

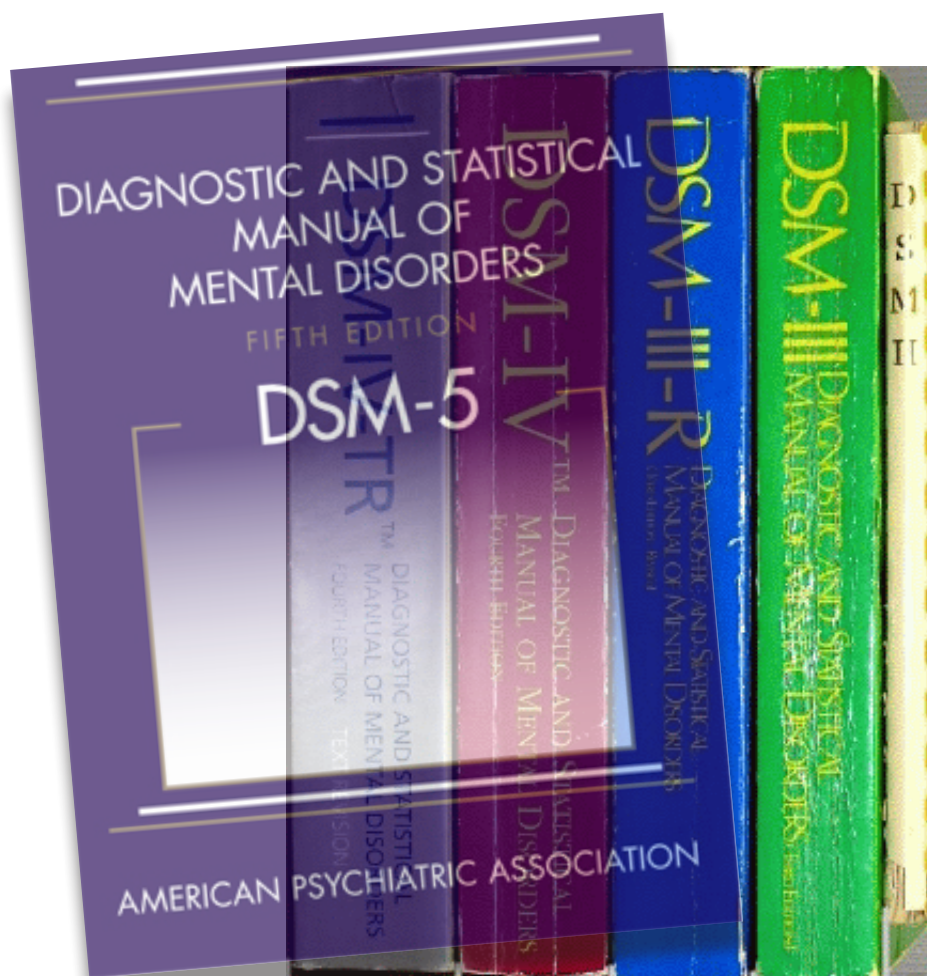
DSM-5

PRINCIPAIS MUDANÇAS NOS TRANSTORNOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Julia D Machado, Arthur Caye, Paul J Frick & Luis A Rohde

Edição em Português

Editor: Flávio Dias Silva. Tradutores: Letícia Tomaz Oliveira, Luciano da Silva Quadros

Julia D Machado
Arthur Caye

Programa Ambulatorial de TDAH, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Paul J Frick PhD

Department of Psychology, University of New Orleans, New Orleans, Louisiana, USA.

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Luis A Rohde MD, PhD

Instituto de Psiquiatria do Desenvolvimento para Crianças e Adolescentes, Brasil & Programa Ambulatorial de TDAH, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Conflito de interesse nos últimos três anos, palestras e/ou consultorias para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis e Shire; direitos autorais da Oxford University

Esta publicação é dirigida para profissionais em treinamento ou na prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam, necessariamente, as visões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseados em evidência científica disponível no tempo em que foi escrita e que foi avaliada pelos autores podendo mudar como resultado de novas pesquisas. Leitores precisam aplicar este conhecimento em pacientes de acordo com as diretrizes e leis de prática de seu país. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e leitores devem consultar informações específicas sobre as drogas já que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e endereços eletrônicos são citados ou associados para ilustrar conteúdos ou como uma fonte mais aprofundada de informações. Isto não significa que os autores, o Editor ou IACAPAP endossam seu conteúdo ou recomendações, o que deve ser criticamente avaliado pelo leitor. Endereços eletrônicos podem também mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2015. Esta é uma publicação de livre-acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja adequadamente citado e que o uso seja não-comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmrey@bigpon.net.au

Citação sugerida: Machado JD, Caye A, Frick PJ, Rohde LA. DSM-5. Principais Mudanças nos Transtornos de Crianças e Adolescentes. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

Classificações são de inegável importância para o progresso humano, variando de um mero reconhecimento de padrões para facilitar a memorização até complexos sistemas de classificação científica. Na maioria dos campos de estudo, seus principais usos incluem esclarecer as relações entre os objetos ou organismos; facilitar a memorização e recordação de dados; viabilizar uma comunicação clara; melhorar o poder preditivo; e estimular a busca por explicações (Volkmar et al, 2007).

Os sistemas de classificação em psiquiatria da criança e adolescente servem a fins semelhantes. No entanto, ao contrário do que é visto cada vez mais em outras áreas da medicina, o papel da classificação na previsão e explicação ainda é limitado. Até o momento, a principal função da classificação em psiquiatria infantil e adolescente tem sido a de melhorar a transmissão de informações, facilitando a comunicação entre os profissionais em ambiente clínico e de pesquisa. Outras utilidades da classificação incluem prover informações que podem ser úteis para o tratamento e prognóstico (Martin & Volkmar, 2007).

PERSPECTIVA HISTÓRICA

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) é um dos dois principais sistemas de classificação. Desde a sua primeira publicação em 1952, o DSM sofreu cinco grandes revisões até a atual, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). O DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) é reconhecido como revolucionário, pois ele melhorou -operacionalizou- os critérios de diagnóstico e, conseqüentemente, a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. O DSM-IV, publicado 14 anos mais tarde (American Psychiatric Association, 2000), realizou a tentativa de harmonizar o DSM com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e fornece maior ênfase sobre a validade dos diagnósticos psiquiátricos através da realização de revisões sistemáticas e estudos na área. Entretanto, sua utilização evidenciou limitações importantes na harmonização com o CID-10 (First, 2009) e na validade de muitos diagnósticos psiquiátricos (Kapurek et al, 2012).

O DSM-5 foi inicialmente proposto para ser uma mudança de paradigma na psiquiatria, buscando ligar os diagnósticos à fisiopatologia. No entanto, a falta de marcadores neurobiológicos com suficiente especificidade diagnóstica frustrou esta expectativa (Kendler & First, 2010). Este desafio foi deixado para outros darem continuidade, como a iniciativa Research Domain Criteria (RDOC) do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) (ver <http://www.youtube.com/watch?v=i8Dh33cMipY>). Neste contexto, as principais modificações introduzidas por DSM-5 podem ser resumidas como se segue:

- 1) Uma maior ênfase na perspectiva dimensional. Houve considerável crítica na abordagem categórica das edições prévias do DSM, uma vez que não há suficientes dados empíricos que suportem os limiares de presença/ausência de sintomas para muitos transtornos, desde o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) até transtornos de personalidade. Esta abordagem foi fortemente criticada na medida em que classifica como patológico alguns padrões normais de comportamento, diminui a detecção de apresentações atípicas e co-morbidades, apoia regimes de tratamento

Press e ArtMed; vôos e hospedagem de Novartis e Janssen-Cilag em 2010 para participar em dois congressos de psiquiatria de crianças. Os programas ambulatoriais para TDAH e Transtorno Bipolar Juvenil receberam apoio educacional e de pesquisa irrestrito de Abbott, Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, e Shire.

inflexíveis e descontextualizados, e enfraquece o poder estatístico em pesquisa. Incorporar medidas dimensionais sem torná-lo hostil para os médicos foi, talvez, o desafio mais difícil para os grupos de trabalho do DSM-5. Tal dimensionalidade foi introduzida no DSM-5 de diversas maneiras. Por exemplo, através da incorporação da *avaliação transversal de sintoma* (Narrow et al, 2013); ou seja, usando questões de rastreamento por 12 dimensões do comportamento ligadas a um segundo nível de perguntas se qualquer uma das respostas iniciais de rastreio for positiva, assemelhando-se à tradicional revisão de sistemas em medicina geral. Esta mudança resolve parte do problema, capturando diferentes dimensões dos sintomas e aumentando potencialmente a detecção de apresentações atípicas e comorbidades. Esta dimensionalidade também foi reforçada pela incorporação de escalas de gravidade para todos os transtornos e pela reestruturação de critérios diagnósticos de algumas condições, como o espectro de transtorno autista e os transtornos por uso de substâncias.

- 2) A estrutura foi modificada para cada vez mais se agrupar distúrbios com base em seus fatores etiológicos comuns (Andrews et al, 2009a). Na verdade, esta foi a única grande mudança feita com base em mecanismos neurobiológicos. Assim, o transtorno obsessivo-compulsivo se tornou independente dos distúrbios de ansiedade; o distúrbio do jogo patológico foi incorporado ao capítulo “transtornos aditivos e relacionados à substâncias” e um grupo novo e mais amplo foi criado, chamado “transtornos relacionados a trauma e estressores” (ver Tabela A.9.1).
- 3) Uma abordagem mais orientada ao desenvolvimento foi adotada - reconhecendo-se que uma grande proporção de distúrbios mentais começa a se manifestar na infância ou início da adolescência (Kim-Cohen et al, 2003). Isto é de particular interesse para psiquiatras de crianças e adolescentes e é consistente com a visão da OMS de que *transtornos mentais são em grande parte doenças crônicas da juventude* (Guilbert, 2003). Todos os distúrbios no DSM-5 são conceituados em uma perspectiva de ciclo de vida. Assim, o capítulo DSM-IV sobre “distúrbios geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência” não está mais no DSM-5. Considerações acerca do desenvolvimento foram particularmente enfatizadas em alguns diagnósticos (por exemplo, TDAH, TEPT); embora tímidas, essas considerações são mais fortes do que as contidas no DSM-IV. A nova organização dos capítulos no DSM-5 também reflete a tentativa de incorporar a perspectiva de ciclo de vida. Transtornos geralmente diagnosticados na infância, como transtornos do neurodesenvolvimento, aparecem em primeiro lugar; eles são seguidos por aqueles tipicamente diagnosticados na idade adulta, como desordem bipolar; desordens em sua maioria diagnosticadas mais tarde na vida, como distúrbios neurocognitivos, estão localizadas no final. Um novo capítulo que trata de “distúrbios do movimento induzido por medicamentos e outros efeitos adversos da medicação” também foi adicionado.
- 4) A estrutura multi-axial do DSM-IV foi substituída por uma abordagem uniaxial. No DSM-IV, o diagnóstico clínico de um paciente poderia ser descrito em três eixos: no eixo I, síndrome clínica (por



David Kupfer, MD
Presidente da Força Tarefa
do DSM-5

exemplo, esquizofrenia, depressão maior); no eixo II, transtornos de personalidade; no eixo III; e condições médicas gerais (por exemplo, HIV, hipotireoidismo) (a frase ‘condições médicas gerais’ é substituída no DSM-5 por “outras condições médicas”). Os outros dois eixos eram utilizados para informar estressores psicossociais e nível funcional. Foram identificados alguns problemas com esta estrutura. Em primeiro lugar, ela costumava usar uma linguagem específica de psiquiatria, que muitas vezes, não era compreendida por outros profissionais de saúde, o que dificultava a comunicação. Em segundo lugar, ela dava a entender que um diagnóstico psiquiátrico é diferente de um diagnóstico médico. No DSM-5, os eixos I, II e III foram fundidos para incluir tanto doenças psiquiátricas quanto outras doenças médicas relevantes. Espera-se que isto possa melhorar a mudança na interação entre psiquiatria e medicina geral (Kupfer et al, 2013).

5) Redefinição dos critérios diagnósticos para várias doenças. Os cerca de

Tabela A.9.1 Organização dos capítulos no DSM-5

Transtornos do Neurodesenvolvimento
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados
Transtornos Depressivos
Transtornos de Ansiedade
Transtorno Obsessivo-Compulsivo
Transtornos Relacionados ao Trauma e ao Estresse
Transtornos Dissociativos
Sintomas Somáticos e Outros Transtornos Relacionados
Transtornos Alimentares
Transtornos de Eliminação
Transtornos Sono-Vigília
Disfunções Sexuais
Disforia de Gênero
Transtorno Disruptivo, do Controle dos Impulsos e de Conduta
Transtornos Aditivos e Relacionados a Substâncias
Transtornos Neurocognitivos
Transtornos de Personalidade
Transtornos Parafilicos
Outros Transtornos Mentais
Distúrbios do Movimento Induzido por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos
Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica

160 membros dos 13 grupos de trabalho, 6 grupos de estudo, e um contingente de cerca de 300 consultores trabalharam intensamente durante 5 anos revisando as evidências acumuladas sobre a validade dos critérios diagnósticos para transtornos específicos. Eles também avaliaram resultados de análises de dados secundários fornecidos por pesquisadores de diferentes áreas e resultados sobre a confiabilidade e utilidade clínica dos estudos de campo (Regier et al, 2013). Com base neste trabalho, foram propostas modificações para critérios diagnósticos tendo-se em conta um equilíbrio cuidadoso entre os prós (por exemplo, o aumento da validade) e contras (por exemplo, os aumentos artificiais de prevalência). Como nos seus últimos antecessores, cada transtorno inclui texto complementar com, entre outras, as descrições da prevalência, curso e temas ligados à cultura.

- 6) Novos diagnósticos. Existe uma concepção errada de que o DSM *cria* transtornos. O DSM inclui um novo diagnóstico somente quando um exame cuidadoso dos dados clínicos e de pesquisa mostra que uma entidade de diagnóstico separada merece ser considerada, embora, como seria de se esperar, nem todos os cientistas podem concordar com isso. Na verdade, o DSM-5 inclui menos diagnósticos do que as edições anteriores. Exemplos de novos diagnósticos no DSM-5 são *transtorno de acumulação* e *transtorno de disregulação disruptiva do humor* (veja abaixo). Alguns diagnósticos já haviam sido incluídos no DSM-IV em um apêndice como merecedores de mais estudo. Desde então, dados suficientes foram acumulados para apoiar sua adição como um diagnóstico no DSM-5. Exemplos são o *transtorno de compulsão alimentar periódica* e *transtorno disfórico pré-menstrual*. É importante destacar que o DSM-5 continua a ter um capítulo para as condições “para estudo posterior” (seção 3), como a



Clique na imagem para ouvir Dr Thomas Insel, diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA falando sobre: 'Rumo a um novo entendimento das doenças mentais' (13:04)

Tabela A.9.2 Transtornos Neurodesenvolvimentais no DSM-5

- Deficiência Intelectual
- Transtornos da Comunicação
 - Distúrbio de linguagem
 - Distúrbio da fala (dificuldade com a produção dos sons da fala que impede a comunicação verbal)
 - Gagueira (distúrbio de fluência com início na infância)
 - Distúrbio de comunicação social (pragmática)
- Transtorno do Espectro Autista
- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
- Transtorno Específico da Aprendizagem
- Transtornos Motores
 - Transtorno do desenvolvimento da coordenação
 - Transtorno de movimento estereotipado
 - Transtornos de tiques

síndrome de psicose atenuada, o transtorno de jogar pela internet e a autolesão não-suicida.

A discussão sobre modificações para todos os transtornos mentais no DSM-5 está além do escopo deste capítulo. Apresentamos a seguir as mudanças mais relevantes para os profissionais de saúde mental de crianças e adolescentes e aquelas que geraram controvérsia.

TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

O novo grupo de transtornos do neurodesenvolvimento é uma das mudanças na estrutura do DSM apoiada por características fisiopatológicas. São doenças caracterizadas por um atraso ou desvio no desenvolvimento do cérebro que influenciam características fenotípicas (Rutter et al, 2006); por exemplo, TDAH, transtornos de aprendizagem, retardo mental e transtornos do espectro autista (ver Tabela A.9.2). Não obstante, a incerteza permanece sobre qual é o melhor lugar para algumas dessas condições. Embora a inclusão do TDAH sob este grupo seja baseada em recentes dados de imagem cerebral que mostram um atraso na maturação cortical (Shaw et al, 2007), tem-se argumentado que o TDAH se encaixa confortavelmente dentro do grupo dos transtornos disruptivos, de controle de impulso e da conduta por causa de sua sobreposição genética e sintomatologia semelhante (Andrews et al, 2009b).

Transtornos do espectro autista

Transtornos do Espectro Autista (TEA) são uma nova categoria no DSM-5 no entendimento de que três distúrbios anteriormente listados separados sob a rubrica Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) no DSM-IV são mais bem conceituados como diferentes níveis de gravidade de uma condição única. Assim, o DSM-5 introduziu aqui o conceito de espectro, reforçando a relevância da dimensionalidade. O TEA inclui o transtorno de autismo, a síndrome de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado. *Transtorno de Rett* e *transtorno desintegrativo da infância* foram removidos da seção.

Há várias razões por trás dessa mudança. A validade e a confiabilidade dos diferentes diagnósticos sob a rubrica TID têm sido questionadas, em especial, a distinção entre a síndrome de Asperger e do chamado autismo de alto funcionamento (Howlin, 2003; Mayes et al, 2001). Por exemplo, um estudo avaliando as características diagnósticas do TID pelo DSM-IV mostrou que o melhor preditor de qual diagnóstico os indivíduos receberiam foi a clínica para a qual foram encaminhados ao invés das características clínicas individuais (Lord et al, 2012). O grupo de trabalho do DSM-V concluiu que as distinções anteriores entre estas condições foram o resultado do agrupamento artificial de apresentações de diferentes níveis de gravidade da mesma doença que de fato existem como um continuum. Os novos critérios são potencialmente mais capazes de diferenciar TEA do desenvolvimento normal e de outros transtornos psiquiátricos.

Além disso, os critérios de diagnóstico para o TEA foram reduzidos de três para dois domínios de sintomas centrais:

- Déficits de comunicação social e interação social e;
- Comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos.

Síndrome de Rett

A síndrome de Rett foi removida do DSM-5.

Esta é uma desordem neurodesenvolvimental que afeta quase exclusivamente meninas. É caracterizada por um crescimento e desenvolvimento precoces normais seguidos por uma desaceleração no desenvolvimento, perda do uso proposital das mãos, movimentos de mãos característicos, crescimento cefálico e cerebral desacelerado, problemas para caminhar, convulsões, e deficiência intelectual. Para ler mais sobre esta doença, clique nesta caixa de texto.

Tabela A.9.3 Principais alterações nos transtornos invasivos do desenvolvimento no DSM-5

Mudança	Magnitude	Análise Racional
<ul style="list-style-type: none"> Fusão dos três antigos diagnósticos de transtorno do desenvolvimento em um único 	Maior	Um espectro único descreve melhor a apresentação dos sintomas, evolução e resposta ao tratamento.
<ul style="list-style-type: none"> Define dois domínios principais da síndrome em vez de três 	Moderada	Dois domínios anteriores (prejuízo na interação social e na comunicação) foram considerados sobreposição.
<ul style="list-style-type: none"> Remoção de Síndrome de Rett 	Menor	Comportamentos TEA estão presentes apenas por um breve período durante o desenvolvimento em pacientes com síndrome de Rett - eles ainda podem ser diagnosticados com TEA.
<ul style="list-style-type: none"> Remoção de transtorno desintegrativo da infância 	Menor	Pacientes com transtorno desintegrativo da infância apresentam sintomas físicos específicos e experimentam um padrão distinto de regressão do desenvolvimento.

O *domínio déficits de comunicação e interação social* foi criado pela fusão de dois antigos domínios do DSM-IV, déficit “social” e de “comunicação”, baseado na premissa de que eles são manifestações de um único conjunto de sintomas. Em outras palavras, esses dois domínios se sobrepõem e resultavam em dupla contagem de sintomas (Mandy et al, 2012).

Os novos critérios propostos geraram preocupação entre alguns pesquisadores, comunidade médica e familiares dos doentes. Em primeiro lugar, foi alegado que os subtipos existentes eram clinicamente úteis, mesmo sem uma boa confiabilidade entre avaliadores e que seus critérios deveriam ter sido melhorados em vez de abandonados, uma vez que os subtipos do DSM-IV existiam há um período relativamente curto de tempo e futuras pesquisas poderiam melhorar a sua validade e confiabilidade (Ghaziuddin, 2010). Em segundo lugar, o extenso corpo de pesquisa sobre autismo construído nas últimas duas décadas teria valor limitado, pois a mudança nos critérios diagnósticos iria alterar radicalmente esses diagnósticos (Singh et al, 2009). Por exemplo, um estudo avaliou a sensibilidade e especificidade dos critérios propostos pelo DSM-5 utilizando critérios do DSM-IV como referência (McPartland et al, 2012). Os resultados mostraram boa especificidade (95%), como esperado pelo grupo de trabalho, mas sensibilidade variável para diferentes subtipos de TID: 76% para o transtorno autista, 25% para o transtorno de Asperger, e 28% para o TID não especificado. A sensibilidade foi menor para os indivíduos com QI acima da média. A conclusão foi de que o DSM-5 produziu critérios de limiar mais rigorosos que tendem a excluir do diagnóstico indivíduos de alto funcionamento, consequentemente, impedindo a sua elegibilidade para serviços, mesmo quando podem se beneficiar com o tratamento. No entanto, é importante ressaltar que este limite superior pode ajudar a lidar com a explosão de diagnósticos TID dos últimos anos que pode ser parcialmente alimentada por critérios com limites menos definidos (King & Bearman, 2009). As principais alterações nos transtornos invasivos do desenvolvimento são resumidas na Tabela A.9.3.

Transtornos de aprendizagem

Importantes mudanças foram feitas nas características diagnóstica centrais dos distúrbios de aprendizagem, incluindo:

- A fusão dos quatro subtipos do DSM-IV anteriores em uma categoria e as consequentes modificações dos critérios de diagnóstico;
- Alteração da idade mínima para o diagnóstico;
- Criação do critério de *persistência e resistência* à intervenção; e
- Mudança na definição de *baixo rendimento*.

A decisão de consolidar distúrbios de aprendizagem em uma única categoria foi baseada na falta de provas para sustentar a exclusividade mútua, a cobertura e a sensibilidade desenvolvimental dos subtipos de Transtornos de Aprendizagem do DSM-IV. A revisão da literatura realizada pelo grupo de trabalho encontrou evidências conflitantes. A decisão final foi tomada considerando não apenas as evidências disponíveis, mas também a opinião de especialistas e de grupos profissionais e de interesse. A conclusão foi unir os subtipos sob uma única categoria, mas para manter as distinções de desenvolvimento como *especificadores*, capturando e até mesmo ampliando as principais categorias dos subtipos anteriores (Tannock, 2013). Essa mudança envolveu o critério A, que agora requer apenas *um dos seis* sintomas heterogêneos (leitura imprecisa ou lenta, dificuldade em compreender o que se lê, ortografia, escrita, senso numérico ou de cálculo, raciocínio matemático). Além disso, a idade mínima para o diagnóstico que era específico para cada um dos subtipos do DSM-IV foi alargada: os sintomas devem começar durante os anos em idade escolar, mas podem não se manifestar plenamente até que as exigências sobre as competências acadêmicas afetadas excedam as capacidade limitadas do indivíduo.

O critério A inclui também um novo e controverso requisito de que os sintomas precisam persistir apesar de intervenções direcionadas às dificuldades. Este modelo, *resposta à intervenção*, já está integrado nos requisitos utilizados por muitos sistemas escolares nos EUA. Isso se baseia na premissa de que algumas crianças diagnosticadas com transtornos de aprendizagem são realmente inadequadamente instruídas, incentivando a ênfase na prevenção, e diminuindo o número de falsos positivos. No entanto, isto tem sido fortemente criticado por alguns especialistas:

Tabela A.9.4 Principais mudanças nos critérios para transtornos de aprendizagem

Mudança	Magnitude	Lógica
<ul style="list-style-type: none"> • Fusão das quatro subtipos em uma categoria única, com especificadores. 	Moderado	Incerteza sobre os limites entre os diagnósticos previamente separados.
<ul style="list-style-type: none"> • Exigência da falta de resposta ao tratamento 	Moderado	Distúrbio de aprendizagem pode realmente ser o resultado de instrução inadequada.
<ul style="list-style-type: none"> • Remoção da discrepância entre QI e desempenho acadêmico 	Moderado	A abordagem QI-corrigida tinha menor acurácia diagnóstica.
<ul style="list-style-type: none"> • Exigência de que os sintomas estejam presentes por 6 meses 	Menor	Exclusão de casos temporários

as intervenções não são padronizadas ou baseadas em evidências, permitindo a má interpretação da falha (Waesche et al, 2011). Além disso, a resposta à intervenção sugere um desfecho dicotômico, quando na verdade é provável que este exista como um continuum (Fletcher&Vaughn, 2009). Os poucos estudos disponíveis mostraram baixa concordância entre diferentes definições de distúrbios de aprendizagem baseadas em resposta à intervenção (Waesche et al, 2011). Este critério tende a ser ignorado para os países em desenvolvimento, porque as intervenções não estão amplamente disponíveis. Por outro lado, isto representa uma grande ruptura no conceito de nosologia - possivelmente este é o único diagnóstico em medicina que *requer* como critério uma resposta negativa ao tratamento.

A quantificação do pobre desempenho acadêmico também mudou no DSM-5. De acordo com o DSM-IV, as habilidades acadêmicas deveriam ser substancialmente abaixo da média, considerando a idade cronológica, a inteligência medida e a educação apropriada para a idade. Os critérios agora definem baixas habilidades acadêmicas como substancialmente abaixo da média de acordo com testes de avaliação padronizados para a idade, educação e cultura, e excluem o diagnóstico na presença de deficiência intelectual. Assim, o DSM-5 exclui a necessidade de uma discrepância entre o QI e o desempenho acadêmico para distúrbios de aprendizagem. Há evidências de que esta abordagem pode levar à menor acurácia diagnóstica, “superdiagnosticando” distúrbios de aprendizagem em crianças de alto QI, enquanto faz o oposto em pessoas com baixo QI (Francis et al, 2005). Uma fragilidade dos critérios de ambos DSM-IV e DSM-5 é a falta de aplicabilidade em muitos países, especialmente no mundo subdesenvolvido, uma vez que dependem de testes padronizados adaptados para cada língua e cultura.

Os critérios para transtorno de aprendizagem não especificaram formalmente a duração dos sintomas no DSM-IV. O DSM-5 agora requer a presença dos sintomas por pelo menos 6 meses. Não é esperado que isto tenha muito impacto. (Tannock, 2013). Veja um resumo das principais mudanças na Tabela A.9.4.

Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade

Não houve mudanças importantes para a construção de diagnóstico, os 18 sintomas centrais permanecem os mesmos. As alterações incluem idade de início, limiar de sintomas para adultos, e a remoção de transtornos do espectro autista do critério de exclusão. Mudanças menos significativas incluem modificações para os subtipos de TDAH e inclusão de mais exemplos de desenvolvimento apropriados para os 18 sintomas centrais.

Evidências consideráveis desafiam a validade do critério do DSM-IV que exige início da deficiência antes dos 7 anos. Vários estudos não encontraram nenhuma diferença na apresentação fenotípica, comprometimento neuropsicológico, curso, gravidade ou a resposta ao tratamento entre crianças com início antes e depois de 7 anos de idade (Kieling et al, 2010). No entanto, o TDAH, como um distúrbio do desenvolvimento neurológico, exige uma idade de início limite. Barkley e Brown (2008) e Kessler et al (2006) forneceram evidências de que a idade de início antes dos 12 anos captaria cerca de 95% dos casos em seus estudos. Embora a manifestação de preocupação da comunidade médica e geral de que tal mudança possa aumentar artificialmente a prevalência de TDAH — mesmo que

Tabela A.9.5 Resumo das principais mudanças nos critérios de TDAH

Mudança	Magnitude	Lógica
<ul style="list-style-type: none"> Listagem do TDAH no capítulo de Transtornos do Neurodesenvolvimento 	Menor	Etiologia compartilhada
<ul style="list-style-type: none"> A alteração do critério idade de início de 7 para 12 anos de idade 	Moderado	Aumento da sensibilidade diagnóstica: vários casos (especialmente aqueles com TDAH predominantemente desatento) não eram detectados com o critério antigo.
<ul style="list-style-type: none"> Redução do limiar de diagnóstico para adultos de 6 para 5 sintomas em ambas dimensões 	Moderado	Aumento da sensibilidade diagnóstica
<ul style="list-style-type: none"> Mudança de subtipos para apresentação atual 	Menor	Não há evidências suficientes de estabilidade desenvolvimental para apoiar subtipos.
<ul style="list-style-type: none"> Mudança nos exemplos dos sintomas diagnósticos 	Menor	Novos exemplos procuram melhor corresponder aos sintomas nos diferentes estágios de desenvolvimento.
<ul style="list-style-type: none"> Remoção do TEA dos critérios de exclusão 	Moderado	TDAH é frequentemente comórbido com TEA; comorbidade é associada com maior prejuízo e a comorbidade com TDAH pode ser tratada com sucesso com estimulantes.

as evidências de estudos populacionais não suportem esta reivindicação (Polanczyk et al, 2010) — o DSM-5 aceitou esta alteração e requer que os sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade.

O número de sintomas necessários para o diagnóstico de TDAH em adultos foi reduzido para cinco em ambas dimensões - desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Os ensaios de campo do DSM-IV incluíram apenas amostras de crianças e adolescentes. Portanto, o corte de seis sintomas no DSM-IV não é necessariamente ótimo para adultos. Barkley e Brown (2008) têm mostrado que este corte representa 2,5 a 3 desvios padrão acima da média, capturando apenas os casos mais extremos em adultos. A utilização de quatro dos nove sintomas prediz o comprometimento com melhor sensibilidade e especificidade e é apoiada por dados neurobiológicos (Hoogman et al, 2012; Matte et al, 2012). No entanto, para ser cauteloso, o DSM-5 só reduziu o limiar para cinco sintomas.

Não há evidências que suportem a exclusão de um diagnóstico de TDAH quando TEA está presente. Na verdade o TDAH e autismo frequentemente coexistem (Simonoff et al, 2008), e a presença de TDAH em pacientes com TEA está associada a diferentes correlações clínicas do que as encontradas na TEA puro (Rommelse et al, 2011). Além disso, os estimulantes podem diminuir os sintomas de TDAH em pacientes com TEA (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network, 2005). O quadro A.9.5 resume as principais alterações dos critérios de TDAH no DSM-5 e sua lógica.

Deficiência intelectual

As alterações são resumidas na Tabela A.9.6. A deficiência intelectual está

localizada no capítulo transtornos do desenvolvimento neurológico. No DSM-5, o termo *deficiência intelectual* substitui o termo *retardo mental* do DSM-IV (a próxima revisão do CID propõe, por sua vez, utilizar o termo “transtornos do desenvolvimento intelectual”). A expressão “retardo mental” foi gradualmente abandonada, tanto em contextos clínicos e acadêmicos como entre o público leigo por causa de suas conotações pejorativas. Outras modificações incluem mudanças enfatizando uma avaliação mais abrangente do paciente e avaliação do funcionamento.

Mesmo que o teste de QI seja encorajado e continue a ser um dos pilares da avaliação, os novos critérios enfatizam a importância do funcionamento. As medidas de QI são menos válidas na extremidade inferior da gama de QI; além disso, doenças concomitantes, efeitos práticos e o “efeito Flynn” (aumento do QI médio no mundo todo nos anos recentes) são exemplos de fatores que podem influenciar o diagnóstico de deficiência intelectual (Kanaya et al, 2003). Esta abordagem reforça a necessidade de uma avaliação por profissionais treinados (Harris, 2013).

O Critério A diz respeito a déficits no funcionamento intelectual e habilidades gerais medidos por testes de QI. Os indivíduos com deficiência intelectual deverão ter as pontuações de QI de dois desvios padrão ou mais abaixo da média da população. O Critério B refere-se a déficits no funcionamento adaptativo em três domínios (não especificados em edições anteriores do manual): conceituais (por exemplo, habilidades acadêmicas); sociais (por exemplo, linguagem, comunicação, habilidades interpessoais); e práticos (por exemplo, habilidades de vida, autocuidado). Esta abordagem multidimensional visa garantir que o diagnóstico seja feito com base em uma ampla avaliação do impacto da doença sobre o funcionamento em vez de com base exclusivamente em queixas específicas e testes de inteligência.



Implementação e apoio ao DSM-5

Clique na imagem e acesse o website da American Psychiatric Association (APA) que apoia a implementação do DSM-5. O site inclui informação para implementação, respostas para perguntas frequentes, lista correções do DSM-5, e provê um mecanismo para submissão de questionamentos e informação de retorno. Pesquisadores e clínicos podem também informar sobre a utilidade da avaliações disponíveis online de mensuração transversal de sintomas, gravidade de transtorno, personalidade e incapacidade. O site também provê ligações para web-seminários educacionais sobre o DSM-5. O site continuará provendo informação histórica sobre o processo de desenvolvimento e a lógica geral das mudanças a partir do DSM-IV.

Tabela A.9.6 Principais alterações no diagnóstico de deficiência intelectual

Mudança	Magnitude	Lógica
<ul style="list-style-type: none"> Substituição do termo “retardo mental” por “deficiência intelectual” 	Menor	Conotações pejorativas de ‘retardo mental’. Termo amplamente já utilizado em ambientes clínicos e acadêmicos, entre grupos de defesa e público leigo. Coerência com o CID.
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação enfatiza nível de funcionamento em vez de QI. 	Moderado	QI menos válido na extremidade inferior do intervalo. O QI isoladamente é insuficiente para avaliar o funcionamento em situações da vida real e tarefas práticas.
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do funcionamento adaptativo em três domínios: conceituais, sociais e práticos. 	Moderado	Avaliação a vários níveis pode melhor determinar o quão bem um indivíduo lida com as tarefas do dia-a-dia.
<ul style="list-style-type: none"> Definição dos níveis de gravidade baseado no funcionamento adaptativo em vez do QI 	Moderado	O funcionamento adaptativo determina o nível de apoio necessário
<ul style="list-style-type: none"> Remoção da idade de início 	Menor	Duração variável de período de desenvolvimento

O DSM-5 mantém os níveis de gravidade tradicionais — leve, moderada, severa e profunda — mas substitui as pontuações de QI como critério definidor pela extensão da disfunção adaptativa nos três domínios acima referidos. Se nas edições anteriores estabeleceram uma idade de início de corte para o diagnóstico de menos de 18 anos, o DSM-5 não dá uma idade específica, mas exige que os sintomas surjam na infância ou adolescência. A tabela A.9.6 resume as principais alterações.

TRANSTORNOS DISRUPTIVOS, DO CONTROLE DE IMPULSOS E DE CONDUTA.

Transtorno de conduta

O DSM-5 mudou Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador de Oposição para um novo capítulo que também contém Transtorno de Personalidade Anti-Social, Piromania e Cleptomania. As características essenciais de diagnóstico do Transtorno de Conduta permanecem inalteradas no DSM-5 — um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou importantes regras sociais são violadas, como evidenciado pela presença de pelo menos três dos 15 critérios (quase idênticos aos do DSM-IV) nos últimos 12 meses. Havia dois subtipos de transtorno de conduta no DSM-IV, dependendo se o início tinha sido durante a infância ou na adolescência. O DSM-5 adiciona um novo especificador — *com emoções pró-sociais limitadas*. Este especificador vai além da presença de um comportamento negativo e reflete um padrão típico de funcionamento emocional e interpessoal do indivíduo em múltiplos contextos. As pessoas com “transtorno de conduta com emoções pró-sociais limitadas” exibiram empatia limitada e pouca preocupação com os sentimentos, desejos e bem-estar dos outros, como evidenciado por pelo menos dois dos seguintes itens:

- Falta de remorso e culpa;
- Falta de empatia;
- Falta de preocupação com desempenho (por exemplo, não motivado ou preocupado com desempenho na escola ou trabalho);
- Superficialidade ou deficiência de afeto (por exemplo, sentimentos ou emoções expressos são superficiais ou falsos).

A crença de que os jovens com transtorno de conduta são um grupo muito heterogêneo, considerando gravidade, trajetória de vida e etiologia presumida levou a várias propostas para subdividir este diagnóstico. Na verdade, décadas atrás, o DSM-III já incluiu dois subtipos: “socializado/”subsocializado” e agressivo/não agressivo. Havia alguma evidência sugerindo que os subtipos “subsocializado” e agressivo representavam um grupo mais grave e difícil de se tratar. No entanto, as definições não eram suficientemente claras e foram muitas vezes mal utilizados, levando ao abandono desta subdivisão em edições posteriores. O DSM-IV estabelece um sistema métrico de gravidade (isto é, dependendo do número de sintomas presentes), mas a maioria dos médicos e investigadores o ignoram.

O atual especificador “com emoções pró-sociais limitadas” (similar ao construto ‘insensível e sem emoção’) é o resultado de várias tentativas de encontrar

características interpessoais, afetivas e comportamentais de psicopatia em crianças e adolescentes. Várias dimensões de personalidade tem sido identificadas em pessoas com comportamento anti-social, mas *emoções pró-sociais limitadas* parece ser a mais robusta (Frick et al, 2000). Além disso, estes sintomas parecem detectar um grupo mais grave, agressivo e estável e são um fator de risco independente para desfechos antissociais na idade adulta (Burke et al, 2007; Frick& Dickens, 2006; Lynam et al, 2007). Ainda não se sabe se esta distinção sobrevive à passagem do tempo e ao crivo da prática clínica.

Transtorno desafiante opositor

Os critérios para TDO não mudaram substancialmente no DSM-5. Para destacar que TDO tem tanto sintomatologia emocional e comportamental, os critérios são agora agrupados em:

- Humor irritado/irritável;
- Comportamento argumentativo/desafiante, e
- Comportamento vingativo.

Além disso, a exigência de que TDO não deve ser diagnosticado se o transtorno de conduta está presente foi removida com base de que sintomas de TDO parecem prever resultados importantes, especialmente distúrbios emocionais, independentemente do transtorno de conduta (Stringaris& Goodman, 2009).

Uma terceira mudança foi feita para especificar a frequência necessária para um comportamento ser considerado sintoma de TDO — dado que muitos comportamentos associados ao TDO ocorrem comumente em desenvolvimento normal de crianças e adolescentes. Para as crianças menores de 5 anos de idade, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses, com a exceção do comportamento vingativo. Para os indivíduos com 5 anos ou mais de idade, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana, durante pelo menos seis meses, novamente com exceção de ‘vingatividade’.

A última alteração acrescenta uma classificação de gravidade dos critérios para refletir pesquisas mostrando que, embora as crianças que apresentam sintomas de TDO em apenas um cenário corram o risco de prejuízos atuais e futuros, o grau de ocorrência dos sintomas em diferentes cenários é um importante indicador de gravidade (Frick&Nigg, 2012).

TRANSTORNOS RELACIONADOS A TRAUMAS E A ESTRESSORES

Os Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores são um novo grupo diagnóstico no DSM-5. Ele contém doenças incluídas em outros capítulos do DSM-IV, tais como transtornos de Ansiedade e transtornos de Adaptação. Esta nova classe inclui *transtorno de apego reativo*, *transtorno de interação social desinibida*, *transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)*, *transtorno de estresse agudo* e *transtornos de ajustamento*. Todas estas condições requerem a exposição a um evento traumático ou estressante, mas variam na expressão do sofrimento psíquico

após esta exposição. Na verdade, a razão para o agrupamento desses transtornos em uma única classe é baseada no reconhecimento de que sua característica comum é o sofrimento significativo após a exposição a um evento traumático ou estressante.

Transtorno de estresse pós-traumático

O diagnóstico de TEPT sofreu mudanças importantes, especialmente em relação às crianças pré-escolares. Pesquisas recentes tem focado a diferente expressão de transtornos mentais ao longo da vida. O TEPT é a primeira desordem no DSM-5 a ter um conjunto separado de critérios de diagnóstico de acordo com o estágio de desenvolvimento.

Crianças pré-escolares estão expostas a eventos potencialmente traumáticos, como abuso, testemunhando violência interpessoal, acidentes automobilísticos, desastres naturais, guerra, mordidas de cão e procedimentos médicos invasivos, para citar apenas alguns. Portanto, seria de se esperar que essa população jovem estaria em risco para o TEPT. No entanto, de acordo com os critérios do DSM-IV a prevalência do TEPT entre crianças em idade pré-escolar é muito menor do que em crianças mais velhas e adultos (Scheeringa et al, 2011). Taxas mais baixas podem ser atribuídas a diferenças reais na prevalência, possivelmente devido a percepções imaturas das crianças de eventos, ou a baixa sensibilidade dos critérios atuais para

TEPT é o primeiro transtorno no DSM-5 a ter um grupo separado de critérios diagnósticos de acordo com o estágio desenvolvimental.

Tabela A.9.7. Resumo critérios de diagnóstico do DSM-5 para TEPT em crianças de 6 anos e mais jovens

Para fazer um diagnóstico de TEPT em crianças de 6 anos e mais jovens, os quatro critérios listados abaixo devem ser cumpridos, os sintomas devem estar presentes por mais de um mês, causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo e não são a manifestação de uma substância ou condição médica.

- | | |
|----------|---|
| A | Exposição pessoal a morte real ou ameaça, lesão grave, ou violência sexual, pela experiência direta do evento traumático; testemunho a evento que ocorreu com outros, especialmente os cuidadores primários; ou saber que o evento traumático ocorreu a um pai ou cuidador. |
| B | A presença de um ou mais dos seguintes sintomas associados com o acontecimento traumático: <ul style="list-style-type: none"> • Memórias recorrentes, involuntárias e angustiantes do evento • Sonhos aflitivos relacionados ao evento • Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) em que a criança se sente ou age como se o evento estivesse ocorrendo • Intensa ou prolongada angústia quando expostos a estímulos internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento • Reação marcada a lembranças do evento |
| C | Um ou mais dos seguintes sintomas: <ul style="list-style-type: none"> • Esquiva persistente de atividades, locais, pessoas ou situações que lembrem o evento • Cognitiones negativas (medo frequente, culpa, vergonha, diminuição de participação em atividades, retração) |
| D | Alterações na excitação e reatividade associada ao evento traumático como evidenciado por dois ou mais dos seguintes: irritabilidade e explosões de raiva com pouca ou nenhuma provocação <ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilância • Exagerada resposta de sobressalto • Problemas de concentração • Perturbação do sono. |

detectar as peculiaridades das manifestações desenvolvimentais do TEPT.

Conscientes da última possibilidade, pesquisadores propuseram alternativas para os critérios do DSM-IV e realizaram uma série de estudos sobre as crianças, a fim de avaliar os critérios modificados e seus efeitos (Scheeringa et al, 1995; 2003; 2012; Task Force on Research Diagnostic Critérios, 2003). Concluiu-se que quando um conjunto de critérios sensíveis ao desenvolvimento foi utilizado, aproximadamente três a oito vezes mais crianças foram qualificadas para TEPT em comparação quando da utilização dos critérios do DSM-IV. (Scheeringa et al, 2011; 2012). Como consequência, a força-tarefa do DSM-5 decidiu não só mudar os critérios de TEPT, mas também criar um subtipo de TEPT para crianças pré-escolares: *TEPT para crianças de 6 anos e mais jovens*. Os critérios de diagnóstico encontram-se resumidos na Tabela A.9.7.

Os critérios de TEPT para crianças mais velhas, adolescentes e adultos quase não foram alterados desde o DSM-IV. A distinção entre o TEPT agudo e crônico foi eliminada devido à escassez de evidências que justifiquem essa distinção. Um subtipo, — ‘com sintomas dissociativos’ — foi adicionado. Os indivíduos que se qualificam para esse subtipo satisfazem os critérios para TEPT e apresentam sintomas recorrentes de despersonalização ou desrealização.

Transtornos de apego reativo e interação social desinibida

O diagnóstico do DSM-IV de Transtorno de Apego Reativo é uma entidade clínica com baixa prevalência e, até recentemente, pouco estudada. Pesquisas nas últimas décadas destacam déficits nos critérios diagnósticos e mudanças substanciais foram sugeridas (Zeanah&Gleason, 2010). Enquanto o transtorno de apego reativo no DSM-IV foi dividido em subtipos *inibidos* e *desinibidos*, o DSM-5 define esses subtipos como doenças distintas: *transtorno de apego reativo* e *transtorno de interação social desinibida*, respectivamente. Os dois transtornos compartilham a exigência de que a negligência — definida como a ausência de cuidados adequados durante a infância — é considerada como o fator causal, resultando na limitação de oportunidades de que crianças jovens formem vínculos adequados. No entanto, os dois transtornos também diferem em aspectos importantes, das manifestações clínicas à história natural, resposta à intervenção e correlações clínicas, o que suporta a distinção destas condições.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Transtorno disruptivo de desregulação do humor

O “transtorno disruptivo de desregulação do humor” é um novo diagnóstico no DSM-5. Antes de descrever suas principais características, é importante esclarecer a lógica por trás dessa decisão controversa. Nos últimos anos, o campo da saúde mental infantil e adolescente tem experimentado um crescente debate sobre os diagnósticos de transtorno bipolar. Taxas de transtorno bipolar em crianças e adolescentes aumentaram muito mais rapidamente do que em adultos (Blader&Carlson, 2007; Moreno et al, 2007), acompanhado por uma crescente prescrição de medicamentos antipsicóticos para essa população (Olfson et al, 2006). Possíveis explicações incluem um aumento real da prevalência e melhora na identificação de casos. No entanto, alguns estudos têm atribuído essas taxas

Tabela A.9.8 Critérios diagnósticos para transtorno disruptivo de desregulação do humor

- Os quatro critérios listados abaixo devem ser atendidos:
 - Explosões temperamentais graves, recorrentes, desproporcionais.
 - Em média, três ou mais vezes por semana.
 - Explosões de ira são inconsistentes com o nível de desenvolvimento.
 - Entre explosões, o humor é persistentemente irritado ou raivoso, a maior parte do dia e quase todos dias.
- O início dos sintomas deve ser antes dos 10 anos
- Os sintomas devem estar presentes por mais de 12 meses
- Os sintomas não devem estar ausentes por três ou mais meses consecutivos
- As crianças devem ter entre 6 e 18 anos de idade
- Os sintomas devem estar presentes em pelo menos dois dos três cenários (casa, escola, situações sociais) e são graves em pelo menos um cenário.
- Os sintomas não são mais bem explicados por outro transtorno mental
- Os sintomas não são a manifestação de uma substância ou condição médica
- Não foram cumpridos os critérios de sintomas para episódio maníaco / hipomaníaco por mais de um dia
- Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante um episódio de transtorno depressivo maior

tão elevadas em mudanças nas práticas diagnósticas, com crianças que não têm sintomas maníacos tradicionais sendo diagnosticadas como bipolar, com base em sintomas alternativos — principalmente, irritabilidade (Leibenluft, 2011).

O diagnóstico de “desregulação grave do humor” surgiu há uma década (Leibenluft et al, 2003), para descrever crianças e adolescências que apresentam hiperexcitação, juntamente com irritabilidade grave, crônica, não-episódica e acessos de raiva frequentes (Zepf&Holtman, 2012). Este novo diagnóstico estimulou pesquisas destinadas a elucidar as principais características da desregulação grave do humor e comparar a desregulação grave do humor com o transtorno bipolar.

Evidências de estudos longitudinais em amostras comunitárias sugerem que o transtorno bipolar e a desregulação grave do humor têm um curso diferente. Enquanto jovens com transtorno bipolar mostram uma alta correlação com transtorno bipolar durante toda a vida, estudos não encontraram uma associação entre a desregulação grave do humor e o desenvolvimento posterior de transtorno bipolar (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009); em vez disso, as crianças com grave desregulação do humor tendem a desenvolver outros transtornos psiquiátricos mais tarde, especialmente transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada e distímia (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009). Estudos de amostras selecionadas mostraram resultados semelhantes, com crianças com transtorno bipolar apresentando um risco muito maior de experimentar episódios maníacos ao longo de um período médio de 29 meses do que aquelas com desregulação grave do humor (62% e 1%, respectivamente) (Stringaris et al, 2010).

Dados de história familiar são escassos, mas corroboram os achados de

estudos longitudinais. Um pequeno estudo comparou a prevalência de transtorno bipolar parental em crianças diagnosticadas com desregulação do humor grave ou transtorno bipolar e encontraram diferenças significativas: transtorno bipolar parental estava presente em 33% no grupo com transtorno bipolar, mas em apenas 3% no grupo com grave desregulação do humor (Brotman et al, 2007).

Assim, a suposição de que a irritabilidade severa e crônica representa um fenótipo alternativo ou a apresentação desenvolvimental do transtorno bipolar não tem fundamento. Não há suporte científico para o diagnóstico de mania em jovens que se apresentam fundamentalmente com sintomas de irritabilidade não episódica.

A evidência também destaca a alta carga de desregulação grave do humor. A doença tem uma prevalência de cerca de 3% em amostras comunitárias, enquanto a prevalência de transtorno bipolar não é mais do que 0,1% (Brotman et al, 2006). Além disso, a recuperação, conforme medido pelo escore Children's Global Assessment (CGAS), é equivalente em jovens diagnosticadas com transtorno bipolar ou desregulação grave do humor (Leibenluft, 2011).

No DSM-IV o sintoma “irritabilidade” foi incluído nos critérios diagnósticos para, pelo menos, seis condições em crianças: episódio maníaco, transtorno desafiador opositivo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno distímico, transtorno de estresse pós-traumático e episódio depressivo maior. No entanto, nenhum dos diagnósticos acima se aplica a crianças mostrando irritabilidade crônica e grave. Portanto, as crianças que satisfazem os critérios para desregulação grave do humor constituem uma população consideravelmente grande de indivíduos gravemente prejudicados que não se encaixam bem em nenhuma categoria do DSM-IV. A força-tarefa do DSM-5 decidiu a favor da validade da desregulação grave do humor através de sua inclusão na classificação. Um termo diferente - transtorno disruptivo da desregulação do humor - é usado para substituir desregulação grave do humor, que não parecia refletir completamente a complexidade do quadro clínico. Para destacar a associação entre irritabilidade crônica e desfechos de humor, o transtorno disruptivo de desregulação do humor foi colocado no capítulo dos transtornos do humor. Os critérios para o diagnóstico de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor estão resumidos na Tabela A.9.8. Para uma descrição mais detalhada dessa condição, ver também capítulo E.3 do Livro Didático.

MEDIDAS E MODELOS EMERGENTES

Mensuração transversal de sintomas

Alguns conceitos apresentados na nova *Seção III* têm interesse especial para saúde mental de crianças e adolescentes. Como mencionado acima, a introdução da *mensuração transversal de sintomas nível 1* (dimensional) é relevante. A versão de avaliação para pais ou cuidadores foi criada para avaliação de crianças e adolescentes (6-17 anos de idade); uma versão de autoavaliação também está disponível para adolescentes. A lógica por trás de seu desenvolvimento é fornecer um instrumento para os médicos realizarem uma espécie de análise de sistemas, como foi feito em

Tabela A.9.9 Mensurações transversais e de sintomas

Clique na tabela para encontrar as avaliações de mensuração do DSM-5. Estas medidas podem ser reproduzidas sem permissão por pesquisadores e clínicos para uso com seus pacientes.

- **Nível 1 Mensuração Transversal de Sintomas**

- Medida Transversal de Sintomas Nível 1 DSM-5 para Pais/Guardião- Crianças com idade 6-17
- Medida Transversal de Sintomas Nível 1 DSM-5 para autoavaliação - Crianças com Idade 11-17

- **Nível 2 Mensuração Transversal de Sintomas para Pais de Crianças com Idade entre 6-17**

- Sintoma Somático—Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (Patient Health Questionnaire 15 Somatic Symptom Severity Scale [PHQ-15])
- Distúrbio do Sono — Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (PROMIS-Sleep Disturbance-Short Form)
- Desatenção— Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (Swanson, Nolan e Pelham, version IV [SNAP-IV])
- Depressão — Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (PROMIS Emotional Distress—Depression—Parent Item Bank)
- Raiva — Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (PROMIS Emotional Distress—Calibrated Anger Measure—Parent)
- Irritabilidade— Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (Affective Reactivity Index [ARI])
- Mania— Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (Adaptado de Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
- Ansiedade— Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (Adaptado de PROMIS Emocional Distress-Anxiety-Parent Item Bank)
- Uso de Substâncias— Pais/Guardião de Criança com idade de 6-17 (Adaptado do NIDA-Modified ASSIST)

- **Nível 2 Mensuração Transversal de Sintomas para Crianças com Idade entre 11-17**

- Sintoma Somático — Criança com idade de 11-17 (Patient Health Questionnaire 15 Somatic Symptom Severity Scale [PHQ-15])
- Distúrbio do Sono — Criança com idade de 11-17 (PROMIS-Sleep Disturbance-Short Form)
- Desatenção — Criança com idade de 11-17 (Swanson, Nolan e Pelham, version IV [SNAP-IV])
- Depressão — Criança com idade de 11-17 (PROMIS Emotional Distress—Depression—Parent Item Bank)
- Raiva — Criança com idade de 11-17 (PROMIS Emotional Distress—Calibrated Anger Measure—Parent)
- Irritabilidade — Criança com idade de 11-17 (Affective Reactivity Index [ARI])
- Mania — Criança com idade de 11-17 (Adaptado de Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
- Ansiedade — Criança com idade de 11-17 (Adaptado de PROMIS Emotional Distress - Anxiety -Parent Item Bank)
- Uso de Substâncias — Criança com idade de 11-17 (Adaptado do NIDA-Modified ASSIST)

- **Medidas de Gravidade Específicas para cada Transtorno para crianças de idades 11-17**

- Medida de Gravidade para a depressão — crianças Idade 11-17 (PHQ-9 modificado para Adolescentes [PHQ-A] -Adaptado)
- Medida de Gravidade para Transtorno de Ansiedade de Separação — Crianças com Idade de 11-17
- Medida de Gravidade para Fobia Específica —Criança Idade 11-17
- Medida de Gravidade para Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) —Criança Idade 11-17
- Medida de Gravidade para Transtorno de Pânico —crianças Idade 11-17
- Medida de Gravidade para Agorafobia com crianças Idade 11-17
- Medida de Gravidade para Transtorno de Ansiedade Generalizada —Criança Idade 11-17
- Gravidade de Sintomas de Estresse Pós-Traumático —Criança Idade 11-17 (National Stressful Events Survey PTSD Short Scale [NSESS])
- Gravidade de Sintomas de Estresse Agudo - Idade 11-17 (National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale [NSESS])
- Gravidade de Sintomas Dissociativos —crianças Idade 11-17 (Brief Dissociative Experiences Scale [DES-B])

- **Medidas de Gravidade Específicas para cada Transtorno para avaliação pelo Clínico**

- Gravidade dos Transtornos do Espectro do Autismo e e de Comunicação Social
- Dimensões da Gravidade dos Sintomas Psicóticos
- Gravidade do Transtorno de Sintoma Somático
- Gravidade do Transtorno Desafiador Opositivo
- Gravidade do Transtorno da Conduta
- Gravidade da Auto-Lesão Não Suicida

medicina geral. Por esta razão, a ideia consiste em utilizar a medida no início da avaliação clínica, o que pode contribuir a dirigir os médicos para domínios onde diagnósticos específicos devem ser avaliados. O instrumento inclui 19 questões marcadas em uma escala de Likert de 5 pontos (0-4) e seis perguntas que permitem respostas “sim”, “não” ou “não sei” para uso de substâncias e ideação/tentativa suicida em 12 domínios. Esses domínios são: sintomas somáticos, problemas de sono, falta de atenção, depressão, raiva, irritabilidade, mania, ansiedade, psicose, pensamentos e comportamentos repetitivos, uso de drogas e ideação/tentativa suicida.

É importante notar que uma pontuação positiva em qualquer questão permitindo uma resposta dimensional (pontuação igual ou superior a 2-leve, exceto para questões relacionadas com a falta de atenção, ou score para psicose igual ou superior a 1: leve), ou um “sim” ou “não sei” como resposta para perguntas sobre o uso de substâncias e ideação/tentativa suicida indica a necessidade de uma avaliação mais abrangente. Esta avaliação pode incluir o uso da nova mensuração transversal de sintomas do DSM-5 nível 2, com base em instrumentos validados bem utilizados na saúde mental da criança (por exemplo, SNAP-IV para desatenção e hiperatividade; ASSIST NIDA-modificado para uso de substância). Estas medidas estão listadas na Tabela A.9.9, estão disponíveis no site e podem ser reproduzidas para o uso clínico e de pesquisa sem necessidade de autorização.

A Seção III também lida com a avaliação cultural proporcionando uma versão atualizada do esboço do DSM-IV para formulação cultural e introduz a *entrevista de formulação cultural*. Embora tenha sido testada apenas em adultos, profissionais de saúde mental infantil podem se beneficiar da inclusão de uma formulação cultural na avaliação de seus pacientes uma vez que o impacto do contexto cultural no desenvolvimento ou expressão de sintomas de saúde mental na infância e na adolescência é enorme (Canino & Alegria, 2008).

Síndrome da psicose atenuada

A seção III é também o lar de diagnósticos provisórios que necessitam de mais investigação (“condições para estudo futuro”). Para psiquiatria infantil e adolescente, um diagnóstico muito relevante nesta seção é a *Síndrome de Psicose Atenuada*. O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) propõe os seguintes critérios diagnósticos para esta síndrome:

- Sintomas atenuados de delírios, alucinações, ou discurso desorganizado com o teste de realidade relativamente intacto;
- Frequência (pelo menos uma vez por semana no último mês) ou a gravidade provoca sofrimento ou prejuízo que requer atenção clínica;
- Os sintomas devem ter começado ou piorado no último ano e não são mais bem explicados por qualquer transtorno mental grave ou o efeito de uma condição médica ou uso de substâncias;
- Os sintomas devem ter começado ou piorado no último ano e não são mais bem explicados por qualquer transtorno mental grave ou o efeito de uma condição médica ou uso de substâncias;

- Nunca preencheram os critérios para transtorno psicótico.

Pesquisas anteriores sugerem que uma proporção significativa de indivíduos com essas características fenotípicas evoluem para distúrbios psicóticos completos (Ruhmannet al, 2010) e a intervenção poderia modificar esta progressão (Amminger et al, 2010). No entanto, o risco de alargamento das fronteiras do diagnóstico psiquiátrico para tão longe, já que a maioria desses casos não parecem nunca evoluir para um transtorno psicótico completo, e os riscos inerentes ao tratamento antipsicótico diminuíram o entusiasmo inicial para a inclusão desse diagnóstico na parte principal do manual.

MODIFICAÇÕES ALÉM DO ESCOPO DESTES CAPÍTULOS

Vários diagnósticos pertinentes à psiquiatria da infância e da adolescência não discutidos aqui foram realocados devido à eliminação do capítulo sobre transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência do DSM-IV. Como mencionado acima, isso dá um cunho mais desenvolvimentista à classificação, reconhecendo que uma grande parte dos transtornos mentais tem suas raízes na infância e adolescência. Distúrbios motores (por exemplo, transtorno do desenvolvimento da coordenação) e transtornos de movimentos estereotipados (por exemplo, transtornos de tiques) foram transferidos para o capítulo sobre transtornos do desenvolvimento neurológico; transtorno de ansiedade de separação para o capítulo sobre transtornos de ansiedade; pica e transtorno de ruminação para o capítulo sobre alimentação e distúrbios alimentares; e enurese e encoprese formaram um novo capítulo sobre transtornos de eliminação.

Além disso, pequenos ajustes foram feitos em vários diagnósticos para incorporar uma perspectiva de desenvolvimento. Por exemplo, os critérios para o transtorno de ansiedade social enfatizam que a ansiedade em crianças deve ocorrer também ao interagir com seus pares e não apenas em interações com adultos, e que o medo e a ansiedade provocados por situações sociais em crianças podem ser expressos por sintomas comportamentais de choro e birras. No transtorno obsessivo compulsivo, os critérios especificam que as crianças possam ter compulsões sem reconhecer um objetivo claro de reduzir ou prevenir a ansiedade, a angústia ou a ocorrência de um evento temido. Devido à escassez de pesquisas sobre o diagnóstico de transtorno explosivo intermitente em crianças pequenas e a eventual dificuldade de distinguir os acessos de raiva associados a esse transtorno de birras normais, a idade mínima de 6 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente) é agora obrigatória para o diagnóstico.

CONCLUSÃO

Em nossa opinião, o DSM-5 representa a melhor classificação baseada em evidências de transtornos mentais atualmente disponível. Embora o objetivo inicial fosse produzir um documento que representaria uma mudança de paradigma na psiquiatria, este ficou aquém devido à falta de provas em muitas áreas. O real processo que ocorreu é uma iteração — cada versão do DSM é uma tentativa de

aproximar-se da construção latente dos transtornos mentais — e o reconhecimento formal de que a classificação psiquiátrica terá de continuar a evoluir e ser atualizada.

Para a psiquiatria da infância e da adolescência, tem havido algum progresso no sentido de que uma perspectiva de desenvolvimento começa a emergir, os critérios para transtornos relevantes e prevalentes melhoraram à luz de novas provas, e alguns novos transtornos são reconhecidos. No entanto, ainda há muito trabalho a ser feito antes de que um sistema de classificação baseada na etiologia e na fisiopatologia seja construído.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K et al (2010). Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 67:146-154.
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al (2009a). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med*, 39:1993-2000. doi: 10.1017/S0033291709990250
- Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ et al (2009b). Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med*, 39:2013-2023. doi: 10.1017/S0033291709990274
- Barkley RA, Brown TE (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*, 13:977-984.
- Blader JC, Carlson GA (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biol Psychiatry*, 62:107-114. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.11.006
- Brotman MA, Kassem L, Reising MM et al (2007). Parental diagnoses in youth with narrow phenotype bipolar disorder or severe mood dysregulation. *Am J Psychiatry*, 164:1238-1241. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06101619
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*, 60:991-997. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.08.042
- Waesche JSB, Schatschneider C, Maner JK et al (2011). Examining agreement and longitudinal stability among traditional and RTI-based definitions of reading disability using the affected-status agreement statistic. *J Learn Disabil*, 44:296-307. doi: 10.1177/0022219410392048
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36:334-346. doi: 10.1080/15374410701444223
- Canino G, Alegria M (2008). Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *J Child Psychol Psychiatry*, 49:237-250.
- First MB (2009). Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry*, 195:382-390. doi: 10.1192/bjp.bp.108.060822
- Fletcher JM, Vaughn S (2009). Response to Intervention: Preventing and Remediating Academic Difficulties. *Child Dev Perspect*, 3:30-37. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00072.x
- Francis DJ, Fletcher JM, Stuebing KK et al (2005). Psychometric approaches to the identification of LD: IQ and achievement scores are not sufficient. *J Learn Disabil*, 38:98-108.
- Frick PJ, Bodin SD, Barry CT (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: further development of the psychopathy screening device. *Psychol Assess*, 12:382-393.
- Frick PJ, Dickens C (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 8:59-72.
- Frick PJ, Nigg JT (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 8:77-107. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143150
- Ghaziuddin M (2010). Should the DSM V drop Asperger syndrome? *J Autism Dev Disord*, 40:1146-1148. doi: 10.1007/s10803-010-0969-z
- Guilbert JJ (2003). The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. *Educ Health (Abingdon)*, 16:230. doi: 10.1080/1357628031000116808
- Harris JC (2013). New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry*, 26:260-262. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835fd6fb
- Hoogman M, Rijpkema M, Jans L et al (2012). Current self-reported symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder are associated with total brain volume in

- healthy adults. *PLoS One*, 7(2), e31273. doi: 10.1371/journal.pone.0031273
- Howlin P (2003). Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*, 33:3-13.
- Kanaya T, Scullin MH, Ceci SJ (2003). The Flynn effect and U.S. policies: the impact of rising IQ scores on American society via mental retardation diagnoses. *Am Psychol*, 58:778-790. doi: 10.1037/0003-066X.58.10.778
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR (2012). Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 17:1174-1179.
- Kendler KS, First MB (2010). Alternative futures for the DSM revision process: iteration v. paradigm shift. *Br J Psychiatry*, 197:263-265. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076794
- Kessler RC, Adler L, Barkley R et al (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163:716-723. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.716
- Kieling C, Kieling RR, Rohde LA et al (2010). The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 167:14-16. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09060796
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 709-717. doi: 10.1001/archpsyc.60.7.709
- King M, Bearman P (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *Int J Epidemiol*, 38:1224-1234. doi: 10.1093/ije/dyp261
- Kupfer DJ, Kuhl EA, Wulsin L (2013). Psychiatry's integration with medicine: the role of DSM-5. *Annu Rev Med*, 64:385-392. doi: 10.1146/annurev-med-050911-161945
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*, 168:129-142. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050766
- Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE et al (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*, 160:430-437.
- Lord C, Petkova E, Hus V et al (2012). A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 69:306-313. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.148
- Lynam DR, Caspi A, Moffitt TE et al (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *J Abnorm Psychol*, 116:155-165. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.155
- Mandy WP, Charman T, Skuse DH (2012). Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51:41-50. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.013
- Matte B, Rohde LA, Grevet EH (2012). ADHD in adults: a concept in evolution. *Atten Defic Hyperact Disord*, 4:53-62. doi: 10.1007/s12402-012-0077-3
- Mayes SD, Calhoun SL, Crites DL (2001). Does DSM-IV Asperger's disorder exist? *J Abnorm Child Psychol*, 29:263-271.
- McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51:368-383. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.007
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*, 64:1032-1039. doi: 10.1001/archpsyc.64.9.1032
- Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ et al (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry*, 170:71-82. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12071000
- Olfson M, Blanco C, Liu L et al (2006). National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 63:679-685. doi: 10.1001/archpsyc.63.6.679
- Polanczyk G, Caspi A, Houts R et al (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49:210-216.
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE et al (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*, 170:59-70. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network (2005). Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry*, 62:1266-1274. doi: 10.1001/archpsyc.62.11.1266
- Rommelse NN, Geurts HM, Franke B et al (2011). A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev*, 35:1363-1396. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.02.015
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK et al (2010). Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry*, 67:241-51.
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:276-295. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x
- Scheeringa MS, Myers L, Putnam FW et al (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: an empirical assessment of four approaches. *J Trauma Stress*, 25:359-367. doi: 10.1002/jts.21723
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety*, 28:770-782. doi: 10.1002/da.20736

- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ et al (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:191-200. doi: 10.1097/00004583-199502000-00014
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:561-570. doi: 10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14
- Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J et al (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 104:19649-19654. doi: 10.1073/pnas.0707741104
- Simonoff E, Pickles A, Charman T et al (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47:921-929.
- Singh J, Illes J, Lazzeroni L et al (2009). Trends in US autism research funding. *J Autism Dev Disord*, 39:788-795. doi: 10.1007/s10803-008-0685-0
- Stringaris A, Baroni A, Haimm C et al (2010). Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49:397-405.
- Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*, 166:1048-1054. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121849
- Stringaris A, Goodman R (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:404-412. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181984f30
- Tannock R (2013). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: proposed changes in diagnostic criteria. *J Learn Disabil*, 46:5-25. doi: 10.1177/0022219412464341
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy, Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:1504-1512. doi: 10.1097/01.chi.0000091504.46853.0a
- Volkmar FR, Schwab-Stone M, First M (2007). Classification. In A Martin, F R Volkmar (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry (4th ed)* pp 302-309. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Zeanah CH, Gleason MM (2010). *Reactive attachment disorder: A review for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Zepf FD, Holtman M (2012). Disruptive mood dysregulation disorder. In JM Rey (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. Retrieved from <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.3-MOOD-DYSREGULATION-072012.pdf>.