bem como, a importância da orientação parental à serem trabalhados em conjunto no plano de tratamento.

Dessa forma verificou-se a efetividade da fusão da terapia cognitiva comportamental combinada com a terapia do esquema para o tratamento desse transtorno.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

CABALLO, V. E. **O treinamento em habilidades sociais**. In V. E. CABALLO (Org.), **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento** (pp. 361-398). São Paulo: Santos, 1996.

CUNHA J. A. Módulo II – Questões Básicas: o problema. In.: CUNHA, J. A.; et al. **Psicodiagnóstico-V**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 32-37.

PAULA, M. D. P.; SANTOS, L. A. Intervenção cognitiva em transtorno de oposição desafiante: um estudo de caso. **RGSN - Revista Gestão, Sustentabilidade e Negócios**, Porto Alegre, v.3, n.1, p. 84-98, jun. 2015.

DATTILIO, F. M. **Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DIAS, L. C. D. **Considerações acerca do transtorno de conduta**. Monografia (Especialização em Avaliação Psicológica). – Curso de Especialização em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/49109>>. Acesso em: 04 out. 2014.

EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FRIEDBERG, R. D; MCCLURE, J. M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FRIEDBERG, R. D; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TAVARES. M. Módulo IV - Estratégias Específicas em Entrevista: a entrevista estruturada para o DSM-IV. In.: CUNHA, J. A.; et al. **Psicodiagnóstico-V**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema: guia das técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.