DISTÚRBIOS DE CONDUTA COM PREDOMÍNIO DE AGRESSIVIDADE, IRRITABILIDADE, IMPULSIVIDADE E INSTABILIDADE

ESTUDO CLÍNICO-ELETRENCEFALOGRAFICO DE 100 CASOS

J. CARVALHAL RIBAS *

ENEIDA BAPTISTETE **

CARLOS A. VIEIRA FONSECA ***

IÇAMI TIBA ***

HORÁCIO S. COUTINHO FILHO ****

“Troubles du caractère”, “troubles du comportement”, “enfant difficile”, “caractériel”, “enfant inadapté”, “behavior disorders”, “transtornos de conduta”, são expressões que em nosso idioma costumam ser traduzidas por “distúrbios de conduta” ou “distúrbios de comportamento”. Esse diagnóstico, tão amplamente usado em Psiquiatria Infantil, refere-se, na realidade, a praticamente tudo o que é anormal no caráter e no comportamento de uma criança ou de um adolescente, desde sintomas que podem ser isolados, como enurese, onicofagia, tiques, distúrbios da linguagem e do sono, até quadros graves e complexos, como delinquência, estados depressivos que levam ao suicídio, homossexualidade e outros 1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15.

Dentro da extensa lista de alterações que essa expressão engloba, a experiência clínica mostra que determinados sintomas tendem a agrupar-se, estabelecendo contornos mais ou menos delimitados de entidades nosológicas que até agora não encontraram uma designação precisa, mas que certamente a terão, quando forem realizados trabalhos mais extensos e profundos com essa finalidade.

Desta forma, uma criança que é criada com excesso de mimos, que faz birra quando contrariada, que recusa alimentação por negativismo, que é ciumenta, egoísta, infantil para sua idade, distingue-se, no conjunto dos seus sintomas, da criança medrosa, que é quase sempre tímida, insegura, dependente, anti-social⁴, como se diferencia também da criança agressiva, que geralmente é irritadica, impulsiva, instável, desobediente, autoritária e que apresenta crises de cólera quando contrariada. Também distingue-se, dos grupos acima, a criança quase normal, na qual unicamente chama a atenção

Trabalho do Serviço de Psiquiatria Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: * Chefe de Serviço; ** Assistente-Doutor; *** Médicos-Assistentes; **** Estagiário.

a enurese, ou a instabilidade psicomotora, ou a onicofagia, ou a anorexia verdadeira.

A pesquisa etiológica, prognóstica e terapêutica dos distúrbios de conduta dificilmente leva a conclusões válidas quando engloba, na amostragem, indistintamente, qualquer desses tipos de alteração, uma vez que o significado, a gravidade, a origem e, conseqüentemente, o tratamento são muito diversos.

Por esse motivo, procurando contribuir para o estudo dos fatores etiológicos que podem ser responsáveis por distúrbios de conduta, escolhemos, dentre esses, manifestações de natureza afim, como a impulsividade, a agressividade, a irritabilidade e a instabilidade psicomotora, observadas em pacientes que apresentavam pelo menos 3 ou 4 sintomas citados.

MATERIAL, MÉTODO E RESULTADOS

O estudo clínico-eletrencefalográfico foi realizado em 100 pacientes menores, de ambos os sexos.

Quanto à idade, 3 pacientes tinham idade até 5 anos, 60 tinham idade compreendida entre 6 a 11 anos e 37 tinham idade entre 12 a 16 anos. Quanto ao sexo, 54 pacientes eram do sexo masculino e 46 do sexo feminino; a pequena diferença percentual encontrada com predomínio do sexo masculino mostra que os distúrbios do tipo estudado distribuem-se com freqüência aproximada em ambos os sexos. Quanto à cor, 85 eram brancos, 11 pardos e 4 pretos; esta distribuição corresponde à média geral de cor dos pacientes atendidos em nosso Ambulatório.

Motivo da consulta — Oito pacientes vieram à consulta por apresentarem, na ocasião, crises epiléticas. Dois vieram por dificuldade de aprendizado escolar e um por cefaléia. Nos demais 89%, as razões da consulta foram os distúrbios de conduta.

Antecedentes familiares — Foram considerados, na avaliação dos dados, unicamente os parentes de 1º grau. Chama a atenção a grande freqüência de alcoolismo (39% dos casos) e de crises epiléticas (34% dos casos). Foram assinaladas psicoses em 10% e oligofrenias em 10% dos casos. Como parte das informações, devido às condições familiares (pai desconhecido, adoção), foram incompletas (além de 8 casos sem quaisquer informações), esses dados podem ser considerados aquém dos reais.

Freqüência dos distúrbios de conduta e época do seu início — Consideramos inconstantes os distúrbios quando os pacientes apresentavam, sem tratamento, fases de melhor comportamento, alternando-se com períodos de conduta anormal; isto ocorreu em 21% dos casos. Nos demais 79% dos pacientes os distúrbios eram constantes e persistiam, independentemente das circunstâncias que envolveram os pacientes. Em 60% dos casos os distúrbios foram observados antes dos 5 primeiros anos de vida, 32% entre 6 e 11 anos e os 8% restantes apresentaram comportamento anormal na adolescência.

Manifestações anormais da conduta e da afetividade — Dos 4 sintomas em análise, foram observados, em todos os casos, agressividade e irritabilidade. A impulsividade ocorreu em 88% dos casos e a instabilidade psicomotora, embora existente em alta porcentagem, mostrou-se o menos constante dos 4 sintomas em estudo (78%). Além destes, chamou a atenção, no conjunto da sintomatologia, a alta percentagem de crises de cólera (67%) caracterizadas por auto e/ou hetero-agressão, violência, atos destrutivos, ameaças ou mesmo tentativas de morte.

A labilidade de humor também se verificou com relativa freqüência (35%), o mesmo ocorrendo com fugas (33%) e furtos (22%). Também foram assinalados mitomania (19%), ansiedade (19%), medo patológico (15%), frieza afetiva (11%), depressão (9%), perversidade (9%) e piromania (2%).

Outras manifestações clínicas — Foram assinalados cefaléia (31), tontura (19), sono agitado (41), enurese noturna (14), sonambulismo (11), terror noturno (7) e crises epiléticas (42 casos).

Se considerarmos que 4 a 8% de pessoas da população costumam apresentar cefaléia de diferentes origens⁸, a percentagem deste sintoma, registrado em 31% dos nossos pacientes, empresta, ao dado, um significado particular, dentro do quadro clínico em estudo. Quanto à tontura (19%), a análise do resultado torna-se difícil, por não termos encontrado referência quanto à incidência na população geral.

Sendo o sono agitado bastante freqüente em crianças, a percentagem de 41% não permite concluir por um significado especial. O mesmo pode dizer-se em relação à enurese noturna. Já a freqüência de sonambulismo e terror noturno, embora percentualmente pequena (11% e 7%), é sensivelmente maior que as referidas em estudos populacionais; segundo Kurth e col.¹¹, essa porcentagem seria de 1,2%.

Embora apenas 8% os pacientes tivessem acusado crises epiléticas na ocasião da consulta, 34% referiam manifestações comiciais, seja na primeira infância, seja em época suficientemente distante da ocasião do exame para não serem mais filiadas à moléstia atual, perfazendo um total de 42% de pacientes com crises. Este é um achado importante, uma vez que os estudos sobre a incidência de crises epiléticas indicam que elas ocorrem em 0,5 a 1% da população^{1,12}. Ao considerar que o paciente teve crises epiléticas, levamos em conta as características das mesmas, a época da incidência e a eventual terapêutica feita na ocasião, de forma a só incluímos as que não deixavam dúvida quanto à origem comicial. Não foram incluídas as convulsões febris.

Adotamos o seguinte critério para as crises: freqüentes, quando ocorreram em número superior a um episódio por mês, ou seja, mais de 12 por ano, em média; pouco freqüentes, quando em número maior que um e menor que 12 por ano; raras, quando a freqüência foi, em média, inferior a uma crise por ano de idade. Dentro desse critério, encontramos 14 pacientes com crises freqüentes, sendo que, em 4, se tratava de "ausência" (temporal ou PM) e, em dois, de crises psicomotoras; nos 8 restantes, as crises eram de tipo GM. Cinco pacientes tiveram crises pouco freqüentes e, 23, raras. Este último grupo, na quase totalidade, apresentou uma ou duas crises (de diferentes tipos) em toda sua existência, a maior parte nos primeiros anos de vida.

Oito pacientes começaram a apresentar distúrbios de conduta coincidindo com a época em que surgiram as crises; apenas um deles continuou tendo crises tipo GM (antes de tratar-se); nos demais houve unicamente um ou dois episódios ictais. Em 15 casos os distúrbios de conduta existiam antes das manifestações ictais e, em 19, estas se manifestaram em primeiro lugar.

Correspondência eletro-clínica — Em 69 pacientes foi possível comprovar a existência de uma disritmia cerebral, seja pela ocorrência de crises epiléticas bem caracterizadas, seja pelo EEG anormal ou por ambos, como fica evidenciado no Quadro 1.

Crises epiléticas	e EEG normal	22 casos
Crises epiléticas	e EEG anormal	23 casos
Ausência de crises e EEG anormal		24 casos
Ausência de crises e EEG normal		31 casos

Quadro 1 — Correspondência eletro-clínica nos 100 pacientes estudados.

Condições familiares desfavoráveis — Não incluímos, neste item, lares organizados, onde apenas um dos cônjuges era irritadiço e impaciente, ou onde o relacionamento entre irmãos era pouco harmônico, mesmo porque ambiente familiar de harmonia total parece-nos algo extremamente raro de ser observado em qualquer tipo de paciente que procura nossa clínica. Consideramos como desfavoráveis as condições ambientais fora da média e suficientemente alteradas para poderem explicar, pelo menos em parte, os problemas de conduta do paciente em questão.

Dentro desse critério assinalamos, em 37 casos, condições familiares desfavoráveis: ambiente tenso e desarmonia (14), separação dos pais (7), mãe solteira (5), filhos adotivos (6), internados em Instituições (5).

Nível de inteligência — Verificado, seja mediante testes, seja pelo rendimento escolar e pela entrevista psiquiátrica, o nível intelectual revelou-se dentro dos limites do normal em 65% dos casos; 35 dos pacientes foram oligofrênicos, sendo 32 do grau de debilidade mental e 3 de imbecilidade.

Sofrimento cerebral — Em 3 pacientes, nos quais não havia referência a crises epiléticas e que apresentavam EEG normal, foi verificada a existência de condições anteriores de sofrimento cerebral. Um desses pacientes, que sempre apresentou conduta anormal, nasceu cianótico após parto que durou 30 horas. Outros dois mostraram conduta anormal após terem tido meningo-encefalite.

Fatores etiológicos possíveis — Em 85 casos foram encontrados possíveis fatores etiológicos; em 15 casos não foi possível evidenciar circunstâncias ou fatos que pudessem estar diretamente relacionados aos distúrbios de conduta: na maioria deles parecia tratar-se de personalidades psicopáticas, porém os casos não foram estudados em profundidade, nem acompanhados por tempo suficiente, para a confirmação desse diagnóstico; em outros, houve carência de informação (pacientes enviados pelo Juizado de Menores, por exemplo, e trazidos por funcionárias que quase nada podiam informar sobre seu passado).

COMENTÁRIOS

Numerosos trabalhos já demonstraram que a *epilepsia* pode ser a causa de distúrbios graves de conduta^{1, 4, 6, 7, 14} e, na maior parte das vezes, os sintomas neles citados são do tipo analisado neste estudo: agressividade, irritabilidade, impulsividade e instabilidade. Geralmente são neurologistas ou epileptologistas que verificam, em seus pacientes epiléticos, as alterações de comportamento ocorridas em períodos inter-ictais.

Nosso trabalho buscou um enfoque inverso: pesquisar, em pacientes com distúrbios de conduta do tipo acima referido, quantos eram realmente epiléticos. O resultado foi eloquente.

Se os tratados sobre epilepsia concordam em que cerca de 0,5% a 1,0% da população é constituída de comiciais^{1, 12}, a *elevada percentagem de 69% de disrítmicos em nossa casuística demonstra que, quando num paciente se associam sintomas do tipo agressividade, impulsividade, irritabilidade e instabilidade, há grande possibilidade de que o paciente seja um disrítmico, ainda que nunca tenha apresentado manifestações ictais em toda sua existência.*

A *oligofrenia* também pode ser causa de distúrbios de conduta, seja pela incapacidade de um adequado julgamento do significado dos próprios atos, seja pela dificuldade em dominar tendências e impulsos, normais ou anormais, porém socialmente inaceitáveis, seja, em casos mais graves, pela forma patológica de atuação de um cérebro mal-formado, naqueles em que, embora o diagnóstico psiquiátrico seja de oligofrenia, esta representa apenas uma das alterações existentes. Podemos, desta forma, incluir a oligofrenia entre os fatores etiológicos dos distúrbios de conduta, ainda que muitas vezes possa ser apenas um fator agravante, facilitador da eclosão de impulsos e reações anormais de outra origem. De qualquer forma, a incidência de 35% em nossa casuística permite concluir que é um aspecto importante a ser considerado na gênese desses distúrbios, uma vez que essa porcentagem é sensivelmente mais alta que na população em geral (5,0%)¹⁰.

Na sua maior parte, os trabalhos dão ênfase aos *fatores pedagógicos e ambientais* na origem dos distúrbios de conduta 1, 2, 3, 5, 9, 13, 14, 15. É indiscutível que a criança reflete o meio em que vive, mas também é certo que, do mesmo modo como ocorre com a oligofrenia, o meio pode ser um fator agravante de uma conduta anormal, previamente determinada por alterações orgânicas ou fatores constitucionais; 37% dos nossos pacientes viviam em condições ambientais desfavoráveis; mais da metade deste grupo (19) era, ao mesmo tempo, de epiléticos e/ou oligofrênicos.

É impossível concluir, em tais circunstâncias, quanto de responsabilidade cabe a cada um dos fatores; mais sensato é admitir que cada um deles contribuiu, de alguma forma, para determinar o tipo, as características e a intensidade do comportamento anormal.

Sufrimento e conseqüente lesão cerebral, determinados por anoxia prolongada neo-natal em um paciente, e meningo-encefalite nos dois outros, foram os únicos fatores etiológicos assinalados em 3 casos.

CONCLUSÕES

O estudo eletro-clínico de 100 menores com distúrbios de conduta do tipo impulsividade, agressividade, irritabilidade e instabilidade evidenciou alguns aspectos que merecem ser ressaltados:

1.º — Do ponto de vista das alterações de comportamento, observamos, além dos sintomas citados, a associação freqüente de crises de cólera (67%), fugas (33%), labilidade de humor (35%) e furtos (22%).

2.º — Quanto ao início, em 60% dos casos manifestaram-se os distúrbios antes dos 5 anos de idade.

3.º — Entre os sintomas clínicos associados, a cefaléia (31%) e o sono agitado (41%) foram os mais freqüentes.

4.º — Como possíveis fatores etiológicos, encontramos, por ordem decrescente de freqüência: disritmia cerebral (69%); condições ambientais desfavoráveis (37%); oligofrenia (37%); sofrimento cerebral (3%). Em alguns pacientes associaram-se dois ou mesmo três dos fatores citados. Em 15% dos casos não foi possível estabelecer qualquer hipótese etiológica.

5.º — Os índices encontrados indicam que, nos distúrbios de conduta do tipo impulsividade, agressividade, irritabilidade e instabilidade, o fator etiológico provável, mais freqüente, é a disritmia cerebral, ainda que outras causas possam existir, isoladamente ou associadas à mesma.

6.º — Dentre os 69 casos com disritmia cerebral, apenas 19 apresentavam crises epiléticas que indicavam formalmente tratamento anti-epilético. Nos demais pacientes, com crises raras ou ausentes, a verificação da disritmia cerebral foi conseqüência de uma investigação de rotina feita em nosso Serviço. Em tais casos, na prática psiquiátrica, não se costuma tratar a disritmia, usando-se, para os distúrbios de conduta, outros recursos terapêuticos.

7.º — Os estudos sobre distúrbios de conduta em geral, no que se refere à terapêutica, enfatizam sistematicamente a orientação pedagógica, psicoló-

gica e a psicoterapia, raramente citando, e mesmo assim de passagem, os tratamentos medicamentosos 1, 2, 3, 9, 13, 14, 15. Por outro lado, os trabalhos sobre epilepsia, quando se referem à terapêutica das alterações de comportamento, mostram que, embora a psicoterapia seja útil e o ambiente exerça influência, a base do tratamento deve ser medicamentosa, *podendo por si só corrigir totalmente os sintomas psíquicos não ictais* 4, 6, 12.

8.º — De acordo com os comentários acima, parece-nos existir uma tendência, na Psiquiatria Infantil, a minimizar, injustamente, um recurso terapêutico valioso, deixando de empregar, em casos como os acima estudados, drogas anti-epiléticas e psicotrópicos de ação coadjuvante, ainda que se possa, quando indicado, associá-los a técnicas pedagógicas, psicológicas e/ou psicoterápicas.

A experiência dos autores desta pesquisa, utilizando a orientação terapêutica acima preconizada, permite afirmar que ela proporciona, freqüentemente, resultados plenamente satisfatórios.

RESUMO

Este trabalho destinou-se a verificar a freqüência dos fatores etiológicos que podem atuar em casos de distúrbios de conduta quando os sintomas básicos são irritabilidade, agressividade, impulsividade e instabilidade psicomotora. Foram revistas 100 observações de pacientes menores, de ambos os sexos, com idade variando entre 5 a 16 anos, atendidos no Ambulatório do Serviço de Psiquiatria Infantil do Hospital de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Em 15 pacientes não foi possível evidenciar circunstâncias ou fatores orgânicos que pudessem estar diretamente relacionados à etiologia dos citados distúrbios. Nos demais, foram encontrados fatores etiológicos provavelmente relacionados com o quadro clínico, na seguinte freqüência: disritmia cerebral, em 69 casos; condições ambientais desfavoráveis, em 37 casos; oligofrenia, em 35 casos; sofrimento cerebral, em 3 casos.

A importância dos fatores ambientais e da oligofrenia na gênese dos distúrbios de conduta já é plenamente conhecida e por isso não surpreende a freqüência com que foram encontrados. Inesperada, no entanto, foi a alta incidência de disritmia cerebral nesta casuística: 68% contra mais ou menos 10% encontrados na população em geral, segundo os estudos de eletrencefalografia e epilepsia. Diferença tão grande dispensa análise estatística e indica um fator de extrema importância na origem dos distúrbios de conduta que, entretanto, não costuma ser valorizado e nem mesmo citado nos estudos sobre esse tema.

As conclusões deste trabalho sugerem uma revisão na terapêutica dos distúrbios de conduta. Ao lado dos métodos pedagógicos e psicoterápicos, únicos habitualmente recomendados, deve ser incluído o tratamento anti-epilético, uma vez que, em nossa experiência esta pode dar ótimos resultados sobre a irritabilidade, a agressividade, a impulsividade e a instabilidade manifestadas em pacientes com disritmia cerebral.

SUMMARY

Behaviour disorders with predominancy of agressiveness, irritability, impulsiveness and instability. Clinical-electroencephalografic study of 100 cases

This work was developed in order to verify the rate of occurrence of the etiological factors which may actuate in cases of behaviour disturbs, when the basic symptoms are irritability, agressiveness, impulsiveness and psycho-motor instability; 100 observations were reviewed, of patients of both sexes, whose ages varied within the range of 5 to 16 years old and who were assisted at the Child Psychiatry Service, University of São Paulo School of Medicine. In 15 of these patients it was not possible to make clear the organic circumstances or psychological factors which might be directly related to the etiology of such above mentioned disturbs. As to the remaining patients, etiological factors were found which are probably related to the clinical chart in the following rate of occurrence: cerebral disrhythmia, in 69 cases; unfavourable environment conditions, in 37 cases; oligophrenia, in 35 cases; cerebral damage, in 3 cases.

The importance of the environment factors and oligophrenia in the genesis of behaviour disturbs is already well known and, therefore, their rate of occurrence does not cause any surprise. It was unexpected, however, the high incidence of cerebral disrhythmia in this work: 68% against approximately 10% found among the population in general, according to the monographs about epilepsy and electroencephalography. So great a difference exempts any statistic analysis and indicates an extremely important factor in the origin of behaviour disturbs which, however, is not usually valuated and not even mentioned in the studies about that subject.

The final conclusions of this work suggest a reviewal in the therapeutics of behaviour disturbs. Together with the pedagogic and psychotherapeutic methods, the sole ones usually recommended, also the anti-epileptic treatment must be included, once in our experiments this treatment can provide good results over irritability, agressiveness, impulsiveness and instability shown by patients with cerebral disrhythmia.

REFERÊNCIAS

1. AJURIAGUERRA, J. — Psychiatrie de l'Enfant. Masson et Cie., Paris, 1960.
2. ALVES GARCIA, J. — Problemas de Psicopatologia da Infância e da Adolescência. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1955.
3. BAKWIN H. & BAKWIN, R. M. — Clinical Management of Behavior Disorders in Children. 2ª ed., W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1960.
4. BAPTISTETE, E. — Medo Patológico Não Ictal: Manifestação Clínica da Epilepsia. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1969.
5. GASTAUT, H. — A propos des symptômes cliniques rencontrés chez les épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises. In Alajouanine, T. — Bases Physiologiques et Aspects Cliniques de l'Epilepsie. Masson et Cie., Paris, 1968.
6. CHESSE, S. — Introducción a la Psiquiatria Infantil. Versão castelhana, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967.

7. GROSSMANN, A. P. — Estudo eletreencefalográfico de distúrbios de comportamento. Rev. Bras. Psiquiat. 1:37, 1959.
8. HEYCK, H. — Dolor de cabeza. Versão castelhana. Manuel Marin y Cia., Barcelona, 1959.
9. KANNER, C. — Psiquiatria Infantil. Versão castelhana. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966.
10. KRYNSKI, S. — Deficiência Mental. Livraria Atheneo, Rio de Janeiro, 1969.
11. KURTH, E.; GOHLER, L. & KNAAPS, H. — Untersuchungen über den Pavor Nocturnus bei Kindern. Psychiatr. Neurol. Med. Psychol., 17:1, 1965.
12. LENNOX, W. G. — Epilepsy and Related Disorders. 1ª ed. Little Brown and Co., Boston, 1960.
13. MICHAUX, L. — Psychiatrie Infantile. 4ª Edição. Presses Universitaires de France, Paris, 1964.
14. WAAL, N. — The diagnosis of behavior disorders. Annales du Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950.
15. THOMAS, A.; CHESSE, S. & BIRCH, H. G. — Temperament and Behavior Disorders in Children. New York Univ. Press, New York, 1969.

Serviço de Psiquiatria Infantil, Faculdade de Medicina — Caixa Postal 8091 — 01000 São Paulo, SP — Brasil.