

# TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIANTE

**Katie Quy & Argyris Stringaris**

Edição em Português

Editores: Flávio Dias Silva e Fellepe Matos Melo Campos

Tradutores: Rinaig Y. M. Carvalho, Renata M. Marques Passos, Danuta R. Duarte



Katie Quy MSc  
Institute of Education, Thomas  
Coran Research Unit, Londres,  
Inglaterra  
Conflito de interesses: nenhum  
reportado

Argyris Stringaris, MD, PhD,  
MRCPsych  
Docente Sênior, King's  
College, London Institute of  
Psychiatry, Reino Unido &  
Consultoria Psiquiátrica em  
Infância e Adolescência, Mood  
Disorder Clinic, Maudsley  
Hospital, Londres, Inglaterra  
Conflito de interesses: nenhum  
reportado

Agradecimentos: os autores  
são gratos ao Professor  
Stephen Scott pelos  
comentários frutíferos. Dr  
Stringaris agradece ao apoio  
da Wellcome Trust

Esta publicação é direcionada para profissionais em treinamento ou em atividade no campo da Saúde Mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente representam o ponto de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever os melhores tratamentos e condutas baseados nas evidências científicas disponíveis e avaliadas pelos autores no momento da escrita da mesma e esses podem mudar de acordo com o resultado de novas pesquisas. Os leitores deve aplicar tal conhecimento em pacientes em concordância com as diretrizes e leis do respectivo país de atuação. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas das drogas, pois nem todas as dosagens e efeitos adversos são mencionados. Organizações, publicações e *websites* são citados e *linkados* para ilustrar problemas ou como fonte de mais informações. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossam seus conteúdos ou recomendações, os quais devem ser criticamente avaliados pelo leitor. *Websites* também podem mudar ou deixar de existir. ©IACAPAP 2012. Essa é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso seja não comercial. Envie comentários sobre esse livro ou capítulo para [jmrey@bigpond.net.au](mailto:jmrey@bigpond.net.au)

Sugestão de citação: Quy K, Stringaris A. Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

**T**ranstornos de comportamento disruptivos são comuns e associados a prejuízos significativos tanto para as crianças quanto para suas famílias, e com uma miríade de desenlaces de ajuste negativos no desenvolvimento posterior (Ford et al, 2003; Burke et al, 2005; Copeland et al, 2009; Kim-Cohen et al, 2003; Costello et al, 2003). Problemas de comportamento disruptivo também estão associados com maior custo para a sociedade: é estimado que os gastos, até a idade de 28 anos, associados a indivíduos com comportamentos antissociais na infância são pelo menos dez vezes maiores do que em indivíduos não-antissociais (Scott et al, 2001a).

Os dois principais sistemas de classificação, O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição (DSM-IV; APA, 1994, 2000) e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (ICD-10; WHO, 1993) especificam transtorno oppositor desafiador (TOD) como um padrão persistente de comportamento desafiador, oppositor e antagonista em relação a adultos. Esse transtorno é definido pela ausência de atos de agressão ou comportamento antissocial mais severos associados ao transtorno de conduta.

## DIAGNÓSTICO

Os critérios diagnósticos do DSM-IV para TOD requerem quatro ou mais sintomas presentes por *pelo menos seis meses*. Os sintomas devem ocorrer num nível maior do que em indivíduos de idade e estágio de desenvolvimento semelhante, e causar prejuízo "significativo". O diagnóstico de TOD deve excluir transtorno de conduta. Pontos-chaves de TOD realçados pelas diretrizes do CID-10 incluem um padrão persistente de comportamento hostil e não-complacente, caracterizado por temperamento de baixo limiar.

## EPIDEMIOLOGIA

TOD é um transtorno relativamente comum na infância, com uma prevalência estimada de 2 a 10% (Maughan et al, 2004; Costello et al, 2003). No entanto, as estimativas de prevalência podem variar dependendo de fatores como: informante (i.e. pai/mãe vs. criança); tipo de relato (i.e. concorrente vs. retrospectivo); e se são incluídas crianças que cumprem critérios para transtorno de conduta. É um transtorno mais comum no sexo masculino. Sintomas são relativamente estáveis na faixa etária entre 5 e 10 anos, mas tendem a declinar a partir desse ponto. O TOD é diagnosticado mais raramente em crianças mais velhas, em parte para evitar rotular discordâncias normais entre crianças e seus pais durante a adolescência. A tabela D.2.1 resume as taxas de prevalência a partir de um grande número de estudos.

### Diferenças interculturais das prevalências

Dados obtidos de pesquisas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Mundial de Saúde Mental (OMSM) indicam que as estimativas de prevalência de TOD variam muito entre países. Por exemplo, dados de uma pesquisa internacional de larga escala publicada por Kessler et al (2007) demonstraram evidente variação na prevalência ao longo da vida de distúrbios de controle de impulso (compreendendo transtorno explosivo intermitente, transtorno oppositor desafiador, transtorno de conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade).

### Relação entre TOD e transtorno de conduta

Até que ponto TOD e transtorno de conduta devem ser considerados transtornos isolados ou uma única entidade é ainda tema de debate. Isso se reflete nos sistemas de classificação existentes: no DSM-IV o diagnóstico de transtorno de conduta pode incluir todas as características de TOD e é tratado como um precursor do transtorno de conduta. No CID-10, assim como em alguns estudos empíricos (Kim-Cohen et al, 2003), TOD é tido como uma forma mais branda de transtorno de conduta, logo, ambos são considerados uma única categoria.

Contudo, mesmo que TOD e transtorno de conduta apresentem altos índices de comorbidade, a maioria das crianças diagnosticadas com TOD não desenvolvem transtorno

### Sintomas de TOD pelo DSM-IV

- Está frequentemente com raiva e ofendido
- Frequentemente discute com adultos
- Está frequentemente irritável ou é facilmente aborrecido por outros
- Frequentemente perde a paciência
- Frequentemente aborrece ou irrita outras pessoas de forma deliberada
- Frequentemente culpa outros por seus erros ou mal comportamentos
- Frequentemente desafia de forma ativa ou recusa-se a cumprir solicitações ou regras de adultos
- É frequentemente rancoroso e vingativo

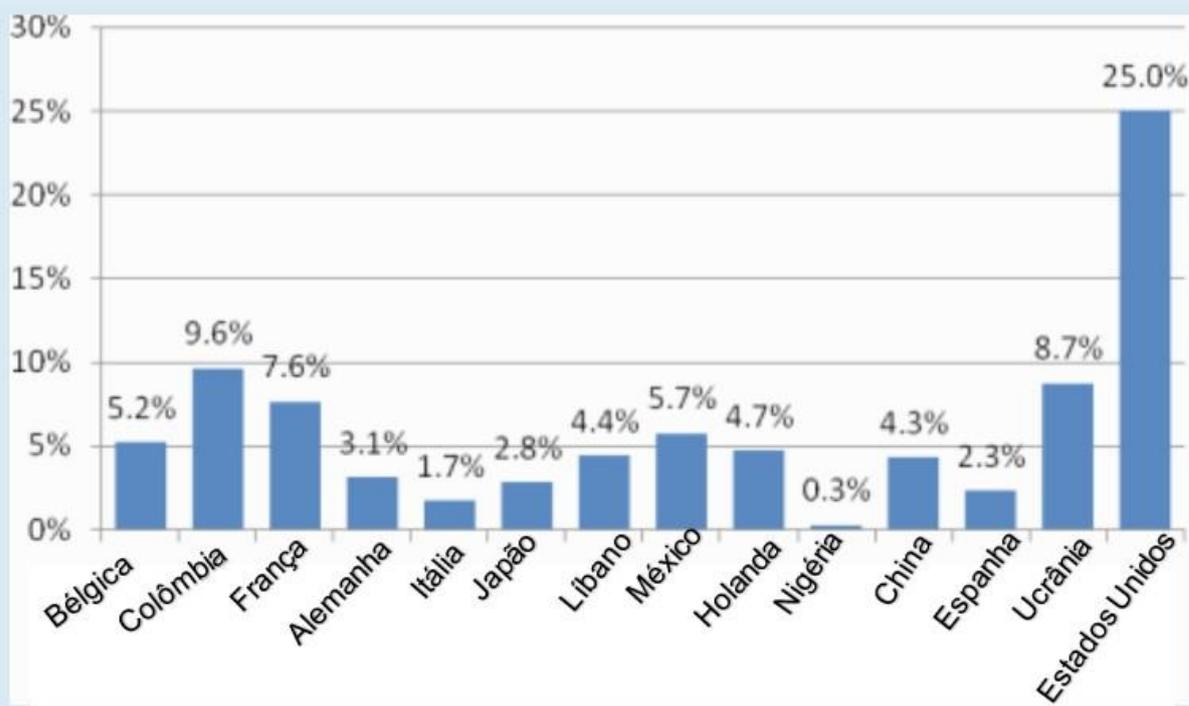
de conduta (Rowe et al, 2002), e ambos transtornos são distinguíveis por uma gama de diferentes correlatos (Dick et al, 2005; Nock et al, 2007).

	Idade	Meninos (%)	Meninas (%)
British Child and Adolescent Mental Health Survey (Meltzer et al, 2000; Ford et al, 2003)	5 – 10 anos	4.8	2.1
	11 – 15 anos	2.8	1.3
The Great Smoky Mountains Study (Costello et al, 2003) – three-month-prevalence	9 – 16 anos	3.1	2.1
The Bergen Child Study (Munkvold et al, 2009)	7 – 9 anos	2.0	0.9

### Relação entre TOD e outros transtornos (comorbidade e continuidade heterotípica)

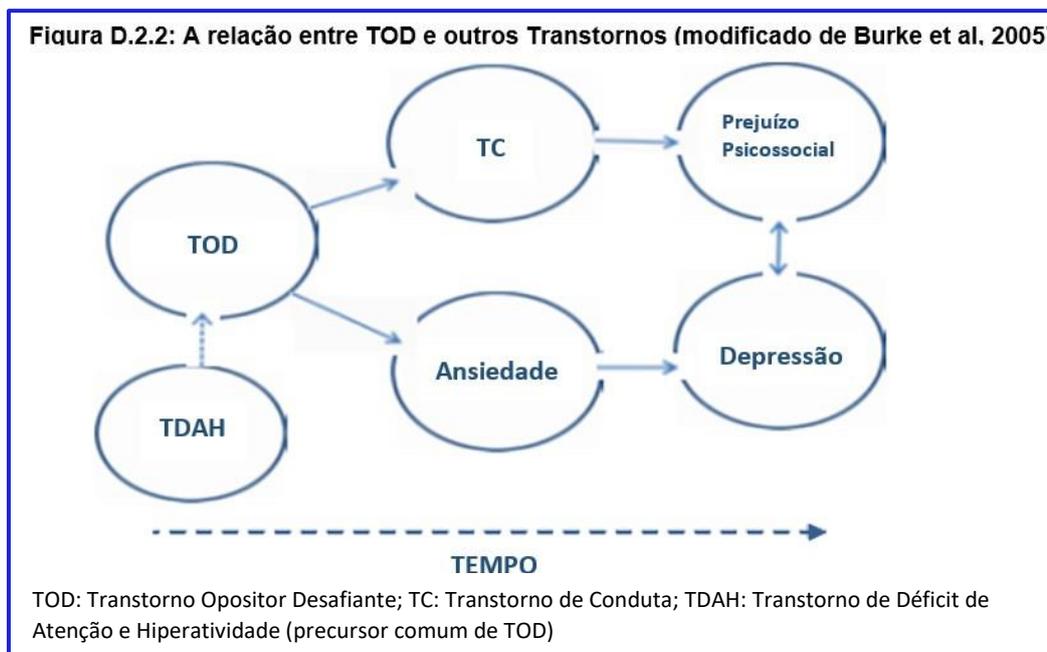
TOD é caracteristicamente comórbido, de forma que ocorre junto de ou antes de um amplo espectro de outros transtornos (Costello et al, 2003) incluindo transtornos ansiosos e depressivos (garotas), transtorno de conduta e uso de substâncias psicoativas. Crianças com TDAH frequentemente desenvolvem TOD. Essa gama de associações entre TOD e outros transtornos está na Figura D.2.2.

**Figura D.2.1 Prevalência ao longo da vida de Transtornos do Controle de Impulsos (Kessler et al, 2007)**



TOD tem consistentemente mostrado ser preditor de depressão (Copeland et al, 2009; Burke et al, 2010; Burke et al, 2005) e ansiedade (Maughan et al, 2004). Impressionantemente, Copeland et al (2009) descobriram que TOD infantil foi um preditor de depressão em adultos jovens; transtornos de ansiedade e depressão em adultos jovens foram frequentemente precedidos por TOD na adolescência, mas não por transtorno de conduta. A relação entre TOD e problemas emocionais é particularmente intrigante - tem sido sugerido que há aspectos afetivos do TOD que predizem transtornos emocionais como ansiedade e depressão (Burke et al, 2005; Stringaris & Goodman, 2009b).

Figura D.2.2: A relação entre TOD e outros Transtornos (modificado de Burke et al, 2005)



Numa tentativa de explicar a heterogeneidade de associações entre TOD na infância e transtornos na idade adulta, Stringaris and Goodman (2009a, 2009b) propuseram que os critérios diagnósticos do DSM-IV consistissem em três dimensões específicas *a priori*, descritas como "irritabilidade", comportamento "teimoso" e conduta "nociva". Outros (Rowe et al, 2010) identificaram apenas duas dimensões - irritabilidade e teimosia, enquanto outros (Burke et al, 2010) sugeriram uma separação de sintomas discretamente diferente. Os achados sugerem que humor "irritável" é um preditor mais forte de posterior transtorno emocional (Stringaris et al, 2009), enquanto comportamento "teimoso" e "nocivo" são mais associados à predição de problemas de conduta. A utilidade clínica dessas distinções ainda há de ser estabelecida (Rowe et al, 2010; Burke et al, 2010; Aebi et al, 2010).

### ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Mesmo que não tenha sido identificada nenhuma causa de TOD, alguns fatores de risco e marcadores foram associados ao comportamento opositor.

#### Genética

Efeitos genéticos contribuem significativamente para o desenvolvimento dos sintomas de TOD com estimativas de herdabilidade excedendo 50%, com fatores genéticos como responsáveis por mais de 70% da variabilidade em medidas individuais baseadas em informes dos pais (Eaves et al, 1997). Alguns sugerem que TOD apresenta importante sobreposição genética com transtorno de conduta (Eaves et al, 2000), e outros estudos indicaram propriedades únicas para cada (Rowe et al, 2008, Dick et al 2005). Adicionalmente, parece que propriedades genéticas estão na base da associação entre TOD e TDAH (Hewitt et al, 1997) assim como entre TOD e transtorno depressivo (Rowe et al, 2008). Num estudo duplo com adolescentes, sintomas autorreferidos de irritabilidade compartilharam fatores genéticos com sintomas depressivos, enquanto que sintomas "teimosos/nocivos" de TOD compartilharam risco genético com sintomas delinquentes (Stringaris et al, 2012).

#### Interação Gene-ambiente

A noção de que efeitos da exposição a fatores ambientais (i.e. maus-tratos na infância) no comportamento da criança depende da composição genética da criança tem validade aparente e plausibilidade biológica (Rutter, 2006). Num dos estudos pioneiros da área (Caspi et al, 2002), verificou-se que um polimorfismo funcional na região promotora do gene que codifica a enzima metabolizadora de neurotransmissores, a Mono Amino-Oxidase A (MAO-A), modera efeito de maus-tratos infantis sobre futuros transtornos de

conduta e problemas antissociais, embora diversos estudos posteriores não tenham encontrado tal interação. Crianças com genótipo que leva a baixos níveis de atividade da MAO-A que sofreram maus-tratos, durante o seguimento, apresentaram mais frequentemente transtorno de conduta e comportamento antissocial do que crianças com genótipo de alta atividade da MAO-A (Caspi et al, 2002). Isso será discutido mais detalhadamente no capítulo de transtorno de conduta (Capítulo D.3).

### **Idade dos primeiros sintomas**

A idade de começo dos sintomas parece ser um bom preditor de efeitos posteriores (Moffitt, 1993). Moffitt (1993) também faz a distinção entre as crianças em que os sintomas aparecem na infância e continuam na adolescência (início na infância e persistente) daquelas cujos sintomas ocorrem primeiro na adolescência. Indivíduos no grupo de início na infância e persistente apresentaram piores resultados quando adultos quando comparados com pares sem transtorno e com início na adolescência (Moffitt, 2003; Moffitt, 2006; Moffitt et al, 2002; Odgers et al, 2007; Farrington et al, 2006). Idade de início dos sintomas como preditor de desenlaces no futuro será assunto melhor discutido no capítulo D.3.

### **Temperamento**

Fatores temperamentais na primeira infância, como irritabilidade, impulsividade e intensidade das reações a estímulos negativos podem contribuir para o desenvolvimento de um padrão de comportamento desafiador e opositor. É possível que TOD seja alcançado por diferentes rotas temperamentais que poderiam servir de explicação para sua comorbidade. Stringaris et al (2010) mostraram que a comorbidade entre TOD e transtornos internalizantes foi mais fortemente associada com emotividade temperamental precoce, enquanto que comorbidade entre TOD e TDAH foi melhor previsto por excesso de atividade temperamental.

### **Influência de Pares**

Crianças que apresentam comportamento opositor são mais propensas vivenciar relações conturbadas ou problemáticas com pares. Tais crianças são comumente rejeitadas por pares não desviantes e tendem a se associar a outras crianças que apresentam comportamento problemático. Parece provável que a relação entre rejeição por pares e sintomas de TOD na infância é uma via de mão dupla, como bem ilustrado numa série de estudos sobre *bullying* (resumido em Arseneault et al, 2010).

### **Traços insensíveis e não-emocionais**

O conceito de psicopatia foi estendido para jovens recentemente (Frick et al, 1994) com um foco em traços insensíveis e sem emoção. Enquanto nem todas as crianças diagnosticadas com transtorno de conduta apresentam esses traços (Frick et al, 2000), a presença de tais características parece distinguir um subgrupo de crianças com problemas de conduta mais severos. Traços insensíveis e sem emoção parecem ser altamente hereditários (Viding et al, 2005) e caracterizados por reconhecimento empobrecido de emoções (particularmente medo) em expressões faciais (Blair et al, 2006; Dadds et al 2006). A importância desses traços será melhor discutida no Capítulo D.3.

### **Vizinhanças**

O ambiente geral à volta da criança também pode ser um fator de risco. Comportamento disruptivo tem sido consistentemente associado com desvantagens sociais e econômicas e com vizinhanças violentas (Guerra et al, 1995; Rowe et al, 2002).

### **Fatores Familiares**

A importância da interação entre genes e fatores ambientais familiares tem se tornado cada vez mais clara na etiologia dos problemas de comportamento disruptivo em crianças (Moffitt, 2005). Evidências de estudos de adoção (O'Connor et al, 1998; Ge et al, 1996) mostram que crianças com alto risco genético para comportamento antissocial foram mais susceptíveis a receber tratamento negativo dos pais adotivos do que crianças com



Gerald R. Patterson, fundador do Oregon Social Learning Center, descreveu os chamados "processos familiares coercivos" e seus papéis no desenvolvimento e manutenção de problemas do comportamento.

baixo risco genético para comportamento antissocial. De forma inversa, verificou-se em estudos com gêmeos monozigóticos que efeitos familiares contribuem com o risco de problemas externalizantes das crianças de forma mais importante do que fatores genéticos (Jaffee et al, 2003, Caspi et al, 2004). Em outras palavras, o comportamento dos pais em relação às crianças pode ser um verdadeiro risco ambiental.

### **Modelos de influência familiar**

Patterson (1982) propôs um modelo de como comportamento dos pais pode exacerbar o comportamento negativo das crianças e resultar no que denominamos "processos familiares coercitivos". Seu trabalho mostrou que pais de crianças com comportamento disruptivo são mais prováveis de serem inconsistentes na forma como aplicam regras e dão comandos que são ou pouco claros ou resultantes de seu próprio estado emocional atual, ao invés de contingentes em relação ao comportamento da criança. Um típico processo coercitivo mútuo surge quando um pai responde de forma indevidamente severa a um comportamento levemente disruptivo, no qual a criança pode agravar ainda mais seu comportamento. Isso leva a respostas ainda mais severas dos pais com mais agravamento. Essa "recompensa" paradoxal para um comportamento negativo da criança pode tanto aumentar quanto manter comportamentos opostos e é o alvo específico de intervenções terapêuticas (ver abaixo).

## **AVALIAÇÃO**

### **Instrumentos de Avaliação**

É possível avaliar problemas opostos em crianças a partir de 5 anos de idade (Kim-Cohen et al, 2005). Uma grande variedade de instrumentos está disponível para medir sintomas de TOD e auxiliar no processo diagnóstico e no seguimento.

Os profissionais devem sempre ter em mente que o diagnóstico é baseado em seu julgamento e integração das informações colhidas na anamnese, exame clínico, escalas e outros meios (resumido na Tabela D.2.2).

Princípios úteis para avaliação de crianças incluem: a) tentar obter informação do maior número de fontes possível (pais, criança, professor); b) avaliar comorbidades psiquiátricas, principalmente TDAH; c) avaliar outros fatores de risco na família, na escola e na vizinhança. Crianças com problemas de comportamento disruptivo frequentemente são oriundas de contextos carentes. É importante identificar fatores (como *bullying* ou desvio de conduta de pares) que mantenham ou aumentem os comportamentos opostos. O mesmo se aplica à performance na escola: uma criança com dificuldades de leitura ou hiperatividade pode ser mais propensa a manifestar comportamentos opostos na escola.

### **Diagnóstico diferencial**

Comportamento opositor pode ser visto em várias condições na infância. É importante que o clínico reconheça esses casos em que outros transtornos podem ter dado a origem desse comportamento. Por exemplo: não é raro que crianças que desenvolvem uma fobia específica ou outros transtornos de ansiedade, como TOC, se tornem opostas e não cooperativas, particularmente nas situações em que esperam ser expostos à condição temida. Médicos que tratam crianças com TOC cujos rituais são quebrados conhecem bem este fenômeno. Nesses casos diagnosticar TOD e não reconhecer e abordar o transtorno de ansiedade de base é contraproducente. O mesmo se aplica a crianças com TDAH que frequentemente desenvolvem oposição. De fato, a oposição pode ser a causa principal de encaminhamento dessas crianças. É crucial que o médico seja capaz de aventar TDAH como possível causa subjacente do distúrbio, mesmo quando a preocupação maior dos pais é a oposição. Isso tem importantes implicações no tratamento (ver abaixo). Situações similares podem surgir em crianças com autismo, que podem se tornar particularmente opostas frente a uma mudança na rotina ou devido a sensibilidades sensoriais. Neste caso, os clínicos também vão objetivar reconhecer a possível causa subjacente dos problemas e assegurar que serão adequadamente tratadas.

**Tabela D.2.2 Ferramentas de avaliação comumente utilizadas para identificar TOD (sintomas ou transtorno)**

Tipo	Nome	Disponibilidade
Questionários	• The Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI: Eyberg & Ross, 1978; Eyberg & Robinson, 1983)	Pode ser adquirido em: <a href="#">PAR</a>
	• The Child Behaviour Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983)	Pode ser adquirido em: <a href="#">ASEBA</a>
	• The Behaviour Assessment for Children (BASC-2: Reynolds & Kamphaus, 2004)	Pode ser adquirido em: <a href="#">Pearson</a>
	• Conners Child Behaviour Checklist (Conners & Barkley, 1985)	Pode ser adquirido em: <a href="#">MHS</a>
	• Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ: Goodman, 1997)	Disponível gratuitamente no <a href="#">SDQ website</a> sujeito a condições.
Entrevistas semi-estruturadas	• The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (Angold & Costello, 2000)	Disponível gratuitamente em <a href="#">Duke University</a> , sujeito a aprovação autoral.
Entrevistas estruturadas	• The Development and Well-Being Assessment (DAWBA: Goodman et al, 2000) combines questionnaires and interviews (with both structured and semi structured elements)	Disponível gratuitamente no <a href="#">DAWBA website</a> , para propósito não comercial.
	• The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC: Shaffer et al, 1993; Schwab-Stone et al, 1993; Shaffer et al, 2000; Shaffer et al, 2004)	Disponível via email para <a href="mailto:disc@worldnet.att.net">disc@worldnet.att.net</a> (administração cobra por cópias de trabalhos)
Instrumentos Observacionais	• The Disruptive Behaviour Diagnostic Observation Schedule (Wakschlag et al, 2008b, Wakschlag et al, 2008a)	

Jack tem 7 anos de idade. A mãe dele referiu que ele era “muito difícil” e que ele “sempre” havia sido assim. Ele perdia a linha por assuntos aparentemente triviais, como perder no videogame que jogava com seu melhor amigo: “ele fica com o rosto vermelho e começa a bufar, gritar e chorar”. Também, ele era geralmente ranzinza sem razão aparente. Sua mãe descrevia que quando ele não queria fazer algo, ele “simplesmente não fazia”. Ele geralmente se recusava a ir dormir; “nós temos brigas massivas à noite por conta disso”. Jack às vezes se irritava tanto que quebrava os próprios brinquedos ou os jogava fora. Jack não tinha qualquer contato com seu pai desde os seis meses de idade. Sua mãe dizia que o pai de Jack era um homem “raivoso e agressivo”, que geralmente gritava e perdia o controle.

O professor dizia que Jack era retrucador e recusava a obedecer ao que era pedido em classe e constantemente incomodava outras crianças ao arremessar pedaços de papel neles e furtar os lápis ou brinquedos. As outras crianças na sala não gostavam de brincar com Jack e isso o aborrecia. Recentemente, algumas das outras crianças passaram a zombar e provocar o paciente no recreio. Ele muitas vezes voltava para casa aparentando triste ou rancoroso.

A mãe de Jack afirmava que ela estava “no fim da linha” e que “Você não pode discutir com ele, você não pode dar uma dura nele, isso simplesmente não ajuda – não importa o que eu faça, não funciona”.

Jack e sua mãe foram vistos no serviço local de saúde mental para crianças adolescentes. Baseado nos sintomas e no nível de prejuízo, Jack recebeu o diagnóstico de TOD e à mãe foi ofertado fazer parte de um curso de manejo parental.

Dentro de poucas semanas de participação do curso, ela considerou grande ajuda para lidar com os comportamentos de Jack. Ao fim da intervenção, Jack não apresentava sintomas significativos de TOD. Seus rompantes se tornaram mais raros e ele estava, acima de tudo, bem mais desafiador. Ele e a mãe estavam mais aptos a curtir atividades e brincarem juntos. A mãe de Jack referiu que percebia mais facilidade para identificar os bons comportamentos de Jack e elogiá-lo adequadamente.

## TRATAMENTO

Alguns princípios gerais se aplicam ao tratamento de problemas opositores assim como outros transtornos psiquiátricos. Comorbidades devem ser identificadas já que provavelmente vão requerer tratamento por direito próprio. Isso é verdade principalmente no caso de TDAH e numa grande parte para depressão e ansiedade na infância. Outros riscos tratáveis e modificáveis (e.g., *bullying* em curso ou insucesso escolar devido a

dificuldades de aprendizado) devem sempre ser avaliados e abordados como parte do tratamento oferecido à família.

Vários tratamentos estão disponíveis aos médicos, dependendo das necessidades individuais da criança e da família. Por exemplo, comportamento ocorrendo predominantemente em casa ou na escola pode ser melhor manejado direcionando-se o tratamento para problemas específicos de cada contexto. Problemas mais generalizados podem necessitar trabalho individual mais intensivo (Moffitt & Scott, 2008).

### **Treinamento de manejo parental**

O treinamento de manejo parental baseado nos princípios da teoria da aprendizagem social é uma peça chave no tratamento de TOD. Padrões de interação problemáticos entre pais e crianças tem sido atribuídos ao desenvolvimento e manutenção de comportamento opositor, e os princípios da aprendizagem social tem sido úteis na modificação de comportamento tanto em pais quanto em crianças, particular em relação ao condicionamento operante (o papel do reforço / consequências na alteração do comportamento) (Feldman & Kazdin, 1995). Treinamento de manejo parental ensina aos responsáveis a identificar comportamentos pró-sociais e problemáticos e aplicar técnicas de punição e de reforço criadas para aumentar a frequência de comportamentos desejados e diminuir a frequência de comportamentos indesejados.

### **Exemplos de programas parentais**

Diversos programas baseados na teoria da aprendizagem social são efetivos em abordar comportamento antissocial de início precoce, sendo eles:

- *Os Anos Incríveis (Webster-Stratton, 1981)*

Um dos mais validados é "Anos Incríveis" de Webster-Stratton, um programa de treinamento comportamental feito para pais (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton, 1981), professores e crianças (Webster-Stratton & Hammond, 1997). Scott e colegas (2001b) realizaram um ensaio multicêntrico controlado da versão de grupos de pais numa amostra de 141 crianças de 3 a 8 anos (grupo de intervenção, n=90; grupo controle em lista de espera, n=51) que foram encaminhadas por comportamento antissocial para o serviço multidisciplinar local de saúde mental de crianças e adolescentes. Foram usados o programa "Básico" de vídeos (Webster-Stratton & Hancock, 1998). Este compreendia entre 13 e 16 sessões semanais de 2 horas nas quais os pais assistiam vídeos com cenas mostrando maneiras *certas* e *erradas* de se manejar crianças. O programa abrangia brincadeiras, elogios e recompensas, definição de limites e manejo do mau comportamento. Depois de assistir os vídeos, os pais eram encorajados a discutir o comportamento dos próprios filhos e ensaiar diferentes maneiras de se abordar e lidar com eles. Os pais também receberam atividades semanais para tentar em casa (dever de casa) e o progresso era apoiado por meio de telefonema. Os custos do programa foram comparáveis aos da terapia individual. Diminuições substanciais e estatisticamente significantes foram encontradas no comportamento antissocial quando comparados aos grupos controle por meio de classificações dos pais sobre os problemas de conduta, bem como na hiperatividade das crianças relato por pais do número total de problemas por dia; problemas de conduta e desvios, medidos pelo Questionário de Fortalezas e Dificuldades (Goodman, 1997); escores de problemas totais e externalizantes, como avaliado pelo Checklist de Comportamento da Criança (Achenbach & Edelbrock, 1983); problemas definidos pelos pais (os três problemas que os pais identificam como os que eles mais queriam ver melhorados); e diagnóstico pelo CID-10 de TOD. O comportamento dos pais também foi avaliado e houve redução significativa nas observações de comandos inapropriados dos pais. Dois programas subsequentes foram desenvolvidos: O "Avançado", feito para administrar as relações parentais, e o programa "Parceiros", criado para apoiar o aprendizado acadêmico da criança e criar uma relação pais-professores. Integrar os 3 programas

tem se mostrado a maneira de se obter os aprimoramentos mais substanciais no comportamento.

• *O Triplo P - Programa Positivo de Parentalidade*

Triplo P é um programa de apoio familiar e parental baseado em evidências desenhado para prevenir e manejar problemas comportamentais em crianças pré-adolescentes por meio de aperfeiçoamento das relações pais-crianças. O programa compreende múltiplos níveis: intervenção universal para prover informação sobre as questões de parentalidade aos pais interessados; fornecimento de conselhos para problemas específicos de comportamento; programas breves para fornecer conselhos e treinar pais a lidar com problemas menores de comportamento; e programas mais intensivos que compreendem treinamento com estratégias de manejo de humor, habilidades de enfrentamento e parceria para abordar problemas mais persistentes e mais penetrantes de comportamento. O Triplo P foi validado em vários estudos com uma variedade de tipos de famílias e origens culturais (Graaf et al, 1998, Bor et al, 2002).

**Abordagens alternativas**

Outras estratégias também foram apresentadas para tratar problemas de comportamento em famílias onde tais programas não tiveram sucesso. Scott e Dadds (2009) sugerem uma série de maneiras alternativas de intervenção, que podem fornecer uma estrutura para abordar fatores que podem limitar a eficácia dos programas de treinamento dos pais. Eles recomendam levar em consideração a segurança do apego e a relação pai-filho ao considerar estratégias de intervenção, a fim de permitir o impacto que o apego interrompido possa ter no significado dos reforços ou punições esperados. Além disso, eles enfatizam a importância de contextos sociais mais amplos que possam impactar a criança, como relacionamentos com pais, irmãos, famílias extensas e vizinhanças. Finalmente, eles encorajam os médicos a considerar as crenças dos pais sobre a criança (ou aspectos da paternidade) que podem estar interferindo no tratamento.



**Metas no manejo do TOD (de Frase & Wray, 2008)**

Para pais

- Aprimorar habilidades de parentalidade positiva
- Fortalecer habilidades de resolução de problemas, resolução de conflitos e comunicação

Para a criança

- Desenvolvimento de comunicação efetiva, resolução de problemas e habilidade e manejo de raiva

Para a família

- Aconselhamento familiar e suporte para lidar com seus estresses e sua relação com o ambiente familiar

Na sala de aula

- Encorajar o professor ou conselheiro escolar para prover sessões de habilidades sociais e aprimorar relações com pares.

Um grupo de pais graduados em um programa de parentalidade na África do Sul.

Fonte: Beautifulgate.

**Intervenções escolares**

Os professores também podem receber ferramentas adicionais para promover melhorias no comportamento em sala de aula. A teoria do aprendizado social também é fundamental nessa abordagem. Moffitt e Scott (2008) identificam quatro domínios primários de funcionamento a serem abordados:

1. Promoção da conformidade e adesão às regras da sala de aula e comportamentos aceitáveis
2. Apoio ao desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas
3. Prevenção do comportamento problemático
4. Evitando a escalada do comportamento de oposição

### Terapia individual - controle da raiva

As evidências existentes indicam que o treinamento em controle da raiva baseado em TCC pode ser particularmente útil no tratamento da raiva (Beck & Fernandez, 1998; Lochman et al, 2011). Este treinamento usa uma abordagem de habilidades de enfrentamento envolvendo intervenções de inoculação de estresse, incluindo três elementos: preparação cognitiva, aquisição de habilidades e treinamento de aplicação (Meichenbaum, 1996). Na primeira fase, a preparação cognitiva, o treinador trabalha para estabelecer um relacionamento com o paciente. O paciente é treinado para reconceituar os estressores como problemas potencialmente modificáveis que podem ser gerenciados usando-se estratégias de enfrentamento. Na segunda fase, aquisição de habilidades, o paciente é ensinado estratégias de enfrentamento específicas, tais como auto-regulação emocional, aceitação, solução de problemas e procedimentos de desvio de atenção; sistemas que podem ser aplicados a problemas particulares experimentados pelo paciente e sua família. Na fase final, o paciente é ensinado a aplicar essas estratégias na prática. Estressores são gradualmente introduzidos (usando-se, por exemplo a técnica do *role playing*), até que o paciente possa empregar as estratégias de enfrentamento em situações da vida real.

### Medicação

Não há evidências de que o tratamento medicamentoso seja eficaz para o tratamento de TOD. Em crianças com TDAH, o tratamento com estimulantes é conhecido por melhorar a conduta e os sintomas opostos (NICE, 2008); no entanto, não há muita evidência para apoiar o uso de estimulantes para tratar problemas de oposição em crianças sem TDAH. Um ensaio em crianças com TDAH (Blader et al, 2009) mostrou que o valproato de sódio pode ser útil para aquelas crianças cuja agressividade não respondeu aos estimulantes. No entanto, estas eram crianças hospitalizadas e os resultados podem não se aplicar às crianças comumente vistas em amostras de pacientes ambulatoriais. Um ensaio com Lítio em crianças com irritabilidade severa não mostrou efeitos (Dickstein et al, 2009). Está longe de ser claro que os efeitos da risperidona sobre os comportamentos difíceis das crianças com autismo (McCracken et al, 2002) ou com atraso de desenvolvimento podem ser extrapolados para crianças com desenvolvimento típico. Os inibidores da recaptção da serotonina são por vezes utilizados para o tratamento da raiva em populações adultas, mas faltam evidências para a sua eficácia na juventude. O aumento dramático no diagnóstico do transtorno bipolar, particularmente nos EUA (Blader & Carlson, 2007; Moreno et al, 2007) nos últimos 10 a 15 anos foi associado a um aumento na prescrição de antipsicóticos para crianças (Olfson et al, 2006). Tem sido argumentado que casos com sintomas típicos de TOD, como irritabilidade, foram diagnosticados erroneamente como transtorno bipolar. Não há boa evidência para apoiar tal expansão dos limites diagnósticos do transtorno bipolar (Leibenluft, 2011; Stringaris, 2011) e, com base nas evidências atuais, os medicamentos anti-mania não devem ser administrados a crianças com apenas TOD (para uma discussão mais detalhada desta questão, consulte o Capítulo E.3). O uso judicioso de agentes sedativos em situações de emergência ou antagonistas da dopamina (por exemplo, risperidona) usados a curto prazo para o controle específico dos sintomas pode ser considerado caso a caso. Os médicos que usam esses medicamentos vão querer informar plenamente os pais e a criança sobre as razões do seu uso (em vez de alternativas), bem como dos potenciais efeitos colaterais. Objetivos claros de tratamento (isto é, redução / mudança em determinados comportamentos ou escores de escala de classificação) devem ser acordados desde o início dentro da equipe clínica e com os pacientes e cuidadores. Os efeitos desejáveis e indesejáveis do tratamento devem ser revisados regular e cuidadosamente.

Não há evidências que medicamentos são efetivos para o tratamento de TOD.

Em crianças com TDAH, o tratamento com estimulantes é conhecido por melhorar sintomas opostos e de conduta; entretanto, não há muita evidência que dê suporte ao uso de estimulantes para tratar sintomas opostos em crianças sem TDAH.

## REFERÊNCIAS

- Achenbach TM, Edelbrock C (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Queen City Printers.
- Aebi M, Müller UC, Asherson P et al (2010). Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychological Medicine*, 40:2089–2100.
- Angold A, Costello E (2000). Te Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:39–48.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Te Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Te Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arseneault L, Bowes L, Shakoor S (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40:717-729.
- Beck R, Fernandez E (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive Terapy and Research*, 22:63-74.
- Blader JC, Carlson GA (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, 62:107.
- Blader JC, Schooler NR, Jensen PS et al (2009). Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 166:1392-1401.
- Blair RJ, Peschardt KS, Budhani S et al (2006). Te development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:262.
- Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C (2002). Te effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/ hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30:571-587.
- Burke JD, Hipwell AE, Loeber R (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:484-492.
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB et al (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1200-1210.
- Caspi A, McClay J, Mofft TE et al (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297:851.
- Caspi A, Mofft TE, Morgan J et al (2004). Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 40:149-161.
- Conners CK, Barkley RA (1985). Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin*, 21:809-843.
- Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ et al (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66:764-772.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Dadds MR, Perry Y, Hawes DJ et al (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 189:280-281.
- Dick DM, Viken RJ, Kaprio J et al (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33:219-229.
- Dickstein DP, Towbin KE, van der Veen JW et al (2009). Randomized double-blind placebo-controlled trial of lithium in youths with severe mood dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19:61-73.
- Eaves L, Rutter M, Silberg JL et al (2000). Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behavior Genetics*, 30:321-334.
- Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. the main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:965-980.
- Eyberg SM, Robinson EA (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12:347-354.
- Eyberg SM, Ross AW (1978). Assessment of child behavior problems: Te validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7:113-116.
- Farrington DP, Coid JW, Harnett LM et al (2006). *Criminal Careers up to Age 50 and Life Success up to Age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*. Home Ofce Research, Development and Statistics Directorate.
- Feldman J, Kazdin AE (1995). Parent management training for oppositional and conduct problem children. *Te Clinical Psychologist*, 48:3-5.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). Te British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1203-1211.

- Fraser A, Wray J (2008). Oppositional defiant disorder. *Australian Family Physician*, 34:402-405.
- Frick PJ, Bodin SD, Barry CT (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12:382-393.
- Frick PJ, O'Brien BS, Wootton JM et al (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103:700-707.
- Ge X, Conger RD, Cadoret RJ et al (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32:574-589.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Guerra NG, Huesmann LR, Tolan PH et al (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:518-528.
- Hewitt JK, Eaves LJ, Silberg JL et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 1. Phenotypic assessment in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:943-963.
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (and without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6:168-176.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60:709-717.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168:129-142.
- Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL et al (2011). Cognitive behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 20:305-318.
- Maughan B, Rowe R, Messer J et al (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:609-621.
- McCracken JT, McGough J, Shah B et al (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347:314-321.
- Meichenbaum D (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, 49:4-7.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R et al (2000). *The Mental Health Of Children And Adolescents in Great Britain*. Office for National Statistics.
- Moffitt TE (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt TE (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. In TMB LAHEY, A CASPI (eds) *Cause of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*, New York: Guilford Press, pp 49-75.
- Moffitt TE (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.
- Moffitt TE (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior: Research review. In D CICCETTI and DJ COHEN (eds.) *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Moffitt TE, Caspi A, Harrington H et al (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14:179-207.
- Moffitt TE, Scott S (2008). Conduct disorders. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp543-564.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Munkvold L, Lundervold A, Lie SA et al (2009). Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1264-1272.
- NICE (2008). [Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People, and Adults](#).
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E et al (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:703-713.
- O'Connor TG, Deater-Deckard K, Fulker DW et al (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Developmental Psychology*, 34:970-981.
- Ogden CL, Caspi A, Broadbent JM et al (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem

- subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64:476-484.
- Olfson M, Blanco C, Liu L et al (2006). National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63:679-685.
- Patterson GR (1982). *Coercive Family Process*: Eugene, OR: Castalia.
- Reynolds CR, Kamphaus RW (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children*, Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Rowe R, Costello EJ, Angold A et al (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119:726-738.
- Rowe R, Maughan B, Pickles A et al (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:365-373.
- Rowe R, Rijdsdijk FV, Maughan B et al (2008). Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:526-534.
- Rutter M (2006). *Genes and Behaviour, Nature-Nurture Interplay Explained*. Wiley-Blackwell.
- Schwab-Stone M, Fisher PW, Piacentini J et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children—Revised version (DISC-R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:651-657.
- Scott S, Dadds MR (2009). Practitioner Review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1441-1450.
- Scott S, Knapp M, Henderson J et al (2001a). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191.
- Scott S, Spender Q, Doolan M et al (2001b). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323:194.
- Shafer D, Fisher P, Lucas C (2004). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC): Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment. In MJ Hilsenroth, DL Segal, M Hersen (eds). Wiley, pp256-270.
- Shafer D, Fisher P, Lucas C et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:28-38.
- Shafer D, Schwab-Stone M, Fisher P et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:643-650.
- Stringaris A (2011). Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry* (in press).
- Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *American Journal of Psychiatry*, 166:1048-1054.
- Stringaris A, Goodman R (2009a). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:404-412.
- Stringaris A, Goodman R (2009b). Tree dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:216-223.
- Stringaris A, Maughan B, Goodman R (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:474-483.
- Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry*, 169:47-54.
- Viding E, Blair RJ, Moffitt TE et al (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:592-597.
- Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Hill C et al (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:632-641.
- Wakschlag LS, Hill C, Carter AS et al (2008b). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:622-631.
- Webster-Stratton C (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12:634-642.
- Webster-Stratton C (1982). The long term effects of a videotape modeling parent training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13:702-714.
- Webster-Stratton C, Hammond M (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:93-109.
- Webster-Stratton C, Hancock LT (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In JM Briesmeister, CE Schaefer (eds) *Handbook of Parent Training*. New York: Wiley.
- World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organization.