

A classificação de transtornos mentais: um sistema mais simples para o DSM-V e o CID-11

Por David Goldberg/Tradução: Isabela Palhares

Numa época em que as principais formas de classificação dos distúrbios mentais (o da Organização Mundial da Saúde, CID, e o da Associação Americana de Psiquiatria, DSM) estão sendo revisados, é oportuno questionar se a estrutura geral da classificação está em conformidade com o que estamos aprendendo sobre os transtornos mentais pesquisados, desde a última revisão. Não seria possível agrupar os transtornos em um número menor de categorias, baseados no nosso conhecimento de etiologia?

A cada revisão de ambas as classificações, cada vez mais categorias distintas são acrescentadas, mas as já existentes raramente são removidas. Assim, um segundo problema seria questionar se devemos permitir que cada mudança torne a classificação ainda mais complexa devido à adição de novos transtornos a uma lista que, para aqueles que não trabalham na área da saúde mental, parece ter uma complexidade bizantina.

Modelos classificatórios

Os defensores do modelo rigoroso de classificação argumentam que os transtornos mentais podem ser divididos em um conjunto de transtornos separados que são mutuamente exclusivos, ainda que exaustivos. Infelizmente, essa exigência aparentemente simples é impossível de ser alcançada, uma vez que há uma grande sobreposição entre as várias síndromes (ver, por exemplo, Kessler, 1996, 2005). Existem três possíveis soluções para esse problema: categorias hierárquicas, categorias múltiplas e dimensão da desordem.

O primeiro modelo organiza os transtornos em uma hierarquia, com distúrbios orgânicos no topo, em seguida, as psicoses graves, e “neuroses” e transtornos de personalidade na parte inferior. Em cada nível superior é possível que diagnósticos inferiores estejam presentes; assim, transtorno bipolar e esquizofrenia prevalecem sobre distúrbios como depressão e síndrome do pânico, considerando que sintomas orgânicos prevalecem às psicoses (Wing, 1974; Foulds, 1976). Esse modelo depende de uma clara distinção entre psicoses e neuroses, e não consegue lidar com o fato de que alguns sintomas não estão sempre presentes.

Esse sistema hierárquico começou a ser modificado na versão revisada do DSM-III (DSM-III-R, 1987) e foi abandonada no DSM-IV (1994), onde a sabedoria convencional predominante é fazer vários diagnósticos categóricos. O sistema DSM é organizado em dezesseis capítulos, e o sistema CID, em dez, com a similaridade de sintomas sendo o principal critério de cada capítulo. A desvantagem desse modelo é que não há limite para o número de categorias possíveis: por vezes, um sintoma adicional aciona um novo conceito. Assim, flashbacks após um evento traumático distinguem um transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) de depressão ansiosa, apesar do fato deles compartilharem o mesmo conjunto básico de sintomas. Categorias separadas também podem ser justificadas por diferentes etiologias aparentes (depressão puerperal) ou diferentes graus de cronicidade (distímia). Ambas as classificações oficiais ficam maiores a cada vez.

A terceira alternativa considera que os transtornos mentais são intrinsecamente dimensionais, e argumenta que a tentativa de definir as categorias fora do espaço dos sintomas é inevitavelmente um exercício confuso. Existem dois grandes problemas nesta abordagem – não há acordo sobre o número de dimensões que são necessárias e, para qualquer dimensão, é necessário definir um ponto em que há vantagens em oferecer um tratamento – e quando isso tiver sido feito, um horizonte realmente terá sido aberto em meio ao nevoeiro.

Como a classificação pode se tornar mais racional?

Nos últimos quinze anos, um grande progresso foi feito na compreensão da genética dos transtornos mentais, dos fatores ambientais que promovem a expressão do gene, em documentar anormalidades da função cerebral, em epidemiologia e em conseguir uma melhor compreensão do desenvolvimento do anormal. O objetivo deste artigo é perguntar se esses avanços não podem impor alguns limites naturais no sistema, de modo que ao invés de se tornar progressivamente mais complexa, uma classificação mais simples possa surgir.

Uma alternativa mais simples

A força-tarefa responsável por recomendar modificações no sistema do DSM, recentemente, estabeleceu onze critérios etiológicamente relacionados que devem ser satisfeitos antes de uma nova categoria ser aceita:

- fatores genéticos
- familiaridade
- adversidades ambientais precoces
- antecedentes de temperamento
- biomarcadores
- processamento cognitivo e emocional
- diferenças e semelhanças na sintomatologia
- comorbidade
- comportamento
- tratamento

Temos usado esses critérios para apresentar um modelo simplificado de classificação, observando grupos maiores de transtornos que são bastante semelhantes quando analisados através desses onze critérios (Andrews, 2009a). Assim, foi proposto que os dezesseis capítulos do DSM e os dez capítulos do CID podem ser mais úteis se forem pensados um número menor de grandes grupos:

- transtornos neurocognitivos
- transtornos do desenvolvimento neurológico
- psicoses
- transtornos emocionais
- transtornos externalizantes

Existe outro grupo, o de distúrbios de funções corporais (por exemplo: alimentares, do sono e sexuais), para o qual o conhecimento atual em pesquisa não é suficiente para fazer recomendações seguras; também não temos considerado transtornos de personalidade, exceto para chamar atenção para a importância de certos transtornos de personalidade na determinação da vulnerabilidade para os dois últimos grupos.

Alguns desses grupos, como o dos transtornos neurocognitivos (Sachdev, 2009) e distúrbios de funções corporais, já são familiares para nós; outros, como dos transtornos do desenvolvimento neurológico (Andrews, 2009b) e psicoses (Carpenter, 2009), são razoavelmente conhecidos. No entanto, os outros dois – distúrbios externalizantes (Krueger, 2009) e distúrbios emocionais (Goldberg, 2009a) – são substancialmente novos. Estes dois últimos grupos dão uma maior atenção para os tipos de personalidade que são mais suscetíveis a esses grandes grupos de transtornos e para os padrões de comorbidade revelada por estudos epidemiológicos (por exemplo, Kessler, 1996; Vollebergh, 2001; Andrews, 2008).

Transtornos externalizantes compreendem dependência de drogas e álcool, distúrbio de personalidade anti-social e transtorno de conduta, e se distinguem pelo papel central da personalidade desinibidora neles. Este tipo de personalidade é também por vezes referido como sendo baixo em “compulsão”. Biomarcadores compartilhados, comorbidade e conduta oferecem evidências adicionais para uma aglomeração válida dos transtornos externalizantes. (Krueger, 2009)

Transtornos emocionais formam o maior grupo de transtornos mentais e são os mais comuns, consistindo em estados com maiores níveis de ansiedade, depressão, medo e sintomas somáticos. Eles incluem transtorno de ansiedade, depressão unipolar, síndrome do pânico, fobias, estados obsessivos, distúrbios distímicos, neurastenia, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos somatoformes. Depressão, ansiedade e sintomas somatoformes ocorrem juntos em contextos médicos gerais e compartilham muitas características comuns. (Löwe, 2008; Goldberg, 2009a).

Transtornos emocionais têm fortes semelhanças em termos de antecedentes temperamentais (neuroticismo ou sentimento negativo) e comorbidade, e há muitos sintomas comuns. Os genes para ansiedade generalizada e transtorno depressivo são os mesmos, e se sobrepõem substancialmente àqueles para os transtornos do medo.

Há também fortes semelhanças na conduta geral e na resposta ao tratamento. Há evidências incompletas para transtornos somatoformes e neurastenia, mas isso não é porque não há provas do contrário – é porque a pesquisa necessária parece não ter sido feita.

Em ambos os transtornos, externalizantes e emocionais, existem diferenças indiscutíveis entre as várias categorias definidas no CID e no DSM. Watson *et al* (1995) mostraram que embora existam sintomas específicos para ansiedade e depressão, os sintomas não específicos que compartilham respondem por uma maior proporção da variação total, e esse fator comum é identificado como um sentimento negativo. Assim, há, sem dúvida, recursos específicos para o diagnóstico específico, mas o grande fator comum de sentimento negativo implica que não é razoável que esses transtornos estejam em capítulos separados das classificações oficiais. São essas semelhanças de temperamento que unem os transtornos do medo, por um lado, e os transtornos de ansiedade por outro.

Deficiências dessas propostas

Essas mudanças só podem ser pensadas como um primeiro passo para a reorganização da estrutura global da nossa classificação. A cobertura das propostas está incompleta, pois os dados de pesquisa que podem sustentar um sistema mais completo ainda não existem. Assim, “neurastenia” é um diagnóstico comum em muitas partes do mundo, mas, provavelmente porque o sistema DSM não o reconhece mais, pouco se sabe sobre sua familiaridade, sobre toda importância do ambiente adverso precoce ou sobre seu substrato neural. Da mesma forma, pouco parece ser conhecido dos transtornos somatoformes. Também é possível que pesquisas futuras venham a adicionar uma maior complexidade das relações entre a estrutura de personalidade e a suscetibilidade a síndromes específicas de transtorno mental.

Há problemas em privar a psiquiatria infantil de um sistema totalmente completo de diagnóstico designando transtorno de conduta entre transtornos externalizantes e transtornos de ansiedade entre transtornos emocionais. Os distúrbios de infância podem de fato se manifestar de forma diferente em idades diferentes: por exemplo, a ansiedade pré-puberdade pode ser seguida por um episódio de depressão na adolescência, quando o adolescente se confronta com os maiores problemas em conseguir popularidade, em desempenho escolar e em opção sexual. Nem sempre há uma relação linear entre os problemas da infância e os transtornos do adulto; mas existem casos em que problemas de conduta nos 7-9 anos de idade podem estar associados com risco aumentado de transtorno de personalidade antissocial e crime no início da idade adulta (21-25 anos), e também com relações sexuais e afetivas adversas (incluindo a violência doméstica), a paternidade precoce, e o aumento dos riscos de uso de substâncias, de transtornos de humor e ansiedade e de atos suicidas (Fergusson, 2005). No estudo de Dunedin, por exemplo, problemas de conduta em idades de 11-15 anos foram associados com risco aumentado para todos os transtornos psiquiátricos na idade de 26 anos, incluindo problemas de internalização, esquizofrenia e manias, além da exposição a fenômenos externos tais como abuso de substâncias (Kim-Cohen, 2003).

A redefinição de transtorno bipolar entre os transtornos psicóticos causa problemas para os especialistas em transtornos de humor, e há certamente argumentos para considerar que a distinção Kraepelinista entre a esquizofrenia e o transtorno bipolar deve ser reconhecida tendo o transtorno bipolar como um grupo separado (discuto isso com mais detalhes em Goldberg, 2009b).

Vantagens dessas propostas

Existem vantagens reais para compensar essas deficiências. As atuais propostas levam mais em conta o papel que as variáveis de personalidade desempenham na determinação da vulnerabilidade a determinados transtornos mentais. A prática de olhar para os transtornos de personalidade como ainda outro tipo de transtorno categórico a ser adicionado à “salada” de diagnóstico obscurece esse ponto importante. Se considerarmos o futuro desejável de classificações dos transtornos mentais, há vantagens indubitáveis no agrupamento de transtornos não apenas em termos de semelhança de sintomas, mas tendo em conta os avanços no conhecimento científico da evolução da etiologia de grupos de transtornos, que vão além dos grupos mais restritos reconhecidos no momento.

A falta de atenção em um paciente deprimido que é morbidamente ansioso pode resultar em não prescrever os melhores psicotrópicos, não oferecendo a melhor maneira de terapia cognitivo-comportamental, ou seja, não dando tratamento para os sintomas que estão incomodando o paciente, que são ignorados pelo corpo clínico, pois eles não fazem parte da categoria a ser diagnosticada. Não perceber que um paciente deprimido tem sintomas somáticos pode causar negligências clínicas, ao não dar ao paciente qualquer explicação sobre os sintomas que às vezes são os mais alarmantes de todos. A única desvantagem em se chamar de “depressão

ansiosa” ou “depressão com sintomas somáticos” ao invés de apenas “depressão” é que o médico deve avaliar esses sintomas – mas isso seria algo que os médicos conscientes deveriam fazer de qualquer maneira. A classificação atual do DSM coloca depressão, transtornos de ansiedade e somatoformes em três capítulos diferentes, enquanto que a CID, em dois, sendo necessário o diagnóstico de “comorbidade” múltipla. A razão para isso não é clara, e essas regras de diagnóstico são frequentemente ignoradas. Para os especialistas de hospital e de clínica geral, uma classificação revista iria simplificar um sistema que é confuso, e incentivar os médicos a avaliar os sintomas depressivos e ansiosos quando são confrontados com um paciente com outros sintomas psicológicos ou com sintomas somáticos inexplicáveis.

A alternativa dimensional

Modelos multidimensionais estão em torno da psiquiatria há muitos anos. Na área dos transtornos mentais comuns, escalas como Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis, 1976) fornecem um perfil de pontuação em várias escalas de pensamento relevantes para esses distúrbios. Os equivalentes modernos também estão disponíveis, como o diagnóstico psiquiátrico Screening Questionnaire (Zimmerman, 2001). Ambos são auto-relato de inventários, que visam dar aos médicos uma série de pontos que podem ajudá-los a avaliar o paciente diante deles. A última escala tende a usar itens de cima a baixo derivados dos principais sintomas dos critérios de diagnóstico do DSM, e destina-se a indicadores tradicionais de interesse para os testes de seleção, tais como a sensibilidade e o valor preditivo negativo.

No entanto, esses são exemplos de testes feitos apenas no papel que, essencialmente, tentam apresentar um sistema de categorias dimensional. Aqueles considerados para introduzir medidas dimensionais do DSM têm objetivos mais ambiciosos. Na sua forma mais simples, eles desejam produzir simples escalas dimensionais multipontos, para amplamente distribuir sintomas como ansiedade, distúrbios de sono, abuso de substâncias, pensamentos suicidas, e ter esses sintomas classificados para cada paciente atendido.

Uma alternativa mais ambiciosa é incentivar os médicos a ter em conta a natureza essencialmente dimensional dos diagnósticos categóricos, para que casos de um transtorno particular possa ser considerado como estando em uma dimensão que vá desde ausência dos sintomas do transtorno até sintomas subliminares, em graus leve, moderado ou severo de um diagnóstico categórico. A distinção entre esses graus de gravidade é baseada, principalmente, na contagem do sintoma. O CID-10 chega perto de fazer isso já no caso do episódio depressivo, mas o DSM tem uma abordagem “ou tudo ou nada”, “ou você está deprimido ou não está”. Mesmo com problemas relativamente simples, tais como a depressão, ele não leva em conta a importância dos sintomas de ansiedade que normalmente acompanham os sintomas depressivos, de modo que uma determinação separada precisa ser feita desses sintomas, da mesma forma – e se poderia facilmente continuar e incluir outros complexos sintomas comuns, tais como preocupação excessiva com as funções corporais, sintomas de pânico e obsessivo.

Com outros transtornos mais complexos como a esquizofrenia, várias dimensões podem precisar ser postuladas para levar em conta a gama de experiências psicóticas possíveis, como alucinações, delírios, desorganização, sintomas negativos, dificuldades cognitivas, depressão e mania. Essas dimensões seriam, além dos sintomas comuns, o que têm de ser avaliado para todos os transtornos. Se tais dimensões forem realmente fazer parte de uma futura classificação, o trabalho diário de um médico seria enormemente beneficiado por uma vantagem indiscutível.

Há claramente uma distinção a ser feita entre admitir o que seriam simples categorias “tudo-ou-nada” e conceitos dimensionais e tentativas de captar a complexidade dos transtornos mentais com uma rede enorme, multidimensional.

Na prática, naturalmente, diferentes médicos necessitam de diferentes conjuntos de dimensões, a fim de dar sentido ao seu trabalho diário. O conjunto exigido por um especialista no hospital ou um médico de clínica geral não é o mesmo que precisa um psiquiatra de adultos, e nem são os mesmos que precisa um psiquiatra infantil. Isso não é sugerir que existe uma quantidade muito grande de dimensões possíveis – só que para qualquer dado clínico, o problema é finito.

David Goldberg é professor emérito e membro do King's College of London. Este artigo foi originalmente publicado no Advances in psychiatric treatment, periódico do Royal College of Psychiatrists.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn revised) (DSM-III-R)*. APA.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn)*

(DSM-IV). APA.

Andrews G, Anderson TM, Slade T, et al (2008) Classification of anxiety and depressive disorders. Problems and solutions. *Depression and Anxiety*; 25: 274–81.

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? *Psychological Medicine*; 39: 1993–2000.

Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, et al (2009b) Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2013–23.

Carpenter WT, Bustillo JR, Thaker GK, et al (2009) Psychoses: Cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2025–42.

Derogatis LR, Rickels K, Rock AF (1976) The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*; 128: 280–9.

Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM (2005) Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 46: 837–49.

Foulds G (1976) *The Hierarchical Nature of Personal Illness*. Academic Press

Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G (2009a) Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2043–59.

Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ (2009b) Where should bipolar appear in the meta-structure? *Psychological Medicine*; 39: 2071–81.

Jaspers K (1923) *Allgemeine Psychopathologie* (3rd edn). Reprinted 1963 as *General Psychopathology* (trans J Hoenig, MW Hamilton). Manchester University Press.

Kessler R, Nelson CB, McGonagle KA, et al (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population. *Archives of General Psychiatry*; 168 (suppl 30): s17–30.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al (2005) Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*; 62: 617–27.

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. *Archives of General Psychiatry*; 60: 709–17.

Krueger RF, South SC (2009) Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2061–70.

Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, et al (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*; 30: 191–9.

Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, et al (2009) Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2001–12.

Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV, et al (2001) The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*; 58: 597–603. American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn revised) (DSM-III-R)*. APA.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. APA.

Andrews G, Anderson TM, Slade T, et al (2008) Classification of anxiety and depressive disorders. Problems and solutions. *Depression and Anxiety*; 25: 274–81.

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? *Psychological Medicine*; 39: 1993–2000.

Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, et al (2009b) Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2013–23.

Carpenter WT, Bustillo JR, Thaker GK, et al (2009) Psychoses: Cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2025–42.

- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF (1976) The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*; 128: 280–9.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM (2005) Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 46: 837–49.
- Foulds G (1976) *The Hierarchical Nature of Personal Illness*. Academic Press
- Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G (2009a) Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2043–59.
- Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ (2009b) Where should bipolar appear in the meta-structure? *Psychological Medicine*; 39: 2071–81.
- Jaspers K (1923) *Allgemeine Psychopathologie* (3rd edn). Reprinted 1963 as *General Psychopathology* (trans J Hoenig, MW Hamilton). Manchester University Press.
- Kessler R, Nelson CB, McGonagle KA, et al (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population. *Archives of General Psychiatry*; 168 (suppl 30): s17–30.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al (2005) Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*; 62: 617–27.
- 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. *Archives of General Psychiatry*; 60: 709–17.
- Krueger RF, South SC (2009) Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2061–70.
- Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, et al (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*; 30: 191–9.
- Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, et al (2009) Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39: 2001–12.
- Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV, et al (2001) The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*; 58: 597–603.
- Watson D, Clark LA, Weber K, et al (1995) Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*; 104: 15–25.
- Wing JK, Cooper J, Sartorius N (1974) *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO.
- Zimmerman M, Mattia JI (2001) A self-report scale to help make psychiatric diagnoses. The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*; 58: 787–94.