

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PRESTADO POR UM SERVIÇO DE PSICOLOGIA A CRIANÇAS COM DIFICULDADES ESCOLARES

DESCRIBING THE PSYCHOLOGICAL SERVICE OFFERED BY A PSYCHOLOGICAL CENTER TO LEARNING DISABLED CHILDREN

Luciana de Toledo BERNARDES-DA-ROSA¹
Rosana Maria GARCIA²
Neide A. Micelli DOMINGOS³
Edwiges Ferreira de Mattos SILVARES⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo é caracterizar o atendimento psicológico fornecido a crianças que apresentaram queixas quanto a dificuldades escolares, encaminhadas ao Serviço de Psicologia de um Hospital-Escola do interior de São Paulo. Foram os sujeitos deste estudo 25 crianças (n=15-sexo masculino; n=10-sexo feminino) com idade variável entre 7 e 12 anos (IM=9,12 anos; DP= 1,69). Os dados de identificação da criança e dos seus pais, a origem do encaminhamento, a queixa, o diagnóstico e a recomendação de tratamento foram extraídos dos prontuários das crianças encaminhadas de 1996 a 1997. Os resultados encontrados demonstraram que a maior parte da amostra foi encaminhada por profissionais da saúde (n=14). A queixa mais freqüente foi aquela relativa aos distúrbios específicos de desenvolvimento e às habilidades escolares (n=22); seguida por distúrbios de comportamento explícito (n=19). O diagnóstico mais freqüente foi retardo mental (n=9), seguido por distúrbio de aprendizagem (n=6). A recomendação de tratamento mais freqüente foi a orientação dos pais (n=21). Também encontrou-se uma correlação entre tipo de queixa e recomendação de tratamento. Compreendeu-se a existência de um consenso quanto à recomendação de orientação dos pais e de um atendimento

⁽¹⁾ Doutoranda em Ciências (Psicologia Clínica) pela Universidade de São Paulo. Rua Fernando Correia Pires, 3864 - Redentora - São José do Rio Preto/SP - CEP 15015-040. Fone (017) 233-5051.

⁽²⁾ Mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

⁽³⁾ Doutora (PUC-Campinas) e Supervisora do Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde da FAMERP.

⁽⁴⁾ Coordenadora e Orientadora do Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo.

multiprofissional como conduta terapêutica para essas crianças; mas sugeriu-se a necessidade de pesquisas para avaliar os resultados dessa forma de atuação.

Descritores: *encaminhamento psicológico; orientação dos pais; e distúrbios de aprendizagem.*

ABSTRACT

The aim of this study is to describe the Psychology Service offered to children with learning disabilities at a Medical School Hospital in the state of São Paulo. Twenty-five children (15 male and 10 female) with ages ranging from 7 to 12 (mean= 9.12; S.D.=1.69) participated in the study. The following data were collected from their medical records between 1996 and 1997: identification, family social aspects, reference source, complaints, diagnosis and treatment recommendations. The results showed that health professionals were the main reference sources (n=14). The most frequent complaints were specific development disorders and lack of school abilities (n=22) followed by externalizing behavior disorders (n=19). The most frequent diagnosis were mental retardation (n=9) and learning disabilities (n=6). Parent training was the main treatment recommendation. A correspondence was found between main complaints and treatment recommendations. Parent training and multidisciplinary intervention are known as treatment recommendations although further researches are needed to assess the efficacy of such treatments.

Key words: *psychological reference; parent training; and learning disability;*

INTRODUÇÃO

A busca de conhecimentos sobre os fatores determinantes dos problemas psicossociais infantis, seus mecanismos de ação e as formas de atuação mais eficazes para a sua prevenção e intervenção têm recebido atenção especial por parte dos estudiosos da Psicologia Clínica já de uma longa data. Uma das formas dessa busca traduz-se pelo trabalho de pesquisadores preocupados em caracterizar a qualidade do atendimento psicológico prestado às populações atendidas por instituições universitárias de Psicologia, bem como no levantamento dos problemas mais freqüentes da população infantil - cliente de tais instituições. Estudos como estes têm por

finalidade encontrar formas de oferecer tratamentos mais condizentes com a realidade da população atendida.

De acordo com estudos brasileiros sobre a caracterização dos serviços de Psicologia como o de Silvaes e Acayaba (1993), e Bernardes da Rosa e Garcia (1998) - a maioria da população atendida numa clínica-escola é formada por crianças do sexo masculino, cujo encaminhamento deu-se, em sua maioria, em função de queixas relacionadas a problemas escolares e a comportamento explícito (como agressividade, por exemplo). Outro dado encontrado pela grande maioria dos pesquisadores da área foi o alto índice de desistência ao atendimento feito pela clientela das clínicas investigadas. Fruto dessas constatações, Silvaes (1999), por exemplo,

implantou uma nova forma de atuação psicológica em clínicas-escolas. Com base no estudo inicial de caracterização dos serviços por ela analisados, experimentou com sucesso uma inversão no fluxo usual do cliente até a clínica escola, de modo a prevenir a evasão ao atendimento.

Estudos, também, têm sido realizados a fim de demonstrar a eficácia das intervenções; com enfoque especial em um modelo triádico (Silvares, 1995; Silvares, 1989). Neste modelo, claramente explicitado por Tharp e Wetzel (1969), o terapeuta geralmente trabalha com os pais (mediadores) para reduzir o problema da criança. A suposição subjacente a este modelo é que algum tipo de déficit nas habilidades próprias do papel dos pais é, ao menos parcialmente, o responsável pelo desenvolvimento e/ou manutenção dos comportamentos-problemas apresentados pela criança (Marinho e Silvares, 1996; Silvares, 1995). Encontram-se na literatura diversas pesquisas realizadas para demonstrar a eficácia deste tipo de intervenção, principalmente em crianças com problemas de conduta, agressividade e desobediência (Kazdin, 1991; Webstern-Stratton, 1997).

Além da psicoterapia comportamental infantil, o treinamento de pais, portanto, vem demonstrando ser uma forma bem sucedida no tratamento de crianças apresentando comprometimento psicológico em diversas áreas.

Em pesquisa realizada por Webstern-Stratton e Hammond (1997) com 97 famílias de crianças apresentando problemas de conduta com início precoce, foram comparados três tipos de intervenção: treino de pais (TP), treino de crianças (TC), combinação entre treino de pais e treino de criança (TP +TC) e grupo controle formado por crianças e família em lista de espera. Os resultados demonstraram que todos os tipos de intervenção apresentaram melhoras significativas em comparação ao grupo controle, indicando que TC + TP produziram as melhoras mais

duradouras e significativas após um ano de tratamento. O tratamento que combina o treino de pais e atendimento de crianças tem-se mostrado o mais eficaz em termos de resultados duradouros, confirmando a proposta do modelo triádico.

Sabe-se também hoje que o distúrbio de aprendizagem envolve déficits em várias áreas. Além disso, estima-se que, 3% a 7% das crianças e adolescentes nos Estados Unidos (acima de 4 milhões), apresentam distúrbio de aprendizagem; e que, deste grupo, 20% apresentam Transtorno de Déficit de Atenção (Silver, 1986).

É ainda sabido que os déficits específicos de leitura, escrita, audição e fala determinam uma base de conhecimentos empobrecida para a criança; que então falha em automatizar habilidades básicas. Essas dificuldades, por sua vez, levam a déficits estratégicos na motivação e no esforço para aprendizagem e ao aumento da percepção de inadequação e baixa auto-estima na criança (Gerber, 1996). Assim, de uma forma cíclica, o fracasso escolar, associado ao distúrbio de aprendizagem (D.A.), é auto-perpetuante.

Além do mais, considera-se que os problemas emocionais (como: alto nível de ansiedade, depressão, problemas de adaptação social e mesmo distúrbios comportamentais), muitas vezes, resultam do fracasso escolar, ou do estigma a que a criança está exposta (Bruck, 1986).

Em função das várias áreas de comprometimento na criança com D.A., as tendências atuais têm sugerido o trabalho multidisciplinar como sendo o mais adequado para tratar e readaptar a criança ao seu ambiente (Miller, 1989; Gerber, 1996). Este trabalho dá-se, primeiramente, com uma avaliação da criança por uma equipe geralmente composta por psicólogo, fonoaudiólogo, pedagogo, terapeuta ocupacional e neuropediatra; e, uma vez constatado o distúrbio, a criança permanecerá em atendimento multidisciplinar com estes profissionais;

atendimento este, que, na maioria das vezes, implica também na orientação dos pais.

Uma vez que a superação deste trans-torno é de extrema importância para a adaptação da criança e do seu adequado desenvolvimento futuro, o presente estudo foi delineado de modo a avaliar a medida em que essas duas formas de trabalho (treino dos pais e trabalho em equipe multidisciplinar) encontravam-se presentes no serviço de psicologia prestado a crianças com dificuldades escolares, encaminhadas a um hospital-escola do interior de S.Paulo.

Este trabalho tem, portanto, dois objetivos: de um lado, buscou-se caracterizar, do ponto de vista de algumas variáveis demográficas, a clientela atendida em um Serviço de Psicologia de um hospital-escola, cuja queixa principal era a dificuldade escolar. De outro lado, o trabalho pretendeu verificar se as condutas psicológicas assumidas pelo serviço em relação a essa clientela encontram-se entre as mais comumente reportadas na literatura como as mais eficientes para tais casos.

MÉTODO

Sujeitos

Foram os sujeitos do presente estudo todas as crianças encaminhadas ao Serviço de Psicologia de um hospital-geral, do interior de São Paulo para avaliação em distúrbio de aprendizagem no período de 1996a 1997 (n=25). A idade dessas crianças variava entre 7 e 12 anos, sendo a idade média de 9,12 anos (DP=1,69) de ambos os sexos (masculino=15 e feminino=10), encaminhadas por algum profissional ou procura voluntária.

Procedimento

Foi construído com base no prontuário dessas crianças um protocolo de coleta de dados, contendo: sexo, idade, escolaridade

da criança, escolaridade dos pais, origem do encaminhamento, queixa, diagnóstico e conduta. O diagnóstico dado à criança já constava do prontuário e era especificado de acordo com as diretrizes do DSM-IV (APA, 1995). Para especificar a(s) queixa(s) que a família trazia para o serviço, foi utilizado o catálogo de queixas (Silvares, 1991). Este catálogo abrangia 77 categorias comportamentais diferentes, que foram agrupadas em oito grupos comportamentais mais amplos, tomando-se por base tanto o DSM-III-R (APA, 1990) como a similaridade temática das queixas. Assim, as queixas podem ser classificadas em um dos seguintes grupos: 1) Distúrbio Específico do Desenvolvimento e das Habilidades Escolares; 2) Distúrbios de Comportamento Explícito; 3) Distúrbios de Comportamentos não Explícitos; 4) Distúrbios de Alimentação e Sono; 5) Distúrbios de Identidade; 6) Tiques; 7) Distúrbios de Expulsão e 8) Distúrbios Orgânicos.

Para precisar-se a conduta psicológica foram definidas onze categorias já constantes do prontuário, a saber: 1) orientação dos pais; 2) orientação ao professor; 3) encaminhamento à fonoaudiologia; 4) encaminhamento à pedagogia; 5) encaminhamento à neuro-pediatria; 6) Psicoterapia; 7) encaminhamento à terapia ocupacional; 8) encaminhamento à classe especial; 9) encaminhamento a curso profissionalizante; 10) encaminhamento à oftalmologia; e 11) encaminhamento à APAE.

O protocolo foi preenchido com base na análise dos prontuários das crianças, por um pesquisador treinado. Após o preenchimento do mesmo, as queixas foram categorizadas de acordo com as instruções para o uso do catálogo de queixas criado por Silvares (1991).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados de identificação demográfica da clientela. De acordo com os resultados, o encaminhamento

caracterizou-se por crianças com idade variável entre 7 a 12 anos (IM= 9,12 anos; DP= 1,69), n=15 (60%) do sexo masculino e n=10 (40%) do sexo feminino; com escolaridade variável do pré à 5ª série e classe especial, n=7 (28%) cursando a 1ª série, n=4 (16%) 2ª série, n=5

(20%) 3ª série, n=1 (4%) 4ª série, n=2 (8%) 5ª série e n=5 (20%) classe especial. Em relação à escolaridade dos pais, a maioria n=19 (76%) não havia finalizado o 1º grau; n=3 (12%) 1º grau completo, n=1 (4%) nível superior incompleto e n=2 (8%) nível superior completo.

Tabela 1. Identificação demográfica da clientela encaminhada ao Serviço de Psicologia

Sexo	N	%	Idade	Escolar. Criança	N	%	Escolar. Pais	N	%
Masculino	15	60	variando de 7 a 12a IM = 9,12 anos	Pré	1	4	1º Grau Inc.	19	76
Feminino	10	40		1ª série	7	28	1º G. Comp.	3	12
				2ª série	4	16	Sup. Inc.	1	4
				3ª série	5	20	Sup. Comp.	2	8
				4ª série	1	4			
				5ª série	2	8			
				Classe Especial	5	20			

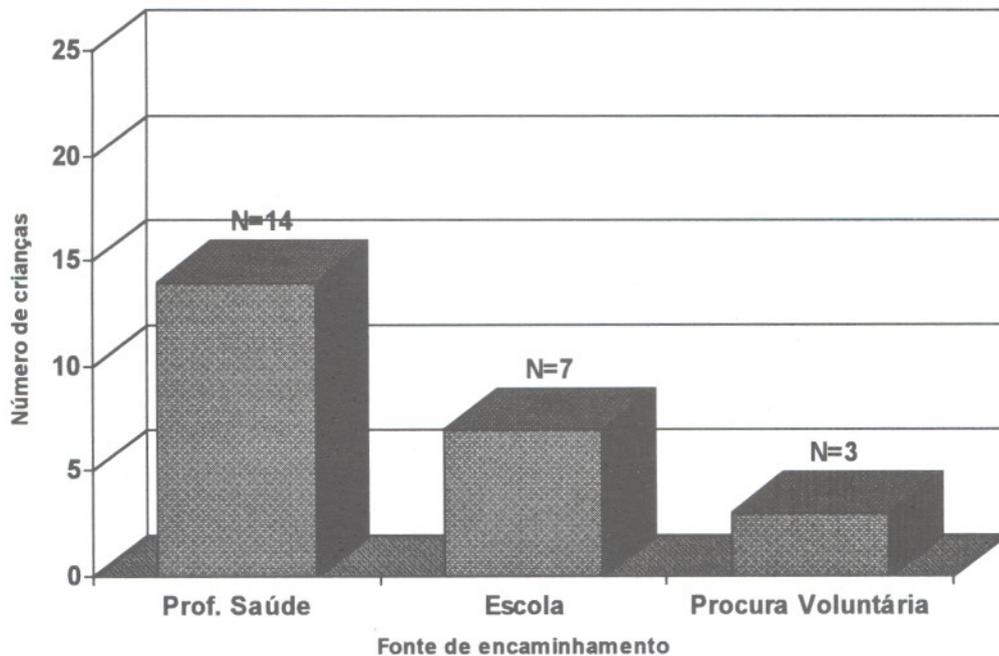


Figura 1. Fontes de encaminhamento para avaliação no Serviço de Psicologia do Hospital-Escola

Parece haver uma tendência maior para o encaminhamento de crianças nos primeiros anos da escolarização, como pode ser evidenciado pelos dados da tabela 1 (onde o maior número de encaminhamentos dá-se da primeira à quarta série). Além disso, os pais destas crianças apresentam baixo nível de escolaridade.

A Figura 1 põe em evidência a distribuição da clientela quanto à origem do encaminhamento. Pode-se verificar que a maioria das crianças (n=14 - 56%) foi encaminhada por profissionais da saúde (pediatras, neuropediatras, uropediatra, psiquiatria infantil, geneticista e fonoaudióloga), seguido, pela escola (n=7 - 28%) (diretoria ou professora) e n=3 12%) procura voluntária (Vide Figura 1).

A Figura 2 mostra a distribuição da população quanto às queixas mais freqüentes. Nela pode-se, verificar ter sido a queixa mais freqüente a de distúrbios específicos do desenvolvimento e habilidades escolares n=22 (88%), seguida por distúrbios de comportamentos explícitos n=19 (76%), distúrbios de

comportamentos não explícitos e distúrbios orgânicos n=3 (12%); e, por fim distúrbios da alimentação e do sono e distúrbios de expulsão n=1 (4%) (Figura 2).

A Figura 3 evidencia os diagnósticos mais comuns definidos pelo Serviço. Pode-se verificar que o diagnóstico mais freqüente foi o de Retardo Mental n=9 (36%), seguido por distúrbio de aprendizagem (DA) n=6 (24%), Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade (TDAH) n=4 (16%) e outros n=6 (24%) (déficit de habilidade social, déficit de atenção, déficit de estimulação, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e problema orgânico).

Lembramos ao leitor as onze categorias de conduta possíveis: 1) orientação dos pais; 2) orientação ao professor; 3) encaminhamento à fonoaudiologia; 4) encaminhamento à pedagogia; 5) encaminhamento à neuropediatria; 6) Psicoterapia; 7) encaminhamento à terapia ocupacional; 8) encaminhamento à classe especial; 9) encaminhamento a curso profissionalizante; 10) encaminhamento à oftalmologia e 11) encaminhamento à APAE.

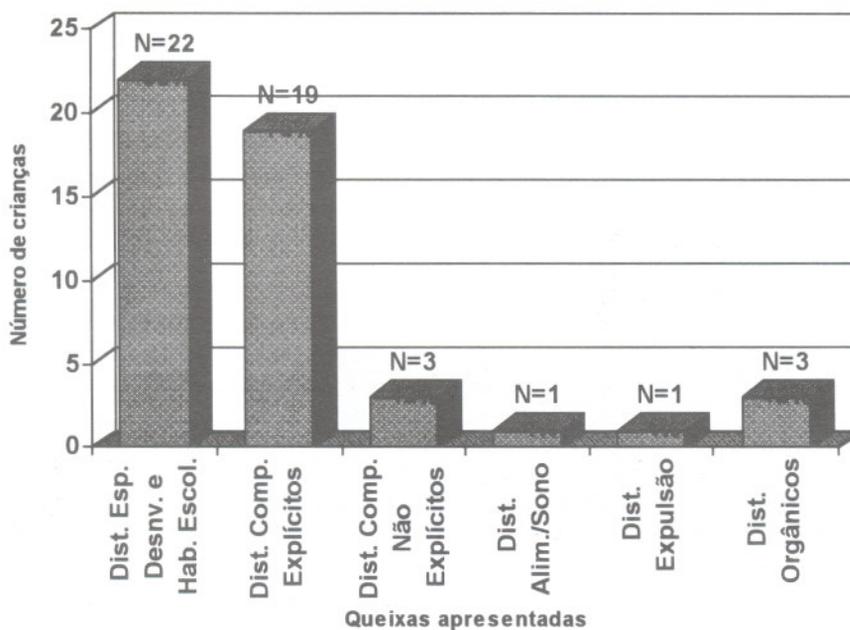


Figura 2. Tipos de queixas apresentadas pela clientela segundo Serviço de Psicologia do hospital-escola

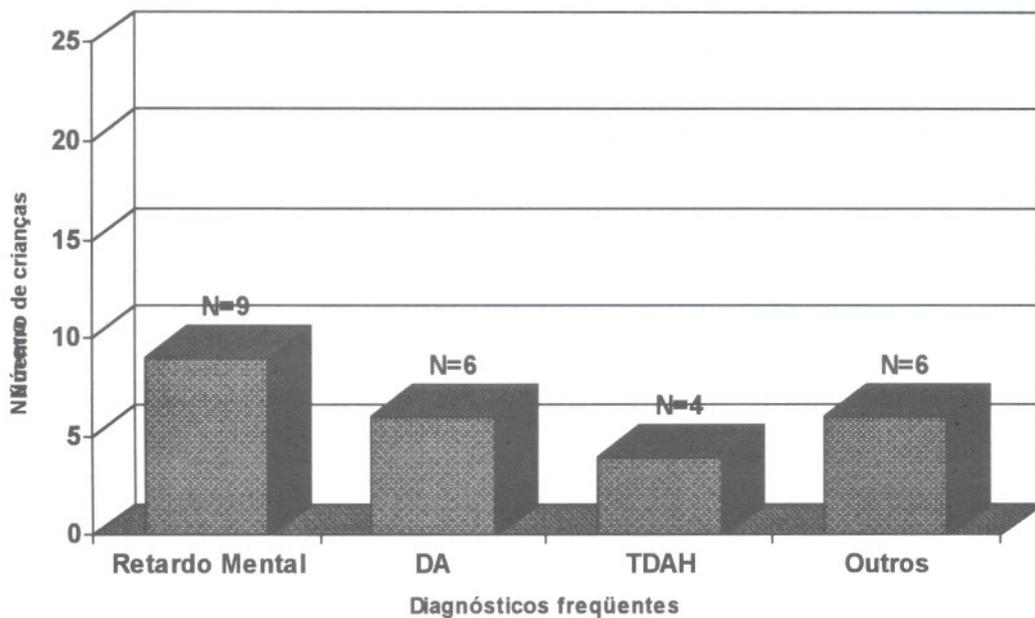


Figura 3. Diagnósticos apresentados pela clientela segundo o Serviço de Psicologia do hospital-escola.

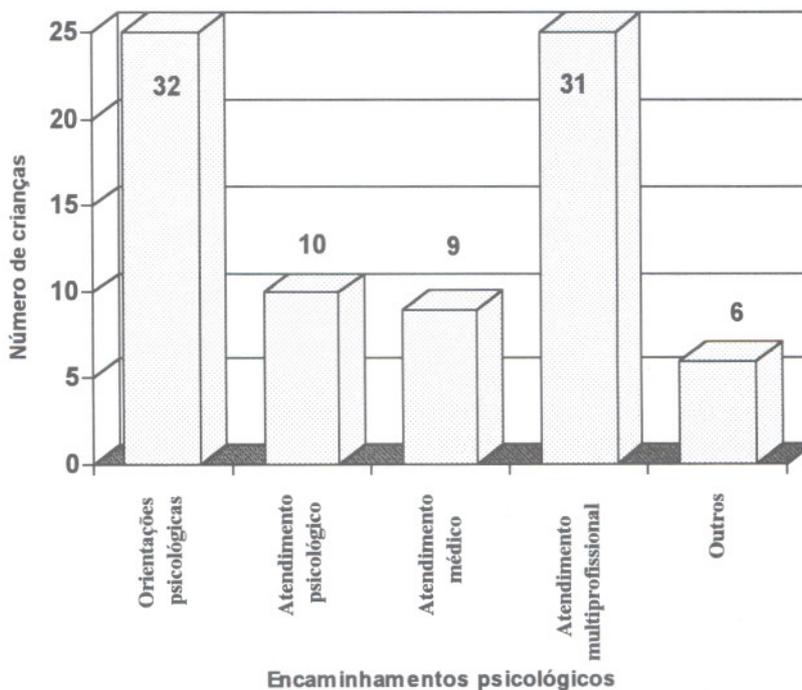


Figura 4. Encaminhamentos psicológicos realizados após a avaliação no Serviço de Psicologia do hospital-escola

As condutas foram enumeradas de 1 a 11 para tornar mais clara a forma de atendimento dada as crianças e seus familiares, sendo que cada criança podia ter mais de uma forma de encaminhamento. Em geral a conduta caracterizou-se por uma abordagem multiprofissional, onde incluiu-se na conduta além de psicoterapia, orientação a pais e professores e encaminhamentos a outros profissionais.

A Figura 4 apresenta a distribuição das condutas encontradas em relação à clientela. Estas condutas foram agrupadas para melhor visualização dos resultados. Pode-se verificar que receberam orientação de pais $n=21$ (84%), orientações ao professor $n=11$ (44%), incluídas em orientações psicológicas e em atendimento psicológico $n=10$ (40%) receberam psicoterapia. Os encaminhamentos de natureza médica incluíram neuropediatria $n=8$ (32%) crianças e oftalmologista $n=1$ (4%). Os atendimentos multiprofissionais incluíram fonoaudiologia $n=12$ (48%), pedagogia $n=12$ (48%), terapia ocupacional $n=7$ (28%). Outras condutas foram tomadas como encaminhamento para classe especial $n=4$ (16%), orientação profissionalizante $n=1$ (4%), e APAE $n=1$ (4%).

Na análise estatística realizada não foi encontrada diferença significativa entre o número de meninas e meninos e entre a idade média de ambos os grupos.

Na correlação entre queixas e condutas foram encontradas as seguintes correlações:

1) A queixa de distúrbios específicos de desenvolvimento e habilidades escolares era altamente correlacionada com orientações a pais ($p<0,000$), orientação a professores ($p<0,000$), encaminhamento para fonoaudiologia ($p<0,009$), pedagogia ($p<0,049$) e psicoterapia ($p<0,011$).

2) A queixa de distúrbios de comportamento explícito estava altamente correlacionada à orientação de pais ($p<0,000$), porém não se correlacionava à psicoterapia ($p<0,154$).

De acordo com estes dados é possível compreender que exista um consenso na

utilização da orientação de pais e atendimento multiprofissional como conduta terapêutica com crianças apresentando problemas relacionados ao desenvolvimento e habilidades escolares.

Crianças com queixa de distúrbios de comportamento explícito não são indiscriminadamente encaminhadas a psicoterapia, provavelmente em função da abordagem teórica utilizada pelas psicólogas, que enfocam o modelo triádico, no qual os pais recebem treino para lidar mais adequadamente com os problemas de conduta de seus filhos e por já se ter sido este modelo considerado na literatura como a mais eficaz de tratamento para tais tipos de distúrbios psicológicos infantis (McMahon, 1996; Silvaes e Marinho, 1998). Além disso, a população atendida na referida instituição é composta por pacientes de baixo nível sócio-econômico, daí para evitar a probabilidade de desistência do tratamento há necessidade de intervenções que possam ser realizadas de forma breve tal como é suposto por esse tipo de treinamento.

CONCLUSÃO

Os resultados, em parte, não corroboram dados da literatura visto que os meninos no Serviço são mais encaminhados para atendimento psicológico que as meninas mas não de forma significativa.

É interessante notar que a escolaridade com que as crianças são encaminhadas para avaliação está dentro do esperado para que uma intervenção adequada possa ocorrer. Porém algumas crianças encaminhadas já cursando classe especial, necessitaram ser reencaminhadas para classe normal e/ou atendimento multidisciplinar ou para cursos profissionalizantes ou APAE.

Por outro lado quanto a frequência de queixas, os dados confirmaram o que tem sido encontrado pela literatura: são mais frequentes queixas relacionadas a dificuldades escolares e distúrbios de comportamento explícito

(agressividade, agitação psicomotora, etc). Parece também haver uma tendência ao surgimento dos dois transtornos em associação.

A conduta tomada diante desses casos também parece estar de acordo com literatura pois treino de pais (aconselhamento de pais, orientação de pais), tem se mostrado especialmente eficaz como intervenção em diversos casos de distúrbio de comportamento. A orientação de pais possibilita equipar os pais com habilidades necessárias para lidar com as dificuldades da criança, além de promover a compreensão destes do que acontece com a criança, favorecendo assim a integração familiar e melhor adaptação da criança ao ambiente familiar.

Uma vez que as características e déficits da criança com D.A. leva a comprometimentos em várias áreas da vida da criança, a atuação multiprofissional têm sido a prática mais indicada, o que está de acordo com dados obtidos no levantamento realizado.

Esta dupla forma de encaminhamento é bastante compreensível visto nos encontrarmos em um hospital-escola e podermos contar com vários profissionais que integram equipes e possibilitam a multiprofissionalidade no atendimento a estas crianças. Além disso, a intervenção mais utilizada foi a orientação de pais, baseada no modelo triádico, o que demonstra além de tudo, o uso de formas de tratamento não tradicionais como forma de atendimento em rede pública de saúde.

Para melhorar o funcionamento da criança com distúrbio de aprendizagem e problemas de comportamento parece não ser suficiente oferecer tratamento psicoterápico, uma vez que este oferece à criança estratégias para lidar com estressores, porém não estimula a criança em déficits específicos de problemas de aprendizagem.

Por nos encontrarmos em uma instituição que oferece atendimento terciário, os encaminhamentos a outros profissionais e o relativo baixo número de crianças

encaminhadas para atendimento psicoterápico podem ser justificados, além do que estratégias de intervenção que possam ser delineadas levando em consideração o nível sócio-econômico dos pais e criança, com intervenções mais breves e mais focais, podem garantir que essas famílias se beneficiem do tratamento, uma vez que provavelmente haverá maior probabilidade de adesão ao tratamento.

Mais pesquisas entretanto são necessárias para ampliar o alcance dos presentes resultados, utilizando um número maior de sujeitos, analisando-se o tempo de permanência da clientela no atendimento e verificando se estes pacientes concluem o tratamento indicado. Afinal são vários os encaminhamentos e trata-se de uma população de baixo nível sócio-econômico, para quem essa forma de atenção é totalmente distante do universo cotidiano dela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACAYABA, L. T.; Bernardes-da-Rosa, L. & Garcia, R. M. (1998). Caracterização do Atendimento em Terapia Cognitivo-Comportamental em Clínica Escola. *Anais do VII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental*, p 15.
- BRUCK, M. (1986). Social and emotional adjustments of learning disabled children: A review of the issues. In: Ceci, S. J. (Ed) *Handbook of Cognitive, social and neuropsychological aspects of learning disabilities*. Hillsdale, New-Jersey, Lawrence Erlbaum Associations.
- GERBER, A. (1996). *Problemas de Aprendizagem relacionados à linguagem: sua natureza e tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- KAZDIN, A.E. (1991) Effectiveness of Psychotherapy with children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 59. n.6, 785-798.

- MACMAHON, R.J. (1996) Treinamento de pais. Em V.E. Caballo (Org.) **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação de Comportamento**. S. Paulo, Editora Santos.
- MARINHO, M., L. e Silveiras, E., F., M. (1996) Solução de conflitos e percepção de ajustamento infantil em pais de crianças com ou sem encaminhamento psicoterápico. **Estudos de Psicologia**, vol. 13, set./dez, pp. 23-31. (Publicado em 1997)
- MILLER, I. (1989). Classroom-based language intervention. **Language Speech na Hearing Services in Schools**, 20, 153-169.
- SILVARES, E.F.M (1999) Invertendo o caminho tradicional de atendimento psicológico. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**. (no prelo)
- SILVARES, E., F., M. (1995) O modelo triádico no contexto do trabalho comportamental com famílias. **Psicologia: Teoria e pesquisa** vol. 11, n. 3, pp. 235-241. Publicado em 1996.
- SILVARES E. F. M. (1993). O papel preventivo das clínicas-escola de Psicologia em seu atendimento à crianças. **Temas de Psicologia**, 2, 87-97.
- SILVARES, E.F.M (1989) Aconselhamento de pais: uma breve análise retrospectiva de duas tendências comportamentais (ecologia e generalização). **Boletim de Psicologia**, vol. 38, n. 90/91, p. 37-43 (Publicado em 1991).
- SILVARES E.F.M & Marinho, M.L. (1996). Ampliando la intervencion psicológica a la familia en la terapia conductual infantil. **Psicologia Conductual**, 6(3) 617-627.
- SILVER, L. B. (1986). Controversial approaches to treating learning disabilities and attention deficit disorder. **American Journal Disability Child**, 140 (10), 1045-1052.
- THARP, R.G. & Wetzel, R.J. (1969) **Behavior Modification in the natural environment**. New York: Brunner/Mazel.
- WEBSTERN-STRATON, 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(1), 93-109.