

Problematização sobre o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor

Problematization about Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Milena Pereira Pondé*¹

Este artigo se propõe a delinear, historicamente, o diagnóstico clínico do Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH). Com base no método genealógico, essa categoria diagnóstica é desnaturalizada e recontextualizada em sua origem. Analisa-se o conceito de desregulação do humor a partir da escala CBCL (Childhood Behaviour Checklist), sua identificação como um transtorno bipolar da infância, posterior transformação no diagnóstico de TDDH e subsequente crítica deste, com a proposta de englobar os sintomas de desregulação do humor na infância, no diagnóstico de transtorno opositor-desafiante. Como alternativa, o artigo sugere que o humor irritadiço na infância é um estado afetivo primário, constituindo-se, assim, em uma predisposição orgânica primária. Já a regulação emocional é uma construção adaptativa, que se modela ao longo da vida, gerando apresentações subjetivas diversas.

Palavras-chave: Desregulação do humor, psiquiatria, diagnóstico, infância

*¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador, BA, Brasil).



Introdução

2

A definição de humor é complexa e sempre imprecisa, ainda que consultemos os melhores manuais de psicopatologia disponíveis, porque é uma palavra que pretende expressar a subjetividade, o que, sabidamente, é mais eficaz nas artes do que na ciência. O humor se refere à emoção interna que predomina em dado momento e se expressa na forma como reagimos ao ambiente, sendo melhor compreendido quando o exemplificamos. O humor pode ser triste, alegre ou eufórico, quando a emoção interna que predomina é a tristeza ou a alegria, sendo que, no caso da euforia, a alegria é acompanhada de uma excitação maior; pode ser irritado, quando uma insatisfação e nervosismo internos se refletem numa resposta ríspida ou agressiva ao ambiente; paranoide, quando a desconfiança interna revela um comportamento reticente em relação ao ambiente; ansioso, quando uma expectativa interna de algo desagradável se expressa em uma constante preocupação em relação ao mundo exterior.

Quando se fala em transtorno do humor, classicamente reconhecemos os transtornos depressivos e os transtornos bipolares. O recente diagnóstico de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH) na infância, também se encontra catalogado entre os transtornos depressivos, na quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), assim como na sua versão revisada, o DSM-5-TR (APA, 2022). Segundo definição do manual, o diagnóstico de TDDH enquadra crianças que têm um humor predominantemente irritado e que reagem a estímulos ambientais de forma desproporcionalmente ríspida ou mesmo agressiva (APA, 2013, 2022).

A partir da grande mudança instituída na compreensão das doenças mentais pelo DSM-III (APA, 1980), crescentemente a psiquiatria tem se alinhado às neurociências, buscando identificar determinantes genéticos e alterações em circuitos cerebrais nos transtornos mentais. Nessa perspectiva, anormalidades orgânicas estariam na base dos comportamentos e das funções psíquicas alteradas, que, por seu turno, podem ser mensurados pelos testes neuropsicológicos, exames de imagem e bioquímicos (Insel, 2014). A lógica da compreensão dos transtornos mentais enquanto entidades biológicas que correspondem a alterações cerebrais se coaduna com a perspectiva de direcionar a cura para tratamentos farmacológicos ou físico-químicos, que, portanto, atuam no aparato orgânico supostamente alterado. Apesar dos diagnósticos psiquiátricos se estabelecerem na linguagem médica como entidades naturalizadas, desde a sua concepção até a direção do tratamento, eles podem também ser compreendidos como construtos culturais, pertencentes a momentos históricos específicos (Pondé, 2018).

Este artigo percorre os caminhos que trouxeram à recente construção do diagnóstico clínico de TDDH, com o intuito de desnaturalizar essa categoria diagnóstica, situando-a de volta no contexto sócio-histórico e cultural que a engendrou. Identificando as contradições levantadas por esse diagnóstico, o artigo propõe pensar os transtornos psiquiátricos da infância, especificamente o TDDH, a partir de uma perspectiva psicodinâmica, entendendo que os fenômenos psíquicos se expressam e se constroem na interface entre a subjetividade e o ambiente. }

Método

O método empreendido por este estudo consiste em problematizar a categoria diagnóstica TDDH, por meio da busca da sua origem, seguindo as publicações teóricas, epidemiológicas e clínicas relativas a essa categoria diagnóstica, bem como publicações dos autores que são citados como idealizadores desse diagnóstico no DSM-5. Essa opção metodológica se baseia na noção de apropriação do método genealógico da filosofia na área da saúde, buscando desnaturalizar conceitos que são estabelecidos como verdades, bem como recolocá-los de forma desvelada, não mais sob a perspectiva de verdade (Martins, 2004). Nesse sentido, a partir das contradições identificadas na literatura científica sobre o diagnóstico de TDDH, são propostas alternativas para compreender desfechos clínicos relacionados com irritabilidade na infância.

Desconstruindo o conceito de desregulação do humor: de fatorial de sintomas a diagnóstico nosológico

A desregulação do humor no campo da psiquiatria da infância é definida a partir de duas referências: a CBCL-DP (que se refere a uma fatorial da escala de sintomas CBCL) e o TDDH (diagnóstico psiquiátrico que aparece pela primeira vez no DSM-5). Neste tópico, será descrita a origem dessas duas referências, no que se assemelham, no que divergem e a partir de que referências os estudos epidemiológicos constroem as estimativas de prevalência do TDDH.

O conceito de desregulação de humor que predomina na literatura médica tem estreita relação com um inquérito de sintomas comportamentais na infância chamado CBCL (*Child Behavior Checklist*), que é um questionário sobre comportamentos e emoções de crianças e adolescentes, elaborado para indicar perfis sintomáticos de problemas comportamentais e emocionais nessas fases da vida (Achenbach, 1991). Esse questionário, em geral, é respondido pelos pais ou cuidadores da criança, podendo também ser respondido por profissionais que trabalhem com a criança/adolescente. Trata-se do instrumento mais usado no mundo ocidental para avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes, e é responsável pelo conceito clássico, em psiquiatria da infância, de sintomas externalizantes e internalizantes.

Na primeira década dos anos 2000, alguns estudos reuniram, através de uma técnica estatística chamada de análise fatorial, grupos de crianças que apresentavam escores elevados em três subescalas da CBCL: a subescala de problemas de atenção; a de comportamento agressivo; e a de sintomas de ansiedade e depressão. Estudos indicavam que crianças com escores elevados nessas três subescalas da CBCL tinham mais chances de apresentar na vida adulta transtorno bipolar do humor (TBH) (Faraone et al., 2005; Mick et al., 2003), suicidabilidade (Althoff et al., 2006) e comorbidades psiquiátricas (Holtmann et al., 2008).

Inicialmente, o perfil sintomático definido a partir dessa fatorial que englobava crianças com escores elevados nas três subescalas da CBCL foi chamado “Perfil de Transtorno Bipolar da Infância” (Galanter et al., 2003). Posteriormente, outros autores sugeriram o termo CBCL-DP, no qual DP significa *Dysregulation Profile*, para a mesma fatorial de sintomas (Althoff et al., 2008), demarcando, com isso, que a referida fatorial de sintomas não refletia uma espécie de transtorno bipolar da infância.

Conceitualmente, o termo “perfil de desregulação” se refere a problemas na autorregulação, que abrangem déficits em três esferas psíquicas: afeto, comportamento e cognição (Althoff et al., 2010). Operacionalmente, o construto chamado CBCL-DP é composto de itens derivados de três subescalas da CBCL, que, justamente, servem de base para o construto “perfil de desregulação”: ansiedade/depressão (que mede a esfera psíquica do afeto); comportamento agressivo (que mede a esfera psíquica do comportamento); e problemas de atenção (que mede a esfera psíquica da cognição).

A segunda referência de desregulação do humor se refere ao diagnóstico TDDH, que foi descrito pela primeira vez no DSM-5. Consoante a tal definição, presente também no DSM-5-TR, o TDDH se refere a crianças que apresentam explosões de temperamento graves e recorrentes (mais de duas vezes por semana), desproporcionais ao estímulo ambiental, sendo que o humor basal dessa criança é persistentemente irritável ou raivoso a maior parte do tempo. Esse transtorno está catalogado numa categoria diagnóstica mais ampla, chamada transtornos depressivos, que engloba também o transtorno depressivo maior, o transtorno depressivo persistente e o transtorno disfórico pré-menstrual (APA, 2013). Os critérios que caracterizam o TDDH, conforme descrito no DSM-5, são: explosões de raiva recorrentes (pelo menos três vezes por semana) e graves, desproporcionais à situação; o humor de base é persistentemente irritável ou zangado; o diagnóstico é feito entre 6 e 10 anos; trata-se de problema crônico, com pelo menos 12 meses de duração.

O manual faz algumas considerações referentes à sobreposição dos sintomas do TDDH com outros transtornos ali elencados. A primeira delas é que quando o paciente tem o diagnóstico de transtorno do espectro do autismo (TEA), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de ansiedade social (TAS) e distímia, esses transtornos explicam os sintomas e não deve ser feito o diagnóstico adicional de TDDH. De acordo com o manual, os sintomas de explosão nas condições descritas são desencadeados em contexto que gera ansiedade, quando, por exemplo, as rotinas de uma criança com TEA ou TOC são perturbadas. A segunda é que o diagnóstico de TDDH não pode coexistir com o de transtorno opositivo-desafiador (TOD), pois TOD é muito frequente em crianças com TDDH, mas o inverso não é verdadeiro, justificando diagnósticos separados. A terceira, o diagnóstico de TDDH prevalece sobre o de transtorno explosivo intermitente (TEI), pois o TEI não requer perturbação persistente de humor entre as explosões. A quarta, o diagnóstico de TDDH não deve permanecer quando existe o diagnóstico de TBH, pois, se o paciente já teve sintomas de

mania ou hipomania, deve prevalecer o diagnóstico de TBH. A quinta, o diagnóstico de TDDH pode coexistir como comorbidade com o diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta (TC) e transtorno por uso de substância (TUS). Aliás, o manual informa que as taxas de comorbidade do TDDH são muito altas, sendo raro o diagnóstico isolado dessa condição. Essa última observação é de grande relevância e será a seguir problematizada nos estudos que estimam a prevalência de TDDH e comorbidades.

As estimativas de prevalência do TDDH são bastante díspares entre os diferentes estudos, sendo que a maioria deles não define o diagnóstico de maneira direta, a partir dos critérios do transtorno, mas sim de maneira indireta, a partir de bases de dados já existentes, mesmo antes do diagnóstico de TDDH ter sido cunhado. Alguns estudos inferiram o diagnóstico de TDDH a partir de questionários de sintomas respondidos pelos pais (Copeland et al., 2013; Dougherty et al., 2014).

6 Copeland et al. (2013) definiram o diagnóstico de TDDH a partir das respostas dos pais a questionários estruturados de sintomas: o *Adolescent Psychiatric Assessment*, para crianças escolares, e o *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA), para crianças menores. Os critérios para definir TDDH foram retirados de perguntas que eram direcionadas nos questionários para identificar sintomas diagnósticos relacionados a TOD e a depressão, tendo em vista que, quando os questionários foram aplicados, o diagnóstico de TDDH ainda não havia sido sistematizado nos manuais de psiquiatria. Os autores estimaram a prevalência de TDDH de 0,8 a 3,3%, sendo mais elevada em crianças pré-escolares (Copeland et al., 2013). Esses autores indicaram elevada comorbidade entre TDDH e depressão, bem como TDDH e TOD, o que não é de surpreender, tendo em vista que o diagnóstico de TDDH foi definido a partir das questões que eram usadas para definir nas crianças o diagnóstico de depressão e de TOD.

No estudo de Dougherty et al. (2014), o diagnóstico de TDDH na idade de três anos se baseou nas respostas dos pais ao questionário PAPA. Seguindo o mesmo padrão do estudo de Copeland et al. (2013), o diagnóstico de TDDH foi definido a partir dos sintomas que compunham o diagnóstico de depressão e de TOD, sendo acrescentadas informações sobre a duração dos sintomas em contatos subsequentes com os pais, uma vez que os dados referentes aos questionários já haviam sido coletados. A prevalência de TDDH foi de 8,2%. A estimativa de comorbidade com depressão foi de 13,2%; sendo 13,2% com ansiedade; 10,5% com TDAH e 55,3% com TOD. Em 39,5% dos casos, as crianças foram diagnosticadas apenas com TDDH (Dougherty et al., 2014).

Outros estudos inferiram o diagnóstico de TDDH a partir de questionários padronizados aplicados pelos clínicos para realizar diagnóstico pelo DSM-IV (APA, 1994) ou pela CID-10 (WHO, 2016), a décima revisão elaborada pela Organização Mundial da Saúde da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* frequentemente designada pela sigla CID, que deriva de sua expressão simplificada: *Classificação Internacional de Doenças*. Sparks et al. (2014) definiram o diagnóstico TDDH a partir de dados previamente coletados usando o inquérito diagnóstico *Composite International Diagnostic Interview* – CIDI (WHO, 1997), que é um questionário estruturado, padronizado e voltado para realizar diagnóstico consoante os critérios da CID-10 e do DSM-IV. Nesse estudo, o diagnóstico de TDDH foi definido a partir de sintomas presentes em TOD, depressão e no módulo de personalidade, em entrevista prévia realizada com o CIDI. O estudo estimou que 92,8% dos pacientes com diagnóstico de TDDH eram portadores de comorbidades: TOD, transtornos de humor, TDAH e abuso de substância (Sparks et al., 2014).

Axelsson et al. (2012) estimaram a prevalência de TDDH fazendo diagnóstico retrospectivo a partir de um banco de dados que continha resposta aos itens da *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School Aged-Children* (SADS-PL-W), que é um questionário preenchido pelo clínico, a partir de entrevista semiestruturada com pais/cuidadores das crianças, para fazer diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV (Kaufman et al., 1997). Nesse estudo, os autores inferiram os critérios de TDDH a partir de sintomas catalogados para outras entidades clínicas, tendo sido estimada a prevalência de 26% de TDDH, que foi identificado como bastante comórbido com TOD e TC.

Esses estudos têm em comum a obtenção retrospectiva do diagnóstico de TDDH, que se deu a partir de sintomas relacionados a outras condições já catalogadas nos manuais diagnósticos (sobretudo depressão e TOD), não tendo havido em nenhum estudo uma investigação clínica direcionada para a pesquisa específica do TDDH. Assim, o critério nos estudos para a diagnose de TDDH é composto por itens relacionados com o diagnóstico de depressão e de TOD, de modo que é mesmo esperado que haja co-ocorrência entre os transtornos, uma vez que os sintomas usados para inferir o diagnóstico de TDDH são compostos, justamente, por sintomas correlatos às duas condições. Outro aspecto comum aos estudos de prevalência é que as crianças não foram avaliadas diretamente, mas através de inventário de sintomas respondido pelos pais. Assim, o TDDH descrito, nesses estudos, como uma entidade clínica, de

fato, refere-se a uma entidade teórica criada a partir de uma lista de sintomas relacionados a outros transtornos psiquiátricos.

Comparando o construto CBCL-DP e o diagnóstico TDDH, o primeiro se refere a um construto mais amplo, que extrapola os sintomas que compõem os critérios diagnósticos do TDDH descritos no DSM-5. Primeiro, na definição de TDDH do DSM-5, não constam sintomas relacionados à atenção, ansiedade e depressão, que são sintomas que fazem parte da fatorial CBCL-DP. Assim, o que é definido como desregulação do humor na CBCL-DP não é o mesmo que é definido como TDDH pelo DSM-5. A definição do DSM-5 se refere a uma construção diagnóstica feita por um grupo de psiquiatras, enquanto a CBCL-DP se refere a sintomas apontados pelos pais como presentes em seus filhos, a partir de uma listagem prévia. Nem o diagnóstico de TDDH proposto no DSM-5, nem a fatorial CBCL-DP se referem à observação clínica direta de pacientes, que foi a metodologia que forjou a elaboração de diagnósticos em psiquiatria elaboradas por autores clássicos como Emil Kraepelin (demência precoce e psicose maníaco-depressiva), Leo Kanner (autismo infantil) e Sigmund Freud (neurose obsessiva e neurose histérica), por exemplo.

8 Tendo esclarecido a partir de quais critérios é definida a desregulação do humor na literatura científica atual, vamos identificar que a literatura especializada se divide entre estudos que sugerem que a desregulação do humor na infância se refere a um transtorno de humor, enquanto outros sugerem que os sintomas ali elencados dizem respeito a um transtorno do comportamento. A seguir, examinaremos a literatura científica que reflete essas duas perspectivas.

A desregulação do humor vista como um transtorno do humor: da bipolaridade à depressão

Sintomas de irritabilidade e desregulação do humor na infância foram, nos últimos 30 anos, associados a transtornos de humor. Na década de 1990 e início dos anos 2000, esses sintomas fizeram parte da composição de um espectro do transtorno bipolar da infância (TB), gerando a ampliação desse diagnóstico na infância, semelhante ao que vem ocorrendo nos últimos 15 anos com o diagnóstico de autismo. Alguns estudos constataram, no início do milênio, uma epidemia de diagnósticos de transtorno bipolar na infância; houve um aumento de diagnóstico de 0,42%, em 1994, para 6,67%, em 2003 (Leibenluft, 2011). Além disso, as consultas pediátricas para TB nos EUA

aumentaram de 25/100 mil habitantes, em 1994-1995, para 1003/100 mil habitantes, em 2002-2003 (Roy et al., 2014). Alguns autores defendiam que jovens com irritabilidade crônica e grave, e outros sintomas de mania compartilhados com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) se enquadravam no que passaram a chamar “espectro bipolar” (Biederman et al., 1998; Mick et al., 2003; Mick et al., 2005; Wozniak et al., 2005), enquanto outros autores negavam essa relação (Carlson, 1998; Diler et al., 2009; Doerfler et al., 2011; Geller et al., 1998).

No campo conceitual, Leibenluft et al. (2003) definiram quatro fenótipos do que chamaram de mania juvenil, sendo o quarto determinado como um amplo fenótipo, que consiste em uma doença crônica, não episódica, caracterizada por irritabilidade grave e hiperexcitação. O termo “desregulação grave do humor” (*Severe Mood Dysregulation, SMD*) se referia, então, a uma das apresentações do que chamaram “espectro bipolar na infância” (Leibenluft et al., 2003). A partir da segunda década dos anos 2000, no entanto, a literatura científica se direcionou para apontar a desregulação do humor como um transtorno relacionado ao espectro da depressão, e não mais ao TBH. Essa literatura sustentou seus argumentos em estudos empíricos sobre: distinções psicopatológicas (Fristad et al., 2016); estudos sobre antecedentes familiares (Munhoz et al., 2017); e, sobretudo, estudos de seguimento (Stringaris et al., 2009, 2012).

Com relação à distinção psicopatológica, um dos argumentos se refere ao fato de a irritabilidade no TBH ser episódica, em oposição à irritabilidade crônica do TDDH. Fristad et al. (2016) buscaram identificar diferenças entre grupos de pessoas descritas como portadoras de TDDH e um grupo caracterizado como TBH não especificado. O que diferenciou os dois grupos, sobretudo, foi a maior prevalência de sintomas de mania e história familiar de TBH no grupo caracterizado como TBH, ao passo que a irritabilidade crônica esteve presente nos dois grupos. O mesmo estudo indicou que a desregulação grave do humor (SMD) inclui os mesmos sintomas centrais do que foi definido como TDDH, mas requer adicionalmente sintomas de hiperexcitabilidade crônica, tais como insônia, agitação, distraibilidade, pensamento acelerado, fuga de ideias, pressão para falar e intrusão (Fristad et al., 2016).

Em relação aos antecedentes familiares, Munhoz et al. (2017) identificaram como fator de risco para TDDH a presença de sintomas de humor na mãe durante a gestação e depressão materna no primeiro ano de vida do bebê. Estudo de seguimento de 20 anos de crianças indicaram que a irritabilidade grave e crônica na infância prediz o diagnóstico de depressão unipolar

10 e transtorno de ansiedade, e não de TBH (Stringaris et al., 2009, 2012). Por outro lado, Leibenluft (2011) passou a contestar a sua anterior noção de que a irritabilidade crônica na infância se constitui em um fenótipo da mania (Leibenluft et al., 2003), ancorando-se justamente em dois dos argumentos citados. Primeiro, que adultos que apresentaram irritabilidade não episódica na infância estavam mais propensos a desenvolver depressão unipolar e ansiedade na vida adulta; segundo, que o transtorno bipolar é definido como um transtorno de caráter episódico, havendo alternância de períodos de humor depressivo com elevação do humor, que pode também se apresentar como humor irritável, o que não ocorre no TDDH, que é um quadro de irritabilidade crônica (Leibenluft, 2011). Os argumentos de tal artigo foram os mesmos usados no DSM-5 para descrever o TDDH na epígrafe dos transtornos depressivos, o que não é surpreendente, uma vez que Ellen Leibenluft é uma das nove componentes do grupo de trabalho sobre transtornos da infância e adolescência do referido manual. Com essa classificação, a força tarefa do DSM considera que buscou melhorar a classificação diagnóstica de crianças que exibem irritabilidade constante associada a episódios severos de explosões, em oposição a crianças que apresentam transtorno bipolar (APA, 2013, p. 157).

As estimativas de taxas de pessoas tratadas para TB e para TDDH, levantadas através da análise de dados eletrônicos longitudinais de saúde nos EUA, entre 2016 e 2018, indicam o crescimento do diagnóstico de TDDH em relação ao de TB. Além disso, os dados mostram que os jovens com TDDH foram mais medicados, inclusive com antipsicóticos, do que aqueles com diagnóstico de TBH (Findling et al., 2022). Assim, apesar da instabilidade em relação à definição diagnóstica, existe um padrão de comportamento associado à irritabilidade e explosões comportamentais na infância, que vem sendo tratado de forma consistente e crescente com medicações psiquiátricas. Além da oscilação da comunidade científica em decidir sobre que tipo de transtorno do humor responde melhor por esses sintomas da infância, questiona-se também que não se trate de transtorno de humor, senão de comportamento.

A desregulação do humor vista como um transtorno do comportamento

Copeland et al. (2013) chamam atenção que, em termos de critérios diagnósticos, TDDH e TOD são entidades nosológicas muito próximas, diferindo em três aspectos. Primeiro, no TDDH, as explosões comportamentais ocorrem pelo menos três vezes por semana, sendo a frequência menor no TOD, que é

uma vez por semana. Segundo, o TDDH tem duração de, no mínimo, 12 meses e o TOD de seis meses. Terceiro, o TDDH traz prejuízo em pelo menos dois ambientes, devendo ser grave em um ambiente, critério não requerido para o TOD. Tendo em vista que os critérios diagnósticos para o TOD são mais amplos do que aqueles para o TDDH, mais crianças com TDDH se encaixam no diagnóstico de TOD que o inverso: 70% daquelas que preenchem critérios para o diagnóstico de TDDH preenchem também para TOD, enquanto 40% das que preenchem critérios para TOD preenchem critérios para TDDH (Copeland et al., 2013). Apesar da sobreposição sintomática entre os dois transtornos, o TOD se encontra classificado no DSM-5 como um transtorno disruptivo do comportamento, enquanto o TDDH é classificado como um transtorno depressivo. O DSM-5 estabelece a prioridade do diagnóstico de TDDH em relação ao TOD, de modo que, se a criança preenche critérios para TDDH, ela será diagnosticada como portadora de um transtorno depressivo, porém, se os sintomas forem menos graves, a sua classificação diagnóstica será de TOD, que se encontra na epígrafe mais ampla denominada ‘Transtornos Disruptivos, de Controle de Impulso e de Conduta’ (APA, 2013).

Alguns autores sugeriram que os sintomas de TDDH não existem isoladamente do TOD. Axelson et al. (2012) indicaram que a sobreposição entre os diagnósticos de TOD, transtorno de conduta (TC) e TDDH foi maior que a sobreposição entre os diagnósticos de TOD, TC e transtorno de humor. Esses autores avaliaram que pacientes com TDDH tinham taxas mais elevadas de TOD (58%) e TC (61%), além de sintomas mais graves desses transtornos que os pacientes que não tinham TDDH. Freeman et al. (2016) avaliaram um banco de dados composto por 597 jovens com idade entre 6 e 18 anos. Nessa amostra, quase todos os que preenchiam critérios para TDDH tinham também o diagnóstico de TOD, além de taxa mais elevada de comorbidade com TDAH e TC que aqueles que não preenchiam critérios para TDDH. Mayes et al. (2016) identificaram, a partir de um banco de dados que continha sintomas extraídos de um inquérito de sintomas respondido por mães, que 92% das crianças que preenchiam critérios para TDDH tinham sintomas compatíveis com TOD, enquanto 66% das crianças com diagnóstico de TOD tinham sintomas compatíveis com TDDH.

A esse corpo de publicações, seguiu-se uma tendência para que os sintomas referidos como TDDH, catalogado na epígrafe dos transtornos depressivos no DSM-5, migrassem para a categoria diagnóstica de TOD, ao invés de permanecer no capítulo dos transtornos de humor. Assim, a CID-11 (WHO, 2019) sugere que a psicopatologia que corresponde ao TDDH do

DSM-5 seja classificada como transtorno opositor-desafiante, e não como uma categoria diagnóstica distinta dentro dos transtornos depressivos (Lochman et al., 2015). Sob a epígrafe da categoria diagnóstica mais ampla denominada “Comportamento Disruptivo ou Transtornos Dissociais” da CID-11, estão classificados o TOD e o TC. O TOD, nesse manual diagnóstico, caracteriza-se por um padrão persistente (seis meses ou mais) de comportamento marcadamente desafiador, desobediência, provocador ou rancoroso, que ocorre com mais frequência do que o observado em indivíduos de idade comparável, e subdivide-se em duas categorias: TOD com irritabilidade/raiva crônica (subtipo com emoções pró-sociais limitadas e subtipo com emoções pró-sociais típicas) e TOD sem irritabilidade/raiva crônicas (subtipo com emoções pró-sociais limitadas e subtipo com emoções pró-sociais típicas). Alguns estudos sugerem que existem fenótipos distintos de transtorno opositor-desafiante, levando a desfechos clínicos diversos. Assim, quando existe associação com sintomas comportamentais, o desfecho clínico com problemas antissociais é mais frequente; já quando predomina irritabilidade, o desfecho mais comum é depressão e ansiedade (Burke, 2012; Leadbeater & Homel, 2015; Leibenluft et al., 2012; Stringaris, 2011).

12 O que existe em comum entre os estudos que indicam a aproximação entre TDDH, TOD e TC é que o diagnóstico de TDDH foi definido a partir de listas de sintomas previamente catalogadas dos pacientes (Axelson et al., 2012; Freeman et al., 2016; Mayes et al., 2016). Na definição dos diagnósticos extraídos da lista de sintomas dos bancos de dados desses estudos, muitos sintomas exigidos para o diagnóstico de TOD e de depressão coincidem com aqueles que compõem o diagnóstico de TDDH, o que provavelmente determina uma sobreposição entre os diagnósticos. Não é surpreendente, portanto, que os estudos indiquem que o TOD e o TDDH apresentam elevada sobreposição de sintomas, uma vez que os dois diagnósticos são definidos a partir de grupos de sintomas semelhantes, extraídos de entrevistas padronizadas previamente realizadas com os pais. Desse modo, não se trata, aqui, de entidades empíricas distintas que apresentam semelhanças, mas sim da composição de entidades distintas a partir de critérios semelhantes, que são respostas a questões sobre o comportamento dos filhos, em entrevistas estruturadas realizadas com os pais ou cuidadores.

Ao analisar o método de definição do TDDH em diferentes estudos, observamos que essa categoria diagnóstica vem sendo definida através de critérios que compõem outras categorias, e não através de avaliação clínica direta dos pacientes. Copeland et al. (2013) e Dougherty et al. (2014)

definiram o diagnóstico de TDDH a partir de sintomas elencados nas respostas a instrumentos de avaliação preenchidos pelos pais das crianças: *Adolescent Psychiatric Assessment*, para crianças escolares, e o PAPA, para crianças menores. Axelson et al. (2012) e Sparks et al. (2014) definiram o diagnóstico de forma retrospectiva, a partir de um banco de dados que continha respostas a avaliações feitas pelos clínicos de acordo com as entrevistas do SADS-PL-W e do CIDI, respectivamente. Em todos os casos, o diagnóstico do TDDH foi feito retrospectivamente, a partir de sintomas relacionados a outras condições já catalogadas no DSM (sobretudo depressão e TOD). Assim, o critério definido naqueles estudos para o diagnóstico de TDDH é a composição de itens que integram o diagnóstico de depressão, TOD e alguns outros transtornos, sendo, por conseguinte, esperado que haja co-ocorrência entre os transtornos, uma vez que os sintomas usados para compor o diagnóstico de TDDH são extraídos dos sintomas que formam os critérios para outras condições.

Essa metodologia de definição do diagnóstico gera inconsistências entre os critérios que definem o diagnóstico. Entre os diferentes estudos, os critérios usados para definir o TDDH são semelhantes, mas também divergem entre os estudos, e são extraídos de critérios estabelecidos para o diagnóstico de outras condições. Dessa forma, a suposta co-ocorrência de entidades nosológicas discretas nas mesmas pessoas é uma falácia, pois o conjunto de sintomas que indica o diagnóstico de TDDH é retirado do conjunto de sintomas que indica o diagnóstico de outros transtornos, o que vai gerar, necessariamente, sobreposição entre os conjuntos de sintomas formados. Não é de surpreender, por conseguinte, que os autores tenham identificado elevada comorbidade entre TDDH e depressão, bem como TDDH e TOD, já que os critérios para definição dessas entidades diagnósticas impõem o compartilhamento de sintomas comuns, extraídos da lista de sintomas indicados nos questionários ou entrevistas respondidos pelos pais.

13

Hipótese da desregulação do humor como um traço neurodesenvolvimental

Descrito pela primeira vez no DSM-5 como um transtorno depressivo, o TDDH foi contestado enquanto categoria nosológica. Alguns autores argumentam que o diagnóstico descrito no DSM-5 não é acompanhado de dados empíricos sobre a sua etiologia, história natural ou resposta terapêutica, e que, desde a sua descrição, não foram feitas publicações que preencham estas lacunas (Parker & Tavella, 2018). Com base nos estudos de seguimento de Dougherty et al. (2014, 2017) e em alguns conceitos da psiquiatria alemã do

século XX (Kretschmer, 1954), nos próximos parágrafos será desenvolvida a hipótese de que a desregulação do humor é um traço neurodesenvolvimental, que pode resultar em desfechos clínicos distintos, tanto na adolescência como na vida adulta.

Além das inconsistências em relação à definição empírica do diagnóstico de TDDH, alguns estudos apontam que essa categoria diagnóstica seria instável temporalmente, ou seja, que o diagnóstico não se mantém ao longo da vida (Dougherty et al., 2014, 2017). Os traços psicopatológicos presentes na infância se modificam com o passar do tempo, gerando desfechos clínicos diversos (Cherkasova et al., 2013, 2022). No caso do humor, estudos apontam que a irritabilidade na infância está associada a desfechos psicopatológicos distintos, a depender da composição de sintomas (Leibenluft, 2011; Mikita & Stringaris, 2013; Simonoff et al., 2012). Por exemplo, crianças que apresentam irritabilidade na primeira infância, mas que possuem outras funções psíquicas preservadas, como a inteligência e a linguagem, podem estabelecer maneiras mais efetivas de se tranquilizar diante de situações que geram emoções negativas, tendo em vista a reestruturação cognitiva que se processa em torno dos quatro anos de idade (Cole & Hall, 2008). Já crianças que apresentam sintomas compatíveis com TEA e desregulação emocional podem, com mais facilidade, permanecer com os mecanismos primários de regulação das emoções (Hervás, 2017), o que contribui para a permanência das crises de birra sob a forma de explosões comportamentais na adolescência, bem como na vida adulta.

Estudos que avaliaram prospectivamente crianças com desregulação do humor desde os três anos de idade, sugerem que a permanência desses sintomas tem relação com o conjunto de outras características e de outros sintomas presentes na criança, somados às experiências ambientais. Por exemplo, a permanência do diagnóstico de TDDH aos seis anos de idade em crianças que receberam esse diagnóstico aos três anos de idade tem os seguintes fatores associados: comorbidade com os diagnósticos de depressão e Transtorno Opositor Desafiador (TOD); encaixar-se na fatorial CBCL-DP; abuso de substâncias pelos pais; e hostilidade por parte destes (Dougherty et al., 2014). Na mesma amostra, Dougherty et al. (2017) identificaram alguns preditores da manutenção do diagnóstico de TDDH aos nove anos em crianças que tiveram o diagnóstico aos seis anos: níveis elevados de sintomas externalizantes; raiva/frustração; “cabeça dura”; comprometimento funcional; impulsividade e afeto negativo; mães com níveis baixos de controle executivo e depressão. Portanto, a labilidade/reatividade emocional

associada a déficits de aspectos cognitivos e comportamentais da função executiva, são os principais preditores da manutenção de déficits na regulação comportamental e emocional (Dougherty et al., 2014, 2017). Para além de comprovar ou não a estabilidade do diagnóstico de TDDH, que foi o objetivo principal dos referidos autores, suas pesquisas apontam para a hipótese de que a desregulação do humor é um traço neurodesenvolvimental, que vai resultar em distintos desfechos clínicos, a depender do conjunto de características psíquicas do indivíduo, bem como das suas experiências de vida.

Kretschmer (1954) distingue dois traços de personalidade: os primários, que são inatos e geneticamente herdados e os secundários, que se constroem em ação recíproca com o ambiente, na base do núcleo de predisposição inata. Com inspiração no modelo de construção da personalidade proposto por Kretschmer, esse artigo propõe que a estruturação psíquica se organiza ao longo do desenvolvimento, tendo como base o que será chamado de predisposições orgânicas primárias, que se refere ao complexo anátomo-funcional, molecular e imunológico, composto pelo arsenal biológico, geneticamente determinado de cada indivíduo. A interação, ao longo da vida, das predisposições orgânicas primárias com as experiências vividas constrói as subjetividades, objeto da psicologia, e as doenças mentais, objeto da psicopatologia. Nessa perspectiva, o controle das emoções, ou regulação do humor, se desenvolve a partir da interação das predisposições orgânicas primárias e do contato com o ambiente, incluindo as exposições físico-químicas e biológicas, bem como as experiências vividas que, no caso do ser humano, ocorrem em contextos culturais historicamente delimitados.

A regulação do humor é um termo genérico, que condensa aspectos relacionados com a resposta emocional de cada indivíduo e se expressa a partir da resposta comportamental e motora às experiências ambientais. O que é chamado de desregulação do humor, ou problema na regulação emocional, pode ter origem em duas fontes, que são complementares (Sheppes et al., 2015). A primeira fonte está na própria origem das emoções, ou seja, como as emoções são geradas; a segunda, na habilidade de lidar com essas emoções (Sheppes et al., 2015). Nesse sentido, ambas as fontes são também indicadores de problemas no controle das emoções. Desse modo, tanto a frequente gênese no indivíduo de emoções negativas (como medo, ansiedade e raiva), que certamente tem relação com as predisposições orgânicas primárias quanto as reações comportamentais disfuncionais (explosões comportamentais ou crises de birra) frente às emoções geradas, refletem uma desregulação no humor. Essas reações comportamentais, por seu turno, são influenciadas tanto

pelas predisposições orgânicas primárias quanto pelo contato com o ambiente externo.

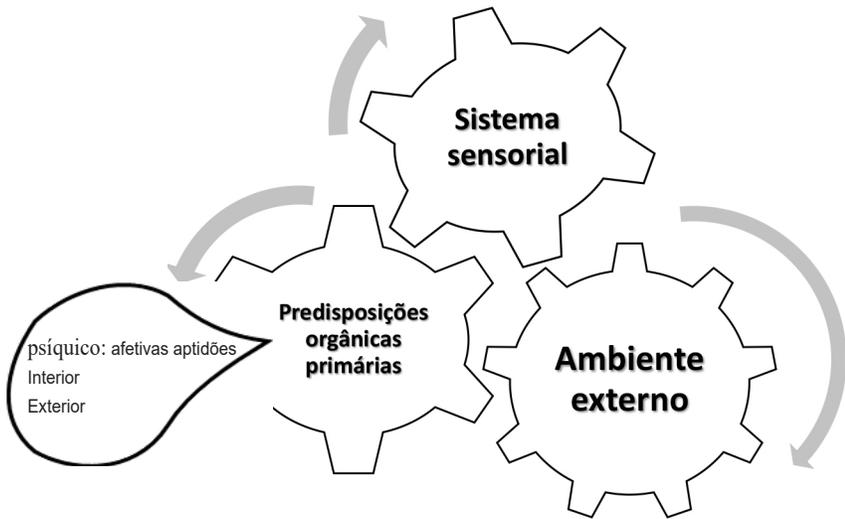
16 Para avançar na construção da hipótese da desregulação do humor como um traço do neurodesenvolvimento é necessário introduzir alguns conceitos, que nortearão a ideia deste artigo em relação ao psiquismo e às suas alterações. O psiquismo humano, como compreendido neste artigo, se conforma a partir de complexas interações entre predisposições orgânicas primárias e o ambiente (Figura 1). As predisposições orgânicas primárias são inatas, geneticamente determinadas e compostas por componentes exteriores, interiores e psíquicos. Os componentes exteriores são as características corpóreas que estão em contato direto com o mundo exterior, a exemplo da cor da pele, da textura do cabelo, da altura, do tamanho dos cílios, entre muitos outros caracteres. Os componentes interiores são as características corpóreas que não são tangíveis a partir do exterior, como o sangue, os reflexos, a motricidade, o conjunto de enzimas hepáticas, órgãos internos, dentre outros. No campo psíquico, as predisposições orgânicas primárias não são visíveis externamente, podendo ser tomadas, hipoteticamente, a partir dos fenômenos comportamentais observáveis nos outros e em nós mesmos. As predisposições orgânicas primárias no campo psíquico são compostas por: predisposições afetivas primárias, que se referem ao estado afetivo predominante, que pode ser alegre, temeroso, intempestivo, irritado ou triste; e as aptidões primárias, que se referem às características cognitivas que norteiam a nossa apreensão do mundo, tais como a inteligência, a atenção, a memória, a linguagem e a introspecção. A interação com o ambiente, por seu turno, se processa a partir do sistema sensorial, que é um sistema complexo, envolvendo a recepção dos estímulos externos pelos sistemas sensoriais periféricos, bem como pelo processamento destes no sistema nervoso central. Trata-se de uma composição tão complexa e singular, que faz com que a nossa subjetividade e corporeidade tenham uma assinatura única, apesar de compartilharmos várias semelhanças. As semelhanças, no entanto, é o que permite pensar conceitos mais gerais, como a desregulação do humor, tema que será retomado nos parágrafos seguintes.

É possível então afirmar que existem predisposições orgânicas primárias em cada indivíduo, que se expressam no mundo de maneira diversa, em função das características do conjunto das predisposições orgânicas primárias, das relações entre elas e das experiências vividas ao longo da vida. A irritabilidade crônica na infância, ou seja, o predomínio desse estado afetivo primário (um tipo de predisposição orgânica primária), tomado como uma emoção

negativa, pode predispor a criança a ter uma maior dificuldade de regulação emocional diante das frustrações. Enquanto a irritabilidade é considerada uma predisposição afetiva primária referindo-se, pois, a uma predisposição orgânica primária, a regulação emocional é um construto adaptativo, que se modela ao longo da vida, ancorando-se em outras predisposições orgânicas primárias, no caso, aptidões primárias (atenção, inteligência e linguagem). Tendo em vista que a criança tem menos recursos para lidar com as frustrações, é plausível supor que o humor cronicamente irritável na infância seja mais associado às crises de birra, de modo a gerar, com maior frequência, reações comportamentais explosivas e agressivas. A aquisição de uma linguagem simbólica mais elaborada, pode auxiliar o adolescente e o adulto, a um melhor controle das suas reações emocionais, reduzindo assim, a ocorrência de episódios de explosões emocionais ou birras nessas fases da vida. Portanto, a predisposição afetiva primária, representada por uma emoção negativa, tal como a irritabilidade, pode evoluir de formas diversas na adolescência e na vida adulta, a depender das aptidões primárias, as quais podem auxiliar ou dificultar para a criança lidar com sua irritabilidade. Além disso, as experiências vividas, por exemplo, em um ambiente mais acolhedor e dinâmico, ou mais hostil e monótono, também podem interagir com a irritabilidade crônica, auxiliando ou prejudicando a regulação emocional.

Dois aspectos são fundamentais na discussão sobre a regulação emocional: o estado afetivo primário, predominante no sujeito; e como esse estado afetivo primário, entendido como uma predisposição orgânica primária, interfere na forma como o sujeito regula as suas emoções (mediado pelo ambiente e por aptidões primárias, como atenção, inteligência e acesso à linguagem simbólica). As reações emocionais, ou a regulação das emoções, portanto, emergem a partir das experiências do sujeito no mundo, na base orgânica das predisposições afetivas primárias e aptidões primárias. Problemas na regulação das emoções estão associados à descrição de vários transtornos psiquiátricos da infância (Aldao et al., 2010), enquanto a irritabilidade, que é um traço afetivo primário, faz parte dos critérios diagnósticos para vários transtornos mentais catalogados em manuais diagnósticos. A desregulação do humor é um aspecto comportamental identificado precocemente no desenvolvimento infantil, resultando em desdobramentos psicopatológicos na adolescência e na vida adulta. A desregulação emocional implica a predominância, na criança, de um estado afetivo irritado, associado a aspectos que dificultam ou facilitam a mesma a lidar com a sua irritabilidade, como cognição (atenção e inteligência) e linguagem.

Figura 1: Esquema da estruturação psíquica



Comentários finais

O processo de desconstrução de expressões linguísticas, no repertório do diagnóstico psiquiátrico, assume que a medicina trata os seus diagnósticos na perspectiva de uma semântica objetivista, ou seja, as expressões linguísticas ganham significado estritamente através da sua capacidade de corresponder ao mundo real (Lakoff & Johnson, 2008). Nessa perspectiva, símbolos usados na linguagem, no caso a categoria TDDH, são considerados correspondentes diretos de entidades presentes no mundo material. A ideia subjacente à noção de entidades nosológicas discretas, em psiquiatria, repousa sobre a crença de que existem disfunções biológicas chaves, que determinam apresentações comportamentais, que correspondem aos sintomas clínicos de cada entidade nosológica. No entanto, apesar de buscarmos marcadores biológicos que demarquem a distinção entre os diagnósticos nosológicos, essas condições pretensamente discretas, raramente existem de forma isolada na prática clínica (Strauss et al., 1979). Para dar conta da complexa imbricação de sintomas dos pacientes que encontramos na clínica, a solução encontrada nos manuais

diagnósticos é o conceito de comorbidade. As comorbidades correspondem à concomitância de diagnósticos no mesmo indivíduo. Um dos questionamentos que permeia as discussões sobre comorbidades consiste em esclarecer se a frequência elevada de comorbidades entre os diferentes transtornos mentais se refere à soma de diagnósticos ou à sobreposição de sintomas dos instrumentos de avaliação usados, uma vez que os diferentes diagnósticos compartilham entre si critérios semelhantes. Este artigo indica que, no caso do TDDH, existe uma sobreposição de sintomas nos critérios usados para definir o diagnóstico. Esse debate, contudo, tem outras implicações, pois assume que os diagnósticos descritos nos manuais são entidades discretas, pertencentes ao mundo material e descritas pela ciência.

A questão central na discussão sobre o diagnóstico psiquiátrico não é se estamos diante de comorbidades ou de fenótipos particulares de determinada entidade nosológica, mas sim que os transtornos mentais não são entidades discretas. O humor crônico e gravemente irritável pode se apresentar de forma proeminente já na primeira infância, moldando todo o processo subsequente de desenvolvimento (Pondé et al., 2022), porém esse sintoma deve ser analisado em interação com outras características do paciente. A clínica que caracteriza o humor irritado na infância pode estar associada a outros sintomas presentes na primeira infância, como hiperatividade, déficit de atenção, disfunções sensoriais, estereotipias, comportamento compulsivo/repetitivo, deficiência intelectual, déficits na comunicação social, dentre outros. A depender do conjunto de sintomas que predomine, assim como das potencialidades que a criança apresente, a regulação do humor ao longo da vida ganha contornos diversos. Há indícios, por exemplo, de que a desregulação do humor em indivíduos com sintomas de TEA é distinta daquela encontrada em indivíduos que não têm essas características (Keefer et al., 2020; Mikita et al., 2015). Os desfechos clínicos, levando em conta a plasticidade cerebral e a epigenética, resultam da interação constante e ininterrupta das predisposições genéticas (que se expressam em assinaturas na estrutura funcional dos circuitos cerebrais) e congênicas, com as experiências de vida (Pondé, 2018). Assim, o arranjo individual de características sintomáticas, associadas às potencialidades, vai gerar apresentações psicopatológicas distintas ao longo da vida ou indivíduos socialmente adaptados.

Repensar o diagnóstico psiquiátrico de modo a considerar o indivíduo não uma coleção de diagnósticos, mas um complexo de predisposições orgânicas primárias interagindo com o ambiente, pode possibilitar a busca de

terapêuticas mais específicas e eficazes, evitando diagnósticos parciais, que resultem em medicações que, ao tentar melhorar determinado diagnóstico, desorganizam a composição global do indivíduo.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile*. University of Vermont Department of Psychiatry.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
- Althoff, R. R., Rettew, D. C., Faraone, S. V., Boomsma, D. I., & Hudziak, J. J. (2006). Latent class analysis shows strong heritability of the child behavior checklist-juvenile bipolar phenotype. *Biological Psychiatry, 60*(9), 903-911.
- Althoff, R. R., Rettew, D. C., Ayer, L. A., Sulman, J. S., & Hudziak, J. J. (2008, Março 28-29). *Requiem to the CBCL-mania proxy* [Apresentação em Conferência]. Pediatric Bipolar Conference, Boston, MA, EUA.
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2010). Assessment of dysregulated children using the Child Behavior Checklist: A receiver operating characteristic curve analysis. *Psychological Assessment, 22*(3), 609-617.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Axelson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M., et al. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the longitudinal assessment of manic symptoms study. *Journal of Clinical Psychiatry, 73*(10), 1342-1350.
- Biederman, J., Klein, R., Pine, D., & Klein, D. (1998). Resolved: Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(10), 1091-1096.
- Burke, J. D. (2012). An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: Personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(11), 1176-1183.

ARTIGOS

- Carlson, G. A. (1998). Mania and ADHD: Comorbidity or confusion. *Journal of Affective Disorders, 51*(2), 177-187.
- Cherkasova, M. V., Roy, A., Molina, B. S., Scott, G., Weiss, G., Barkley, R. A., ... & Hechtman, L. (2022). Adult outcome as seen through controlled prospective follow-up studies of children with attention-deficit/hyperactivity disorder followed into adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61*(3), 378-391.
- Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P., & Hechtman, L. (2013). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 22*(1): 47-54.
- Cole, P. M., & Hall, S. E. (2008). Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology. In T. Beauchaine, & S. P. Hinshaw (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 265-298). Wiley & Sons.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry, 170*(2), 173-179.
- Diler, R. S., Birmaher, B., Axelson, D., et al. (2009). The Child Behavior Checklist (CBCL) and the CBCL bipolar phenotype are not useful in diagnosing pediatric bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 19*(1), 23-30.
- Doerfler, L. A., Connor, D. F., & Toscano Jr., P. F. (2011). Aggression, ADHD symptoms, and dysphoria in children and adolescents diagnosed with bipolar disorder and ADHD. *Journal of Affective Disorders, 131*(1-3), 312-319.
- Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E., & Klein, D. N. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: Correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine, 44*(11), 2339-2350.
- Dougherty, L. R., Barrios, C. S., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2017). Predictors of later psychopathology in young children with disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 27*(5), 396-402.
- Faraone, S. V., Althoff, R. R., Hudziak, J. J., Monuteaux, M., & Biederman, J. (2005). The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: A receiver operating characteristic curve analysis. *Bipolar Disorders, 7*(6), 518-524.
- Findling, R. L., Zhou, X., George, P., & Chappell, P. B. (2022). Diagnostic trends and prescription patterns in disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61*(3), 434-445.
- Freeman, A. J., Youngstrom, E. A., Youngstrom, J. K., & Findling, R. L. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder in a community mental health clinic:

Prevalence, comorbidity and correlates. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 123-130.

Fristad, M. A., Wolfson, H., Algorta, G. P., Youngstrom, E. A., Arnold, L. E., Birmaher, B., LAMS Group, et al. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder not otherwise specified: fraternal or identical twins? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 138-146.

Galanter, C. A., Carlson, G. A., Jensen, P. S., Greenhill, L. L., Davies, M., Li, W., et al. (2003). Response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and manic symptoms in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder titration trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(2), 123-136.

Geller, B., Williams, M., Zimmerman, B., Frazier, J., Beringer, L., & Warner, K. L. (1998). Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultrarapid or ultradian cycling. *Journal of Affective Disorders*, 51(2), 81-91.

Hervás, A. (2017). Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Revista de neurología*, 64(1), 17-25.

Holtmann, M., Goth, K., Wockel, L., Poustka, F., & Bolte, S. (2008). CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: Severe ADHD or bipolar disorder? *Journal of Neural Transmission*, 115(2), 155-161.

Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171, 395-397.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

Keefer, A., Singh, V., Kalb, L. G., Mazefsky, C. A., & Vasa, R. A. (2020). Investigating the factor structure of the child behavior checklist dysregulation profile in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 13(3), 436-443.

Kretschmer, E. (1954). *Hombres geniales*. Editorial Labor.

Lakoff, G., Johnson, M. (2008). *Metaphors we live by*. University of Chicago Press.

Leadbeater, B. J., & Homel, J. (2015). Irritable and defiant sub-dimensions of ODD: Their stability and prediction of internalizing symptoms and conduct problems from adolescence to young adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(3), 407-421.

Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 129-142.

Leibenluft, E., Charney, D. S., Towbin, K. E., Bhangoo, R. K., & Pine, D. S.

- (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 430-437.
- Leibenluft, E., Uher, R., & Rutter, M. (2012). Disruptive mood dysregulation with dysphoria disorder: A proposal for ICD-11. *World Psychiatry*, 11(Suppl 1), 77-81.
- Lochman, J. E., Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Reed, G. M., de la Peña, F. R., Matthys W., Ezpeleta, L., Siddiqui, S., & Garralda, M. E. (2015). An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry*, 14(1), 30-33.
- Martins, A. (2004). Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 950-958.
- Mayes, S. D., Waxmonsky, J. D., Calhoun, S. L., & Bixler, E. O. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder symptoms and association with oppositional defiant and other disorders in a general population child sample. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 101-106.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Murray, K., & Wozniak, J. (2003). Defining a developmental subtype of bipolar disorder in a sample of non referred adults by age at onset. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(4), 453-462.
- Mick, E., Spencer, T., Wozniak, J., & Biederman, J. (2005). Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biological Psychiatry*, 58(7), 576-582.
- Mikita, N., & Stringaris, A. (2013). Mood dysregulation. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(Supl. 1), S11-S16.
- Mikita, N., Hollocks, M. J., Papadopoulos, A. S., Aslani, A., Harrison, S., Leibenluft, E., Simonoff, E., & Stringaris, A. (2015). Irritability in boys with autism spectrum disorders: An investigation of physiological reactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(10), 1118-1126.
- Munhoz, T. N., Santos, I. S., Barros, A. J., Anselmi, L., Barros, F. C., & Matijasevich, A. (2017). Perinatal and postnatal risk factors for disruptive mood dysregulation disorder at age 11: 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Journal of Affective Disorders*, 215, 263-268.
- Parker, G., & Tavella, G. (2018). Disruptive mood dysregulation disorder: A critical perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(12), 813-815.
- Pondé, M. P. (2018). A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(1), 145-166.
- Pondé, M. P. (2022). Interface entre alterações do neurodesenvolvimento: transtorno do espectro do autismo e desregulação do humor. In M. P. Pondé, G. M. Siquara, & D. B. Wanderley (Orgs.), *Manual LABIRINTO para o diagnóstico de autismo e sintomas associados* (pp. 179-196). Dilivro.

- Roy, A. K., Lopes, V., & Klein, R. G. (2014). Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD): A new diagnostic approach to chronic irritability in youth. *American Journal of Psychiatry*, 171(9), 918-924.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Simonoff, E., Jones, C. R. G., Pickles, A., Happe, F., Baird, G., & Charman, T. (2012). Severe mood problems in adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1157-1166.
- Sparks, G. M., Axelson, D. A., Yu, H., Ha, W., Ballester, J., Diler, R. S., Goldstein, B., Goldstein, T., Hickey, M. B., Ladouceur, C. D., Monk K., Sakolsky D., & Birmaher B. (2014). Disruptive mood dysregulation disorder and chronic irritability in youth at familial risk for bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(4), 408-416.
- Strauss, J. S., Gabriel, K. R., Kokes, R. F., Ritzler, B. A., VanOrd, A., & Tarana, E. (1979). Do psychiatric patients fit their diagnoses? Patterns of symptomatology as described with the biplot. *Journal of Nervous Mental Disease*, 167(2), 105-113.
- Stringaris, A. (2011). Irritability in children and adolescents: A challenge for DSM-5. *European child & adolescent psychiatry*, 20(2), 61-66.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 404-412.
- Stringaris, A., Zavos, H., Leibenluft, E., Maughan, B., & Eley, T. C. (2012). Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 47-54.
- World Health Organization (1997). *The Composite International Diagnostic Interview (CIDI core) Version 2.1*. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/assessingalcohol/instrumentpdfs/20_cidi.pdf
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Wozniak, J., Biederman, J., Kwon, A., et al. (2005). How cardinal are cardinal symptoms in pediatric bipolar disorder? An examination of clinical correlates. *Biological Psychiatry*, 58(7), 583-588.

Resumos

(Problematization about Disruptive Mood Dysregulation Disorder)

This article historically outlines the clinical diagnosis of disruptive mood dysregulation disorder (DMDD). Based on the genealogical method, this diagnostic category is denaturalized and recontextualized in its origin. The concept of mood dysregulation is analyzed from the Childhood Behavior Checklist scale (CBCL), its identification as a childhood bipolar disorder, subsequent transformation in the diagnosis of DMDD and subsequent criticism of it, with the proposal of encompassing the symptoms of mood dysregulation humor in childhood into the diagnosis of oppositional defiant disorder. As an alternative, the article suggests that irritable mood in childhood is a primary affective state, thus, constituting a primary organic predisposition. Emotional regulation, on the other hand, is an adaptive construction, which is modeled throughout life, generating diverse subjective presentations.

Keywords: Mood dysregulation, psychiatry, diagnosis, childhood

(Problématisation du Trouble Disruptif avec Dysrégulation émotionnelle)

Cet article retrace l'histoire du diagnostic clinique du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (TDDE). Basée sur la méthode généalogique, cette catégorie diagnostique est dénaturisée et recontextualisée dans ses origines. Le concept de dysrégulation émotionnelle est analysé à partir de l'échelle CBCL (Childhood Behavior Checklist), de son identification en tant que trouble bipolaire de l'enfance, de sa transformation ultérieure en diagnostic de TDDE et de sa critique ultérieure, avec la proposition d'inclure les symptômes de dysrégulation émotionnelle dans l'enfance dans le diagnostic du trouble oppositionnel avec provocation. Comme alternative, l'article suggère que l'humeur irritable dans l'enfance est un état affectif primaire, constituant ainsi une prédisposition organique primaire. La régulation émotionnelle, quant à elle, est une construction adaptative qui est modelée tout au long de la vie, générant diverses présentations subjectives.

Mots-clés: Dysrégulation de l'humeur, psychiatrie, diagnostic, enfance

(Problematización del Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo)

Este artículo describe históricamente el diagnóstico clínico del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA). Con base en el método genealógico, esta categoría diagnóstica se desnaturaliza y recontextualiza en su origen. Se analiza el concepto de desregulación del estado de ánimo a partir de la escala CBCL (Childhood Behavior Checklist), su identificación como trastorno bipolar pediátrico, posterior transformación en el diagnóstico de TDDEA y posterior crítica al mismo, con la propuesta de englobar los síntomas de desregulación

del estado de ánimo en el diagnóstico de trastorno negativista desafiante. Como alternativa, se sugiere que el estado de ánimo de irritabilidad en la infancia es un estado afectivo primario, constituyendo una predisposición orgánica primaria. La regulación emocional, por su parte, es una construcción adaptativa, que se modela a lo largo de la vida, generando diversas presentaciones subjetivas.

Palabras clave: Desregulación del estado de ánimo, psiquiatría, diagnóstico, infancia

Artigo submetido em 14.05.2023

Artigo revisado em 04.11.2023

Artigo aceito em 14.11.2023