

HISTÓRICO E ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DE TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

History and Analysis of the Concept of Disruptive Behavior Disorders

Tiago de Matos Peixoto¹

Maria Rita de Assis César²

Artigo encaminhado: 28/05/2020
Artigo aceito para publicação: 05/12/2022

RESUMO: Este artigo disserta sobre o surgimento e evolução dos transtornos disruptivos, tomando como base as edições do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM), apresentando considerações sobre diferenças de gênero e as implicações associadas à ideia de comportamento disruptivo. Entre os pontos relevantes estão a constatação da associação histórica entre o surgimento de aspectos de gênero na discussão psicopatológica e a emergência do grupo dos transtornos do comportamento disruptivo. Identifica-se que esta relação traz dificuldades de ordem teórica e prática decorrentes da ausência de diálogo com o campo da educação, de onde a ideia de comportamento disruptivo emerge; da heterogeneidade do conceito e da relação que ele estabelece com outras categorias nosológicas na literatura vigente. Por fim, evidencia-se o pouco enfoque na avaliação dos impactos histórico, cultural e moral nas definições dos transtornos disruptivos e a incipiência diretrizes para as práticas clínicas e de pesquisa que tenham como objetivo integrar os aspectos de gênero na matriz de desenvolvimento e estruturação desta classe de comportamentos.

Palavras-chave: Transtornos do Comportamento Disruptivo. Diferenças de Gênero. Meninos. DSM. Nosografia.

¹ Psicólogo. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná (UFPR). tiagompeixoto.psi@gmail.com

² Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pós-doutora pela Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, França. Professora no Departamento de Educação da Universidade Federal do Paraná (UFPR). mritacesar@yahoo.com.br

ABSTRACT: This article discusses the emergence and evolution of disruptive disorders, based on editions of the Statistical and Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM), presenting considerations on gender differences and the implications associated with the idea of disruptive behavior. Among the relevant points is the verification of the historical association between the emergence of gender aspects in the psychopathological discussion and the emergence of the group of disruptive behavior disorders. It is identified that this relationship seems to bring theoretical and practical difficulties arising from the absence of dialogue with the field of education, from which the idea of disruptive behavior emerges; the heterogeneity of the concept and the relationship it establishes with other nosological categories in the current literature. Finally, there is a little focus on evaluating the historical, cultural and moral impacts in the definitions of disruptive disorders and the incipient guidelines for clinical and research practices that aim to integrate gender aspects into the development and structuring matrix of this class of behaviors.

Keywords: Disruptive Behavior Disorders. Gender Differences. Boys. DSM. Nosography.

1 INTRODUÇÃO

Na acepção do Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (FERREIRA, 2010), disruptivo é a qualidade baseada na disrupção ou dirupção, termos tratados pelo dicionário como associados. A palavra disrupção viria do latim *disrupt* que significa romper, quebrar e destruir. Por outro lado, dirupção teria origem distinta, *diruptone*, com o sentido de ruína, desmoronamento, rompimento e ruptura. Ainda seguindo a origem latina, *disruptio*, também encontraremos o termo como um derivado de *disrumpo* ou *dirumpo* que pode significar despedaçar, partir em pedaços e esquartejar. Assim, as ideias de romper, arruinar, quebrar ou destruir são os sentidos mais comumente associados (FIGUEIREDO, 1913; FERREIRA, 1983; REZENDE; BIACHET, 2017).

Se avaliada sua morfologia, a partir da divisão de “disruptivo” em três segmentos, encontramos que, primeiro, o prefixo *dis-*, de origem grega, indica dualidade, como nas palavras *dístico* e *dissílaba*; sendo comumente usado nas ciências da saúde para indicar uma dificuldade, tais como a *dispneia* e a *dislexia*. E o sufixo *ivo* traduz a ideia de capacidade e efetividade, como quando se faz “efetivo” ou “ativo”, aquilo que é capaz de exercer um efeito ou uma ação.

Podemos entender sinteticamente, segundo os diversos significados trazidos acima, que um “comportamento disruptivo” seria aquele que é caracterizado: a) pela possibilidade de ruptura, quebra ou violação; b) sendo estas passíveis de trazer dificuldades em algum âmbito da vida; c) dificuldades estas que provocariam alteração ou interrupção num seguimento normal de um processo, sendo ele, no nosso caso, de ordem comportamental. Isto é, um comportamento disruptivo tem sentido na sua existência quando se pressupõe que haja comportamentos que não sejam disruptivos e cujas qualidades sejam logicamente opostas a ele.

Esta análise informa, portanto, que estes significados se aproximam da organização conceitual que os conferiu fomento na contemporaneidade, mais bem situada no nomeado grupo dos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta exposto na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (APA, 2014). Neste último, o comportamento disruptivo é apresentado e definido como uma manifestação errática e potencialmente nociva. Dado que o DSM é uma das referências na área dos transtornos psiquiátricos, podemos encontrar coerência, portanto, entre a escolha dos termos e a nomenclatura tipológica utilizada para nomear alguns dos transtornos indicados neste grupo. Isso porque, numa definição sintética, este grupo de transtornos inclui:

(...) condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamento (...) que violam os direitos dos outros (p. ex., agressão, destruição de propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridades (APA, 2014, p. 461)

Kapalka (2015) afirma que apesar de variarem entre as pessoas, todo comportamento do tipo disruptivo conteria um cerne em comum: violação do espaço, da propriedade e da integridade física das outras pessoas, havendo uma

complementar dificuldade de controle de impulsos e risco de auto dano pela pessoa que os manifesta. Candidatos especiais seriam aqueles que são considerados agressivos, consigo mesmos e com outros, apesar de que nem todo comportamento disruptivo é necessariamente agressivo. Muito embora, seja difícil imaginar as ações apresentadas acima fora de um cenário agressivo, se não existente, pelo menos latente.

Todavia, se considerarmos a definição etimológica e a definição de Kapalka, a ideia de comportamento disruptivo poderia ser evidenciada em uma miríade de categorias psicopatológicas. E, de fato, encontraremos comportamentos disruptivos entre autistas, esquizofrênicos e usuários de substâncias psicoativas, para citar apenas algumas categorias psicopatológicas mais tradicionais.

Ainda assim, existem aqueles que hoje são chamados de Transtornos do Comportamento Disruptivo (TCD), ou seja, entidades clínicas específicas caracterizadas principalmente pela ideia de que existem quadros de comportamentos disruptivos *per se*, associados principalmente à infância e adolescência e que muitas vezes seguem-se durante o curso de vida, embora podendo assumir apresentações e nomenclaturas diferentes.

Esta segmentação talvez se deva ao fato que a ideia de comportamento disruptivo é relativamente recente e traz consigo determinados significados especiais. Evidenciamos o frescor do termo comportamento disruptivo se percebemos que ele não aparece no DSM até os anos 80, tampouco em dicionários de Psicologia e Psiquiatria da época (THAKURDAS e THAKURDAS, 1979; PIERÓN, 1987).

De certa forma, apenas sua emergência configuraria um evento importante a ser avaliado pelos profissionais e teóricos das ciências do comportamento. Não só pelas suas características conceituais, mas, sobretudo, pelo seu impacto. Estes transtornos são os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes entre as crianças na atualidade (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

2 TRAJETÓRIA: SURGIMENTO E A QUESTÃO DE GÊNERO

O DSM é o manual classificatório editado ao longo de sete décadas, entre 1952 e 2022, pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e tornou-se uma referência amplamente debatida, polêmica e necessária para o estudo e classificação dos transtornos mentais neste período. O manual abrange exaustivamente transtornos mentais diversos e, a quinta e última edição inclusive, é composta por quase mil páginas detalhadas sobre quadros psicopatológicos e a melhor forma de diagnosticá-los. Sabe-se que tal empreendimento foi antecedido por uma classificação estatística de transtornos mentais produzida ainda na década de 1840 e teve sua sistematização consolidada logo após a Segunda Guerra Mundial (APA, 2014).

Russo e Venâncio (2006) indicam que o manual surgiu como uma alternativa à Classificação Internacional de Doenças (CID). A primeira edição data de 1952 e apresentou uma dimensão “psicossocial” centrada no indivíduo, evidenciando uma influência da psicanálise na compreensão dos fenômenos e na terminologia utilizada.

Segundo as autoras, este domínio discursivo da psicanálise nos campos *psi* foi ampliado no DSM-II (1968). E, mais adiante, o DSM-III (1980) foi lançado num contexto de ascendência da concepção biológica, que substituiu a psicanálise como paradigma dominante na psiquiatria. As edições posteriores do manual teriam refinado esta tendência.

No tocante aos transtornos disruptivos, na primeira edição de 1952, encontraremos suas manifestações entre as ditas “Reações de Ajuste da Infância”, onde havia o Distúrbio de Conduta (bastante próximo à compreensão atual de Transtorno de Conduta) e que trazia ofensas sexuais como comportamento problema, junto a critérios que não são utilizados atualmente como definidores diagnósticos tais como a ociosidade e o uso de álcool.

No DSM II (1968), entre os “Transtornos de Comportamento da Infância e Adolescência”, também encontraremos a “Reação Hiperkinética da Infância” que envolve distração, baixa atenção, causada por dano neurológico e que tenderia a diminuir com a adolescência, cuja definição aproxima-nos do contemporâneo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). No mesmo grupo, existe também a “Reação agressiva não-social da infância” que

trazia desobediência, hostilidade, vingança e agressividade como suas características principais, se aproximando do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD).

E apesar da evidente ausência de enfoque nas expressões de gênero relativas às psicopatologias na época, no DSM-II surge uma primeira observação e distinção entre sexos entre meninos e meninas na “Reação grupal delinquente da infância ou adolescência”:

Indivíduos com este distúrbio adquiriram os valores, comportamento, e habilidades de um grupo ou gangue delinquente a quem eles são leais e com quem eles caracteristicamente roubam, falham na escola e permanecem tarde da noite. *A condição é mais comum em meninos do que meninas.* Quando a delinquência em grupo ocorre com meninas, geralmente envolve delinquência sexual, embora o furto em lojas também seja comum (APA, 1968, p. 51, tradução e grifo nosso)

Na segunda edição, encontramos informações inclusive curiosas, como no caso do Transtorno Explosivo Intermitente (TEI), em que existe a observação: “os meninos são mais prováveis de serem vistos em instituições de correção e as meninas em instituições de saúde” (APA, 1980, p. 296, tradução nossa). O que aponta para uma resposta institucional diferente por gênero a despeito de haver um mesmo diagnóstico.

É notório que nos DSM-I (1952) e DSM-II (1968), o termo gênero ainda não era utilizado e tampouco existiam ainda considerações sobre distinções sexuais em psicopatologias. O termo e conceito de gênero foi introduzido na literatura científica com a significação análoga a atual apenas na década de 1950 pelo sexólogo John Money, versando sobre padrões culturais associados ao sexo biológico, mas comumente atribui-se também seu uso nesta acepção a Robert Stoller em seu livro sobre intervenções cirúrgicas em transexuais *Sex and Gender* (1969). Após estes eventos, o gênero tornou-se mais popular na produção acadêmica apenas na década de 70 e passou a ser usado em uníssono pelos movimentos feministas na década de 1980 nos Estados Unidos (HAIG, 2004; SPIZZIRI; PEREIRA e ABDO, 2014).

Algumas distinções de gênero parecem surgir discretamente e especificadas em alguns transtornos na terceira edição, embora podendo passar despercebidas em outras categorias. Nesta edição é que surgem critérios diferentes para mulheres e homens (WIDIGER, 2007).

Na terceira edição, ou DSM-III (1980), o Transtorno Explosivo Intermitente e a Cleptomania, que dividem espaço com os Transtornos Disruptivos no DSM-5, já surgem entre os Transtornos de Controle dos Impulsos. Esta terceira edição é uma espécie de divisor de águas, pois suas pretensões foram maiores que as edições anteriores. Entre elas estariam a de ser um manual generalizável, suprateórico e global, e de certa forma foi bem-sucedido, pois teria sido eficiente em influenciar as definições da Classificação Internacional de Doenças (CID) (RUSSO e VENÂNCIO, 2006).

Também aparecendo pela primeira vez DSM-III, mas sem se consistir numa categoria conceitual clara, o comportamento disruptivo só foi alçado a categoria sindrômica mais ampla, por atravessar distintas categorias nosológicas no DSM III-R (1989). Este último agregava aqueles que eram nomeados até então como “Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade” e “Distúrbio Oposicional Desafiador”, sendo estas duas categorias parte de uma subdivisão denominada “Distúrbios Específicos de Desenvolvimento” (APA, 1989).

Estes dois distúrbios haviam sido apresentados, mas não de forma correlacionada como nesta edição em que encontramos uma divisão relativa aos “Distúrbios do Comportamento Disruptivo”. Nestas edições, a *sex ratio* já indicava que os transtornos disruptivos eram mais prevalentes entre os meninos, embora não indicasse a proporção baseada em estudos epidemiológicos.

A partir desta observação é relevante destacar que existe uma contemporaneidade entre os dois eventos. Primeiro, a inserção das discussões de sexo e/ou gênero na nosografia psicopatológica e, segundo, o surgimento dos Transtornos Disruptivos como categoria nosológica.

Encontraremos a definição do comportamento disruptivo como aquele que “(...) cronicamente ameaça e intimida os outros ou viola normas sociais. O termo é tipicamente aplicado ao comportamento das crianças, mas também pode ser usado para descrever o comportamento do adulto” (VANDEBOS, 2015, p. 324) e a sua evidente associação com o que é chamado de “comportamento

problema”, de forma genérica entendido como um "padrão de comportamento disruptivo que geralmente entra em choque com normas e prejudica seriamente o funcionamento de uma pessoa" (Ibid, 2015, p. 117, tradução nossa).

Nesta definição há uma identidade tautológica entre os dois termos: o comportamento disruptivo é o que se entende por comportamento problema, que por sua vez, é o que entenderemos como um comportamento disruptivo. E tal dificuldade de natureza conceitual parece não ter cessado.

Allen, Hwang e Huijding (2020) descrevem que o comportamento disruptivo é um construto heterogêneo utilizado para nomear uma amplitude de comportamentos emitidos por crianças e adolescentes em serviços de saúde mental. Petrovic e Scholl (2018) apontam que este termo ainda vem sendo entendido de formas muito diferentes na literatura da saúde, o que vem gerando impactos negativos e importantes no âmbito da investigação clínica e científica. Numa revisão empreendida, os autores encontraram mais de duzentos termos que eram referidos como comportamentos disruptivos, entre os mais citados estariam a impaciência com perguntas, atitude não cooperativa, o descumprimento das políticas existentes, a recusa a executar tarefas, menosprezar, o uso de linguagem obscena, para citar alguns.

Não obstante, a dificuldade da questão conceitual, na quarta edição do DSM (APA, 1994), ao passo que termo gênero surge pela primeira vez, a subdivisão dos “Distúrbios do Comportamento Disruptivo” também foi promovida e tornou-se um eixo específico, o dos “Transtornos de déficit de atenção e comportamento disruptivo”, mantendo esta estrutura na edição revisada do DSM-IV (APA, 2000).

Por último, na quinta edição, o DSM-5 (2014) transferiu o Transtorno de Déficit de Atenção para o grupo dos “Transtornos do Neurodesenvolvimento”, em que se divide espaço com categorias assumidamente marcadas por determinação biológica e criou-se um eixo novo: “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta”. Não houve alterações conceituais e de estrutura na edição revisada DSM-5-TR (APA, 2022).

A parte referente aos “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta” traz categorias que eram incluídas, na edição DSM-IV-R (2000) entre os “Transtornos Diagnosticados Inicialmente na Primeira Infância ou

Adolescência”. Neste capítulo novo sobre transtornos disruptivos e similares, o TDAH foi retirado, apesar dos padrões de sintomas, comorbidade e fatores de riscos fornecerem dados que respaldassem sua inclusão entre os Transtornos Disruptivos. Sendo a escolha final feita por "preponderância de evidências" ameadas pelos validadores aprovados da força-tarefa que foi responsável pela organização do manual (APA, 2014).

3 TRANSTORNOS DISRUPTIVOS: DIFICULDADES CONCEITUAIS

Como apontado, todos os transtornos deste grupo são marcados por alguma soma de dificuldade de controle de impulsos, manifestação de agressividade e/ou transgressão às normas e, com exceção da Cleptomania, são mais comuns entre os meninos. Entretanto, considerado o histórico do DSM e a proximidade de determinadas categorias, a título de especificação, vamos considerar como Transtornos Disruptivos apenas as seguintes categorias: a) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; b) Transtorno de Oposição Desafiante e c) Transtorno de Conduta.

Isto acontece por estes se aproximarem conceitualmente e serem comumente diagnosticados em situações similares. Seja no formato de TDAH e TOD, TOD e TC, TDAH e TC ou mesmo os três juntos, estes formam um dos aglomerados diagnósticos mais frequente na infância (MARMORATO, 2012; THIENGO, CAVALCANTE; LOVISINI, 2014; ESKANDER, 2020). Aparentemente, estas categorias vêm ancorando-se na irritabilidade como um importante sintoma de psicopatologias na infância e, para alguns pesquisadores, compartilhariam também características genéticas (LEVY, 2014).

Alguns pesquisadores e autores apontam uma interpenetração, prevalência e inclusive dimensão evolutiva existente entre o TOD e o TC, havendo um papel tangencial do TDAH na maioria dos casos. A discussão das categorias de forma associada já vem sendo feita e adotada em diversos trabalhos (QUAY e ROGAN, 1999; FACIÓ, 2007; TOLAN e LEVENTHAL, 2013).

Esta interpenetração de categorias pode ser exemplificada de diversas formas. Numa pesquisa feita com pais e professores e com o uso do Questionário de Swanson, Nolan e Pelham (SNAP-IV), teste de rastreio que é

respondido comumente pelos responsáveis pela criança, o TDAH, principalmente na forma que prevalece a desatenção, está fortemente associado ao fracasso escolar, sendo difícil de identificar a influência do TOD, visto que este conta com uma alta comorbidade com o TDAH (SERRA-PINHEIRO et al. 2008).

Se o Transtorno de Oposição Desafiante ou Transtorno Opositivo-Desafiador poderia ser “caracterizado por negativismo generalizado, contínua argumentatividade e uma falta de vontade para cumprir sugestões razoáveis e persuasão” (BATHIA, 2009, p. 290), o TDAH seria caracterizado por “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere o funcionamento e no desenvolvimento” (APA, 2014, p.59). Tais constructos podem encontrar uma proximidade na sua apresentação e tornar complexa sua distinção.

Ainda sobre a intersecção entre os diagnósticos, Serra-Pinheiro et al. (2004) fizeram uma investigação com dez sujeitos entre 6-14 anos e que apresentavam comorbidade entre TDAH e TOD, segundo critérios do DSM-IV e identificaram que após um mês de uso de metilfenidato por parte do grupo amostral, nove dos participantes deixaram de preencher os critérios para TOD.

Sobre este último, outro estudo destaca que ao mesmo tempo em que é possível perceber uma ausência de dados sobre situações socioeconômicas dos sujeitos e outras comorbidades, é possível avaliar a tendência dos pais das crianças de relatar comportamentos que tenham impactos neles mesmos. Isto pode ser arriscado, pois as dificuldades apresentadas nos transtornos disruptivos podem ser encontradas, de forma dispersa, em outras categorias diagnósticas (SERRA-PINHEIRO et al. 2008), e novas informações auxiliam no respeito ou definição dos critérios.

Na última edição do DSM, na definição de TOD, o qualificador “frequentemente” foi suprimido e especificadores como leve, moderado e severo foram adicionados para melhor caracterizá-lo. Indicando que mais importante que a frequência estaria a intensidade das ações. Os oito sintomas foram reorganizados em três grupos abrangentes: a) raiva/humor irritável, b) comportamento argumentativo/desafiador e c) vingativo. A prevalência de cada um podendo gerar problemas outros no curso de desenvolvimento.

Havendo a manutenção da irritabilidade, problemas internalizantes seriam mais comumente desenvolvidos, para o excesso de apresentação de comportamento vingativo, seriam mais esperados o surgimento de delinquência e dos comportamentos comumente descritos no TC. Outra importante modificação é a exclusão para TC, de forma que este também pode ser diagnosticado concomitantemente, mudando a concepção tradicional que o TOD seria uma categoria que evoluiria necessariamente para um TC (TWYFORD, 2015).

No contexto atual de multiplicação dos diagnósticos na infância e adolescência, um argumento comumente utilizado é de que o diagnóstico precoce auxiliaria na minimização dos riscos na vida futura, entre eles, não só aumento de gravidade e cronificação, mas problemas de ordem jurídica e social que poderiam culminar no aumento da periculosidade e da delinquência. Neste contexto, principalmente, uma criança com TOD (poderíamos acomodar aqui as crianças com TC) seria o emblema da criança perigosa (CAPONI, 2018).

Em linha similar, Silva (2011) ressalta que modelos preventivos de intervenção para o TC são possíveis, mas isto implica assumir como diretriz a noção de risco, sendo que o aporte da psicopatologia e dos estudos sobre o desenvolvimento dos transtornos ainda está em curso. Isto faz com que neste entremeio, qualquer medida e escolha clínica devam ser cuidadosamente discutidas por tratarem-se também de opções políticas.

Até este ponto esboçamos que há um elo entre estes que são os principais transtornos disruptivos. Como evidenciamos anteriormente, TDAH expressa uma comorbidade com o TOD em mais da metade dos casos e esta associação é mais frequente entre os meninos (SERRA-PINHEIRO et al. 2004, THIEGO, CAVALCANTE; LOVISINI, 2014; HUDEC; MIKAMI, 2017). Também, o TOD é entendido comumente como uma versão mais preliminar e pueril do TC que, quando persiste, pode torna-se um “Transtorno de Personalidade Antissocial” na vida adulta (GHOSH e SINHA, 2012; SALISBURY, 2013, STOREBØ; SIMONSEN, 2016).

Como os intercruzamentos das categorias principais dos Transtornos Disruptivos são muitos, observa-se uma tendência clínica de borramentos dos limites entre categorias e a identificação que “vários sintomas atribuídos a um

único transtorno podem ocorrer, em diferentes níveis de gravidade, em vários outros transtornos" (APA, 2014, p. 5) e isso pode ser evidenciando também em alguns conflitos entre definições.

Por exemplo, no DSM-5 surge a categoria chamada de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH), caracterizada por uma irritabilidade mais crônica, mas entre os transtornos depressivos, não estando no grupo dos "Transtornos Disruptivos e do Controle de Impulsos", muito embora tenham sido levantados que os sintomas descritos nesta categoria e no TOD poderiam ocorrer concomitantemente, isto ainda é objeto de discussão. Apesar disto, a incerteza foi descartada pelo DSM-5 (LEVY, 2014):

Enquanto o DSM-5 especifica que TDDH não pode coexistir com TOD, e que o diagnóstico de TDDH não deveria ser feito antes dos 6 anos ou depois dos 18 anos, pode não estar claro quais diagnósticos relacionados ao temperamento devem ser feitos especialmente em crianças relativamente pequenas. Isso também levanta a questão de quando a irritação crônica é um transtorno de humor e quando é um transtorno de comportamento/controle de impulsos?" (LEVY, 2014, p. 90, tradução nossa)

Dando continuidade, o Transtorno de Conduta, diferente de seus diagnósticos irmãos, aproxima-se em sua trajetória de concepções inatistas e fortemente respaldado pela *teoria da degeneração*³. Esta categoria diagnóstica tem sido associada às condições sociais, relacionais e a uma determinação ambiental, principalmente nas perspectivas da sociologia e da psicanálise. Contou também, depois da Segunda Guerra, com histórico crescente de medicação como estratégia interventiva (SHORTER, 2005).

Quanto ao diagnóstico oficial pós-guerra na psiquiatria americana, o DSM-II em 1968 não tinha rótulo específico para Transtornos de Conduta, observando apenas uma 'reação de adolescência: irritabilidade e depressão associadas ao fracasso escolar e manifestadas por explosões de temperamento, choro e desânimo' (...) *um diagnóstico para adolescentes teimosos e mal-comportados, principalmente meninos*, ingressou no DSM

³ Criada por Benedict-Augustin Morel em 1857: "repousa sobre a concepção de que a herança que se transmite através das gerações não se restringe ao plano biológico, mas inclui dimensões morais e de comportamentos – virtuosos ou viciados. Partindo da ideia cristã da perfeição da criação divina, segue-se a hipótese segundo a qual, a partir do pecado original, os erros, males e vícios dos ancestrais transmitem-se às gerações seguintes" (PEREIRA, 2008, p.492). O que implicou numa compreensão de uma determinação transgeracional dos problemas morais, como eram entendidos antigamente os transtornos mentais.

na terceira edição em 1980, tendo como característica essencial 'um persistente padrão de conduta em que ou os direitos básicos de outros ou normas ou regras sociais apropriadas à idade principal são violadas.' O transtorno foi subdividido com base em quão socializadas e agressivas eram as crianças e adolescentes. *Transtorno de Conduta foi, na tipologia DSM, a versão infantil do 'comportamento antissocial' em adultos*, e aninhado ao lado do 'transtorno oposicional', sendo este último "um padrão de oposição desobediente, negativista e provocativa às figuras de autoridade'. O Manual [DSM] também atingiu uma nota genética que se tornou mais acentuada em sucessivas edições: "Padrão familiar: o distúrbio é mais comum em crianças de adultos com transtorno de personalidade anti-social e dependência de álcool do que na população em geral." (SHORTER, 2005, p. 61, tradução e grifos nossos)

Do ponto de vista do DSM-5, o Transtorno de Conduta termina por aglutinar, grosso modo, três categorias empregadas na época vigente no CID-10 (1993): "Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar", "Distúrbio de Conduta Não-Socializado" e "Distúrbio de Conduta do Tipo Socializado" e que parecem ser associados a contextos específicos em que emergem: familiar, relacional e grupal/social. Também na classificação, o "Distúrbio desafiador e de oposição" também é entendido como um subtipo dos "Distúrbios de Conduta".

Contudo, é notório que quando se identifica o surgimento do TC na infância, encontra-se maior relação futura com a violência e encarceramento, tendo pior prognóstico em comparação ao surgimento que acontece na adolescência (SILVA, 2011). Para o DSM, se a sintomatologia apresentada segue depois da adolescência, estaríamos falando de Transtorno de Personalidade Antissocial, normalmente identificado no senso comum com a transgressão adulta ou ainda psicopatia, ou seja, com o crime e a violência.

Esta associação é bem relatada (BORDIN e OFFORD, 2000) e, acrescenta-se a ela o fato que estas são categorias abertamente associadas ao gênero masculino. Nesta linha, Hinshaw e Park (1999) recordam que a *progressão* entre TC e o Transtorno de Personalidade Antissocial, entretanto, é encontrada principalmente entre os meninos. As meninas tendem a apresentar problemas internalizantes na juventude e na fase adulta, o que as transferia para outros tipos de categorias diagnósticas.

Alguns aspectos desta proximidade entre categorias podem trazer questionamentos. Além do evidente marcador de gênero existiria um marcador evolutivo entre estas categorias? Por exemplo, estressores ambientais para TC parecem ser definidores nas crianças que teriam algum risco genético, sendo os maus tratos, por exemplo, eventos que vem sendo correlacionados ao desenvolvimento de comportamentos antissociais em crianças (POLANCZYK, 2009). Se há interferência de estressores ambientais, em que medida a apresentação destes pode contribuir para a evolução e o curso de uma categoria diagnóstica ou outra?

Ainda em relação ao gênero, o TDAH, por exemplo, caracterizar-se-ia, segundo a quinta edição do DSM, como uma categoria cuja prevalência é maior entre os meninos, numa proporção de quatro para um, em relação às meninas, dado também sugerido e corroborado por estudos nacionais de prevalência (CARDOSO et al., 2007; HORA et al, 2015). Mesma proporção sugerida para o TOD e TC (MARMORATO, 2012). Tais proporções configurariam indícios de marcadores biológicos associados ao sexo ou a diferentes organizações ambientais que produzem diferenças de gênero? Diferentes propostas teóricas e metodológicas talvez forneçam discussões sobre este fenômeno se for possível a discussão da apresentação dos comportamentos a partir de uma múltipla matriz fundacional que inclui elementos genéticos, psicológicos, sociais e culturais.

Contudo, mesmo com as novas distinções, as três categorias disruptivas ainda conservam certos problemas. De acordo com Levy (2014), as mudanças em critérios para o TDAH nas últimas edições do DSM teriam sido responsáveis por um aumento de cerca de 15% nos diagnósticos nesta categoria, havendo criticismo pela possibilidade de confusão dos subtipos (desatento e hiperativo) e entre condições de comorbidade. Outro aspecto seria a presença dos sintomas que antes deveriam ocorrer até os 7 anos e mudou para até os 12 anos, abrangendo o período da infância toda, sem o necessário aporte de pesquisas que justificasse tal decisão. Também há a dificuldade que gera ao diagnóstico de TDAH em adultos e adolescentes, visto que os critérios infantis foram combinados aos critérios adultos e existe uma percepção de que a categoria é

formulada com base na presença de "critérios diagnósticos que foram escritos para crianças em idade escolar primária" (p. 89, tradução nossa).

Importante salientar que apesar do DSM-5 ter sido uma tentativa de articular os quadros nosográficos aos seus substratos fisiopatológicos, a maioria das categorias diagnósticas é classificada ainda segundo sua fenomenologia (COELHO; SANTANA JR, 2014). Ou seja, o diagnóstico, que é clínico, é feito a partir de como os sintomas se apresentam a quem os diagnostica.

Em decorrência disso, o National Institute of Mental Health (NIMH), nos Estados Unidos, emitiu nota no ano de 2013 comunicando que não haveria patrocínio futuro para novas edições do DSM. O presidente da organização indicou que entre os motivos estava a fraqueza de validade dos diagnósticos que são baseados em aglomerados de sintomas, acordados entre profissionais clínicos, e que raramente indicam terapêuticas adequadas. Ademais, o que será avaliado e entendido como sintomas, evidentemente, a partir de uma perspectiva sociocultural específica e historicamente situada (TEIXEIRA, 2015). Isso inviabilizaria o empreendimento médico atual que almeja buscar evidências clínicas baseadas em exames laboratoriais e de imagem, cada vez mais especializados. Em outras palavras:

Diferentemente de outras especialidades médicas que ordenam as etiologias das doenças em infecciosas, neoplásicas, vasculares, autoimunes e genético-hereditárias, a psiquiatria não possui o privilégio de ter a etiologia da maioria dos seus quadros mentais suficientemente elucidada. Para tanto, reformulações periódicas as classificações provisórias são propostas, sem que a sua utilidade tenha evidente benefício na realidade clínica. A psiquiatria aguarda, pois, descobertas importantes para confirmar a validade das entidades nosológicas descritas. Enquanto isso, o processo diagnóstico psiquiátrico continua baseado na descrição do quadro clínico e a sua mensuração permanece vulnerável à contaminação subjetiva dos avaliadores (WANG e ANDRADE, 2012, p. 10)

4 CONSIDERAÇÕES

Ao ampliar a categoria dos comportamentos disruptivos para um grupo independente, o dos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, o DSM-5 também acrescenta novas informações. Entre elas, o fato de haver uma variação ampla nas causas subjacentes aos problemas de autocontrole das emoções nos transtornos citados, isto é, múltiplas causas podem coexistir e determinar a apresentação destes comportamentos. E que variações existem não apenas entre categorias diagnósticas, mas também entre os membros de uma mesma categoria – expondo uma multiplicidade que envolve e também termina por caracterizar este grupo diagnóstico.

O mesmo manual também chama atenção para um cenário comum para a identificação destes problemas, a escola, embora não levante hipóteses sobre o porquê deste acontecimento. Assim como especifica que praticamente todos os transtornos que envolvem este eixo são mais prevalentes entre pessoas do sexo masculino e antes da adolescência: ou seja, são categorias recorrentes entre os meninos, na infância e cuja emergência é observada com mais frequência no âmbito escolar. Questões metodológicas como a prevalência de grupos amostrais de crianças escolares nas pesquisas sobre processos psicológicos não são mencionados.

Isto é relevante de apontar visto que o conceito pode ser encontrado na literatura estadunidense no campo da psicologia educacional na década de 1960, tendo o seu uso se tornado mais recorrente na década seguinte, como apontam alguns trabalhos voltados para o manejo docente dos comportamentos disruptivos em sala de aula (KARLIN e BERGER, 1972; 1977). O que sugere que tal ideia surgiu inicialmente num campo teórico-prático alheio ao âmbito da psiquiatria, podendo ser apreciado também pelos referenciais que compõem o arcabouço teórico da educação, onde pode-se incluir a antropologia e a sociologia da educação.

Como é conhecido, os meninos destacam-se em apresentar comportamentos externalizantes que são mais comumente identificáveis pelos transtornos inter-relacionais e sociais que provocam. Estes comportamentos são caracterizados por manifestações dirigidas a outrem, na forma de comportamento desafiador, hostil, agressivo, impulsivo, antissocial e que se

evidenciam muito bem em todas as categorias dos transtornos disruptivos e que quando se apresentam de forma sistematizada e precoce são associados a piores prognósticos.

Estes aspectos parecem relevantes, na medida que já é bem discutida a distinção entre meninos e meninas e comportamentos externalizantes e internalizantes. O refinamento do estudo das diferenças de gênero, do ponto de vista epidemiológico, ocorre junto a especificação cada vez mais sagaz dos transtornos disruptivos, que, como já foi dito, desde o princípio, são entendidos como categorias associadas principalmente aos meninos. Contudo, aspectos intervenientes como a emergência do conceito no âmbito educacional não parecem ser apreciadas na avaliação das dificuldades conceituais que cerceam a ideia de comportamento disruptivo dentro da psicopatologia.

Também o aspecto de gênero, que aparece no surgimento das ideias seminais das categorias disruptivas, segue se apresentando também como elemento relevante na compreensão dos transtornos, embora não necessariamente apresente-se uma discussão teórica e política que auxilie na elucidação e apreensão destas diferenças.

A avaliação multidimensional dos transtornos disruptivos parece ser um desafio que entra em choque com propostas de cunho ateuico como a nosografia expressa no DSM. Neste sentido, a polêmica nosográfica evidencia o pouco enfoque na avaliação dos impactos histórico, cultural e moral das definições dos transtornos disruptivos, havendo alguma visibilidade para as diferenças de gênero, mas incipiência de discussão que conceda diretrizes às práticas clínicas e de pesquisa que busquem integrar os aspectos de gênero na matriz de desenvolvimento e estruturação nesta classe de comportamentos.

REFERÊNCIAS

ALLEN, Jennifer L., HWANG, S., HUIJDING, J. Disruptive behavior disorders. In: HUPP, S., JEWELL, J. (Ed) *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development: Social Development in Adolescence (Vol.9)* John Wiley and Sons Inc: New Jersey, p. 1-13.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. American Psychiatric Association Mental Hospital Service: Washington, 1952.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. American Psychiatric Association: Washington, 1968.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Publishing, 1980.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5-TR*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2022.

APA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais*. DSM. 3ª edição. Revisão. Tradução Lúcia Helena Siqueira Barbosa; revisão técnica Sylvio Giordano Júnior. São Paulo: Manole, 1989.

APA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM*. 4ª edição. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

APA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed; 2000.

APA -ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BATHIA, M. S. *Dictionary of Psychology and Allied Sciences*. New Age Internation Publishers: New Dellhi, 2009.

BORDIN, Isabel Altenfelder Santos., OFFORD, David. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol 22, n.2, 12-15, 2000.

CAPONI, Sandra Noemi. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. *Saúde Soc*. São Paulo, vol. 27, n. 2, p. 298-310, 2018.

CARDOSO, Fernando Luiz., SABBAG, Samantha., BELTRAME, Thais Silva. Prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em relação ao gênero de escolares. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, vol. 9, n.1, p. 50-54, 2007.

COÊLHO, Bruno Mendonca., SANTANA JR, Geilson Lima. Uma breve história da psiquiatria da infância e a adolescência. In: COELHO, B.M., PEREIRA, J. G., ASSUMPÇÃO, T. M., SANTANA JR, G. L. *Psiquiatria da infância e da adolescência: guia para iniciantes*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014, p. 24-35.

FACION, José Raimundo. *Transtornos do desenvolvimento e do comportamento*. 3ª edição revista e atualizada. Curitiba, Ibpex, 2007

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5ª edição. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, Antônio Gomes. *Dicionário de Latim-Português*. Porto: Porto, 1983.

FIGUEIREDO, Candido de. *Novo Diccionário da Língua Portuguesa*. 1913. Disponível em: <http://dicionario-aberto.net/dict.pdf> Acesso em: 19 ago. 2022.

GHOSH, S., SINHA, M. ADHD, ODD, and CD: Do They Belong to a Common Psychopathological Spectrum? A Case Sires. *Case Reports in Psychiatry*, Volume 2012, p.1-4, 2012.

HAIG, David. The Inexorable Rise of Gender and the Decline of Sex: Social Change in Academic Titles, 1945–2001. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 33, No. 2, p. 87–96, April 2004.

HINSHAW, Stephen., PARK, Teron. Research problems and issues: toward a more definitive science of disruptive behavior disorders. In: QUAY, H. C., HOGAN, A. E. (Ed.) *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. Springer Science+Business Media: New York, 1999, p. 593-620.

HORA, Ana L. T., SILVA, Simone S. da C., RAMOS, Maély F, H., PONTES, Fernando A. R., NOBRE João P. dos S. A prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, vol. 29, n. 2, 2015.

HUDEC, Kristen L., MIKAMI, A. Y. Diagnostic Issues for ODD/CD with ADHD Comorbidity. In: LOCHMAN, J. E., MATTHYS, Walter (Eds) *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*. John Wiley & Sons Ltda: New Jersey 2017. p. 19-36.

KAPALKA, George. *Treating Disruptive Disorders: A Guide to Psychological, Pharmacological, and Combined Therapies*. Routledge: New York, 2015.

KARLIN, Muriel., BERGER, Regina. *Discipline and the disruptive child: a practical guide for elementary teachers*. Parker Publishing: New York, 1972.

KARLIN, Muriel., BERGER, Regina. *Como lidar com o aluno problema*. Editora Interlivros: Belo Horizonte, 1977.

LEVY, Florence. Child and adolescent changes to DSM-5. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 2014, p. 87-92.

MARMORATO, Paulo Germano. Transtornos opositivo-desafiador e de conduta. In: POLANCZYK, G. V., LAMBERT, M. T (Orgs) *Psiquiatra da infância e adolescência*. Coleção Pediatria do Instituto da Criança/Hospital das Clínicas da FMUSP. Barueri: Manole, 2012. p.154-162.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. *Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, setembro 2008.

PETROVIC, Michelle A., SCHOLL, Adam T. Why we need a single definition of disruptive behavior. *Cureus*, v. 10, n. 3, e2339, 2018.

PIERÓN, Henri. *Dicionário de Psicologia*. 7ª edição. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Globo, 1987.

POLANCZYK, Guilherme Vanoni. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. 1, p. 6-12, 2009.

QUAY, Herbert C., HOGAN, Anne E. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York: Springer Science+Business Media New York, 1999.

REZENDE, Antonio Martinez de., BIANCHET, Sandra Braga. *Dicionário do latim essencial*. 2ª edição revisada e ampliada. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

RUSSO, Jane., VENÂNCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fundam*, v. 4, n. 3, p. 460-483, 2006.

SALISBURY, Taylor. The Relationship Between Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, Antisocial Personality Disorder and Psychopathy: A Proposed Trajectory. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 1 (1), Article 2, 2013.

SERRA-PINHEIRO, Maria Aparecida, MATTOS, Paulo, REGALLA, Maria Angélica, SOUZA, Isabella de, PAIXÃO, Cristiane. Inattention, hyperactivity, oppositional-defiant symptoms and school failure. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 66, n. 4, p. 828-831, 2008.

SERRA-PINHEIRO, Maria Aparecida, SCHMITZ, Marcelo, MATTOS, Paulo, SOUZA, ISABELLA. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 4, p. 273-276, 2004.

SHORTER, Edward. *A historical dictionary of psychiatry*. Oxford University Press: Oxford, 2005.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Transtorno da conduta: uma oportunidade para a prevenção em saúde mental? *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 15, n. 36, p.165-73, jan./mar. 2011.

SPIZZIRRI, Giancarlo., PEREIRA, Carla Maria de Abreu., ABDO, Carmita Helena Najjar. O termo gênero e suas contextualizações, *Diagn Tratamento*, v. 19, n. 1, p. 42-44, 2014.

STOREBØ, Ole Jakob., SIMONSEN, E. The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review. *Journal of Attention Disorders*, 20 (10): 815-24, 2016.

TEIXEIRA, Pedro M. DSM I, II, III, IV, 5 (1952-2013) *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 31, n. 3, p. 164-165, 2015.

THAKURDAS, Harold., THAKURDAS, Lyn. *Dictionary of Psychiatry*. MTP Press Limited: Lancaster, 1979.

THIENGO, Daianna Lima., CAVALCANTE, Maria Tavares., LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014.

TOLAN, Patrick H., LEVENTHAL, Bennett L. Introduction: Connecting brain development, disruptive behavior, and children. In: HOLAN, P. H., LEVENTHAL, B. L. (Ed.) *Disruptive behavior disorders*. Springer Science and Business Media: New York, 2013, p. 1-12.

TWYFORD, Jennifer M. Oppositional Defiant Disorder. *Communiqué*, v. 43, n. 6, March/April 2015.

VANDEBOS, Gary R. *APA dictionary of psychology*. 2nd Edition. American Psychological Association: Washington, DC; 2015.

WANG, Yuan-Pang. P., ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. Diagnóstico em psiquiatria. In: FORLENZA O. V., MIGUEL, E. C. (Orgs.) *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2012, p. 3-14.

WIDIGER, Thomas A. DSM'S Approach to gender: history and controversies. In: NARROW, W. E. et al (Editors) *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association: Arlington, 2007, p. 19-29.