ADENDA do Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente

Alan Carr

Destaques das Modificações do DSM-IV-TR para o DSM-5

Elaborado por:

Vera Ramalho

Carlos Marinho

Bárbara César Machado

PSIQUILIBRIOS

Destaques das Modificações do DSM-IV-TR para o DSM-5

A presente adenda tem a intenção de orientar os leitores para as modificações mais significativas em cada categoria das perturbações inclusas no DSM 5, de acordo com os capítulos do Manual de Psicologia clínica da criança e do adolescente.

Motivos da revisão do DSM-IV-TR: Com a evolução dos métodos terapêuticos e o alargamento do âmbito da actividade psiquiátrica, os quadros clínicos modificaram-se consideravelmente. A sintomatologia dos doentes internados com doenças mentais graves começou a ter uma expressão atenuada pelas terapêuticas psicofarmacológicas, deixando de se verificar muitas das vivências e sintomas descritos pela fenomenologia clássica. A maior procura das consultas de psiquiatria por doentes sofrendo de perturbações minor ou no limite da normalidade e de quadros clínicos produzidos por situações de *stress*, ligadas a mudanças sociais e da vida quotidiana, trouxeram a necessidade de reformular os sistemas de classificação das perturbações mentais. Tornou-se necessário incluir novas síndromes clínicas, operacionalizar os critérios de diagnóstico de modo a aumentar a sua validade e fidelidade, tornar as categorias diagnósticas internacionalmente mais uniformes. É um projecto que tem ocupado uma parte substancial dos esforços da comunidade científica da área da Psiquiatria clínica, em grupos nacionais ou internacionais em investigações sobre a validade dos instrumentos de diagnóstico, e validação das categorias clínicas em estudos imagiológicos, genéticos e epidemiológicos. Foi com esta perspectiva e com o *desideratum* de contribuir para a prevenção e tratamento precoce das patologias psiquiátricas que foi feita a revisão da classificação que vigorava anteriormente (DSM-IV-TR; APA, 2000) e, em maio de 2013, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013).

Capítulo 3 – Classificação, epidemiologia e eficácia da intervenção

O capítulo 3 incide sobre a classificação de problemas psicológicos de crianças e adolescentes, a sua prevalência e eficácia da intervenção. De seguida apresentamos as mudanças que aconteceram no DSM-5 ao nível dos critérios dimensionais no diagnóstico, da abolição do sistema axial, da adoção de uma lógica desenvolvimental, da incorporação de novos eixos de conhecimento, das mudanças terminológicas e das mudanças a nível de códigos.

Abordagem dimensional: Uma das inovações do DSM-5 foi incorporar critérios dimensionais no diagnóstico. Isto decorre da constatação de que um sistema categórico demasiadamente rígido não capta a experiência clínica nem certas observações científicas de relevo. Os resultados de numerosos estudos sobre comorbidade e transmissão de doenças no âmbito familiar, incluindo estudos com gémeos e estudos de genética molecular constituem fortes argumentos para defender a ideia de que os limites entre várias "categorias" de perturbação são mais fluidos ao longo do curso de vida do que os identificados pelo DSM-IV, e vários sintomas atribuídos a uma única perturbação podem ocorrer noutras, em diferentes níveis de gravidade. Assim, embora algumas perturbações mentais possam exibir limites bem definidos, certas evidências científicas atuais colocam várias perturbações num contínuo de espectro, partilhando entre si certos sintomas, fatores de risco ambientais, genéticos e possivelmente substratos neuronais. Tal abordagem deve permitir uma descrição mais precisa das apresentações dos pacientes e aumentar a validade do diagnóstico (i.e., o grau em que os critérios diagnósticos refletem a manifestação abrangente de uma perturbação psicopatológica subjacente).

Abolição do sistema axial: Contrariamente ao seu predecessor, caracterizado por constituir um sistema multiaxial de classificação, o DSM-5 não comporta uma documentação axial de diagnóstico, combinando os anteriores eixos I, II e III numa só unidade, e registando os fatores psicossociais e contextuais do antigo eixo IV, bem como a presença de défices de funcionamento (do eixo V) de forma separada. Essa revisão está em conformidade com o texto do DSM-IV que afirma: "*a distinção*

multiaxial entre as perturbações dos Eixos I, II e III não quer dizer que existem diferenças fundamentais na sua conceitualização, que as perturbações mentais não têm relação com fatores ou processos físicos ou biológicos ou que as condições médicas gerais não têm relação com fatores ou processos comportamentais ou psicossociais". A abordagem de indicar separadamente diagnósticos dos fatores psicossociais e contextuais também está em conformidade com a orientação da OMS e da CID, na medida em que considera o estado de funcionamento do indivíduo separadamente do seu diagnóstico ou do estado dos sintomas.

Adoção de uma lógica desenvolvimental: Por outro lado, com a adoção de uma lógica desenvolvimental, esta edição considera para cada indivíduo sujeito a avaliação e diagnóstico, uma visão de *life-span*. A alteração da organização dos capítulos reflecte melhor a abordagem cronológica do ciclo vital, em que as perturbações mais frequentemente diagnosticadas na infância (e.g., do neurodesenvolvimento) figuram no início do manual e as perturbações mais aplicáveis à idade adulta avançada (e.g., perturbações neurocognitivos), no final do mesmo. No texto há também subtítulos sobre desenvolvimento e curso que proporcionam descrições de como as apresentações da perturbação se podem alterar ao longo da vida. Fatores específicos ao diagnóstico relativos à idade (e.g., diferenças na apresentação de sintomas e na prevalência em determinadas faixas etárias) estão também inclusos no texto. Para maior ênfase, e quando aplicáveis, estes fatores etários foram acrescentados aos próprios critérios (e.g., nos conjuntos de critérios para perturbação de insónia e perturbação de *stress* pós-traumático, critérios específicos descrevem como os sintomas se podem expressar em crianças). Do mesmo modo, questões culturais e de género foram integradas nas perturbações.

Fatores de risco e de prognóstico/Novas medidas de avaliação: No número das outras mudanças inclui-se também a incorporação de novos eixos de conhecimento, nomeadamente, fatores de risco e fatores de prognóstico, enformados numa lógica de prevenção das perturbações listadas. Nesta sequência foi acrescentada uma nova secção (Secção III) para salientar as perturbações que exigem estudo, mas que não estão suficientemente bem estabelecidas para fazerem parte da classificação oficial das perturbações mentais para uso clínico de rotina. Também foram incorporadas medidas dimensionais da gravidade dos sintomas em 13 áreas de sintomas, para permitir medir

os níveis de sintomas com gravidade variável em todos os grupos de diagnóstico. De igual modo, a escala *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS), um método-padrão para avaliar os níveis de incapacidade global para perturbações mentais, que tem base na classificação CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e que é aplicável em todas as áreas da medicina, vem substituir a mais limitada Escala de Avaliação Global do Funcionamento. Com efeito, foram desenvolvidas novas medidas de mal-estar, défice de funcionamento e gravidade, para serem administradas no início de avaliação, e para que o progresso e a resposta ao tratamento possam ser monitorizados ao longo do tempo [medidas de avaliação do estado mental do cliente, ao nível de sintomas transversais e específicos de vários diagnósticos; medidas de avaliação da gravidade sintomatológica, em função dos critérios de cada perturbação; medidas de incapacidade; um inventário de personalidade (para avaliação de traços maladaptativos); uma avaliação do desenvolvimento precoce e do contexto familiar – atual e passado; e ainda entrevistas de formulação cultural, para perceber o impacto da cultura na forma como os sintomas surgem e são tratados].

Mudanças terminológicas: A nível terminológico, há alterações de nota, nomeadamente na substituição da frase: «estado físico geral» por «outra condição médica», relevante para todas as perturbações.

Mudanças a nível de códigos: Os códigos vêm acompanhar cada conjunto de critérios (sendo que alguns códigos são usados em múltiplas perturbações). Em particular, códigos únicos são dados a diferentes subtipos, especificadores e graus de gravidade.

Tabela Sistemas de classificação multiaxial DSM-5, DSM-IV-TR, CID 10 e DC 0-3

DSM-5	DSM-IV-TR	CID 10	DC 0-3
Secção I – Conceitos Básicos do DSM-5 **Seção II – Critérios de Diagnóstico e Códigos** Perturbações do Neurodesenvolvimento Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas Perturbações Depressivas Perturbações da Ansiedade Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas Perturbações relacionadas com Trauma e Fatores de Stress Perturbações Dissociativas Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas Perturbações da Alimentação e da Ingestão Perturbações de Eliminação Perturbações do Sono-Vigília Disfunções Sexuais Disforia de Género Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento	**Eixo I. Perturbações clínicas** Perturbações geralmente diagnosticadas pela primeira vez no período escolar e adolescência Perturbações da aprendizagem (e.g., Perturbação da Leitura). Perturbação das aptidões motoras. Perturbações da comunicação (e.g., Perturbação da Linguagem Expressiva). Perturbações globais do desenvolvimento (e.g., Perturbação Autística). Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (e.g. Perturbação do Comportamento). Perturbações do comportamento alimentar da primeira infância ou do início do período pré-escolar (e.g., Pica). Perturbações de tiques (e.g. Perturbação de Gilles de la Tourrette). Perturbações da eliminação (e.g. Encoprese). Outras perturbações do período pré-escolar, do período escolar e da adolescência. *Delirium*, demência, perturbações mnésicas e outras perturbações	**Eixos I. Síndromes clínicos psiquiátricos** Perturbações comportamentais e emocionais que ocorrem habitualmente no início da infância e adolescência Perturbações hipercinéticas (e.g., Perturbação de Atividade e Atenção). Perturbações do comportamento. Perturbações mistas de comportamento e de emoções (e.g., Perturbação do Comportamento Depressivo). Perturbações emocionais específicas com início na infância (e.g., Perturbação de Ansiedade de Separação). Perturbações de funcionamento social específicas, com início na infância (e.g., Mutismo Seletivo). Perturbações de tiques (e.g., Perturbação de Gilles de la Tourrette). Outras perturbações da infância (e.g., Encoprese e Pica). Perturbações mentais biológicas. Perturbações mentais e	**Eixo I. Diagnóstico primário** Perturbação de *stress* traumático. Perturbações do afeto (ansiedade, reação ao luto, depressão infantil, perturbação emocional mista, perturbação reativa da vinculação). Perturbação de adaptação. Perturbação regulatória (hipersensibilidade, sub-reativa, impulsiva, outras). Perturbação do comportamento do sono. Perturbação do comportamento alimentar. Perturbações globais do desenvolvimento e multissistémicas. **Eixo II. Classificação de perturbações do relacionamento** Sobre-envolvimento. Subenvolvimento. Ansioso. Colérico. Misto. Abusivo (verbalmente, fisicamente, sexualmente). **Eixo III. Perturbações e condições clínicas e de desenvolvimento** **Eixo IV. *Stress* psicossocial** **Eixo V. Nível funcional**

Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas Perturbações Neurocognitivas Perturbações da Personalidade Perturbações Parafílicas Outras Perturbações Mentais Perturbações do Movimento Induzidas por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos Outras Condições Que Podem Ser Um Foco de Atenção Clínica **Seção III – Medidas e Modelos Emergentes** Medidas de Avaliação Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas Medida de Autoavaliação Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 – Adultos Medidas de Avaliação Transversal de Sintomas Cotada pelos Pais/Tutores de Nível 1 do DSM-5 – Crianças de 6-17 anos Dimensões de Gravidade de Sintomas Psicóticos Avaliadas pelo Clínico Tabela de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) Formulação Cultural Entrevista de Formulação Cultural (EFC, ou CFI, na Terminologia Anglo-Saxónica) Entrevista de Formulação	cognitivas Perturbações mentais secundárias a um estado físico geral Perturbações relacionadas com substâncias Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas Perturbações do humor Perturbações da ansiedade Perturbações somatoformes Perturbações factícias Perturbações dissociativas Perturbações sexuais e da identidade de género Perturbações do comportamento alimentar Perturbações do sono Perturbações do controlo dos impulsos Perturbações de adaptação Outras condições **Eixo II. Perturbações da personalidade e deficiência mental** Paranoide Esquizoide Esquizotípica Antissocial Estado-limite Histriónica Narcísica Evitante Dependente Obsessivo-Compulsiva **Eixo III. Estados físicos gerais** **Eixo IV. Problemas psicossociais e ambientais** Problemas com o grupo de apoio primário. Problemas relacionados com o ambiente social.	do comportamento devidas ao abuso de substâncias psicoativas. Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e delirantes. Perturbações do humor. Perturbações neuróticas, relacionadas com *stress* e somatoformes. Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos. Perturbações da personalidade e do comportamento do adulto. **Eixo II. Atrasos específicos do desenvolvimento** Perturbações desenvolvimentais específicas da fala e da linguagem (e.g., Perturbação Expressiva da Linguagem). Perturbações desenvolvimentais específicas de aptidões escolares (e.g., Perturbação da Leitura). Perturbações desenvolvimentais específicas das funções motoras. Perturbações globais do desenvolvimento (e.g., Autismo, Síndrome de Rett). **Eixo III. Nível intelectual** **Eixo IV. Condições clínicas**	**emocional e desenvolvimental** Atenção mútua. Envolvimento mútuo. Interação intencional e recíproca. Comunicação representacional /afetiva. Elaboração representacional. Diferenciação representacional. Grau de 1= atingiu níveis previstos; até 5= não dominou níveis anteriores

Cultural (CFI) – Versão para o Informador Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade Condições para Estudo Futuro Síndrome de Psicose Atenuada Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração Perturbação de Luto Complicado Persistente Perturbação de Uso de Cafeína Perturbação de Jogos de Internet Perturbação Neurocomportamental Associada à Exposição Pré-Natal ao Álcool Perturbação do Comportamento Suicidário Autolesão Não Suicida	Problemas educacionais. Problemas ocupacionais. Problemas de alojamento. Problemas económicos. Problemas com o acesso aos serviços de cuidados de saúde. Problemas relacionados com a interação com o sistema legal **Eixo V. Avaliação global do funcionamento (AGF)** Pontuação entre 1 e 100: 10: perigo persistente para o próprio e para os outros. 50: sintomatologia grave ou funcionamento social desadequado. 75: reações transitórias e esperadas a fatores de *stress* psicossocial. 100: funcionamento superior	**Eixo V. Situações psicossociais anómalas** Relacionamentos intrafamiliares anómalos Perturbações mentais, desviância ou deficiência. Comunicação intrafamiliar inadequada ou distorcida. Acontecimentos de vida graves. Fatores sociais desgastantes. *Stress* interpessoal crónico associado ao trabalho escolar. *Stress* resultante da perturbação da criança **Eixo VI. Avaliação global do funcionamento** Pontuação entre 0 e 8 8: incapacidade social profunda e generalizada. 5: incapacidade grave e generalizada. 2: incapacidade social ligeira. 0: bom funcionamento social.	

Capítulo 6 – Perturbações do Sono

No DSM-5 foram eliminados os diagnósticos do DSM-IV de perturbações do sono relacionadas com outra perturbação mental e perturbação do sono secundária a um estado físico geral, sendo dada uma maior especificação às condições coexistentes para cada perturbação do ciclo sono-vigília. No DSM-IV-TR as «Perturbações do Sono» incluíam Perturbações Primárias – Dissónias [insónia primária, hipersónia primária, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração; perturbação do ritmo circadiano do sono; dissónia sem outra especificação] e Parassónias [Perturbação de Pesadelos; Perturbação de Terrores Noturnos; Sonambulismo; Parassónia SOE]; Perturbações do Sono relacionada com outra perturbação mental; Perturbação do Sono Secundária a Um Estado Físico Geral; E Perturbação do Sono Induzida por Substâncias. No DSM-5 este capítulo é renomeado como «Perturbações do Sono-Vigília», passando a abranger 10 perturbações ou grupos de perturbações.

O diagnóstico de insónia primária foi renomeado como perturbação de insónia para evitar a distinção entre insónias primária e secundária. O DSM-5 também distingue narcolepsia – que se sabe estar associada a um défice de hipocretina – de outras formas de hipersonolência (perturbação de hipersonolência). Finalmente, ao longo da classificação de perturbações do sono-vigília do DSM-5, foram integrados os critérios e o texto pediátricos e do desenvolvimento, quando para tal exista base científica e considerações de utilidade clínica que suportem tal integração.

As perturbações do sono relacionadas com a respiração são divididas em 3 perturbações relativamente distintas: apneia/hipopneia obstrutiva do sono, apneia do sono central e hipoventilação relacionada com o sono.

Os subtipos de perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília foram ampliados de forma a incluírem o tipo avanço de fase do sono e o tipo ciclo sono-vigília irregular, sendo que o tipo mudança de fuso horário (*jet lag*) foi eliminado.

O uso de diagnósticos «SOE (sem outra especificação)» do DSM-IV foi reduzido, obtendo a perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM) e a síndrome das pernas inquietas o estatuto de diagnósticos independentes. No DSM-IV, eram ambos incluídos como dissónia sem outra especificação, mas a evidência científica suporta o seu *status* como diagnóstico independente.

A abordagem utilizada na classificação das perturbações do sono no DSM-5 deve ser analisada no contexto de visão "agrupando *versus* dividindo", para facilitar a compreensão. A reorganização deste capítulo foi concebida para simplificar a classificação das perturbações do sono-vigília e, como tal, agregou diagnósticos com características menos diferenciadas e mais amplas, objetivando melhor os critérios de diagnóstico. Em alguns casos (e.g., perturbação de insónia), foi adotada uma abordagem de "agrupamento", enquanto noutros (e.g., narcolepsia), foi adotada uma abordagem de "divisão", refletindo a disponibilidade de validadores decorrentes de pesquisas epidemiológicas, neurobiológicas ou com intervenções.

Afastando-se da atribuição causal entre perturbações coexistentes, esta reconceptualização reflete uma mudança de paradigma largamente aceite no campo das perturbações médicas de sono. Perturbações do sono relacionadas com a respiração, distúrbios cardíacos e pulmonares (e.g., insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica), distúrbios neurodegenerativos (e.g., doença de Alzheimer) e distúrbios do sistema musculoesquelético (e.g., osteoartrite) são as condições que mais se destacam entre essas comorbidades. Estes distúrbios não apenas perturbam o sono como também podem agravar-se durante o mesmo (e.g., apneias prolongadas ou arritmias eletrocardiográficas durante o sono REM; despertares que causam confusão em pacientes portadores de doenças atreitas a provocar insanidade mental; convulsões em pessoas que sofrem convulsões parciais complexas).

Por outro lado, a nosologia destas perturbações no DSM-5 reflete os avanços científicos em epidemiologia, genética, fisiopatologia, avaliação e investigações junto de intervenções feitas a partir do DSM-IV. O uso de validadores biológicos foi incorporado na classificação de perturbações do sono do DSM-5, particularmente para perturbações de sonolência excessiva, como a narcolepsia; para perturbações do sono relacionados com a respiração, para os quais são indicados estudos formais do sono (i.e., polissonografia); assim como para a síndrome das pernas inquietas, que, com frequência, pode coexistir com movimentos periódicos dos membros durante o sono, detectáveis pela polissonografia. Ao longo da classificação de perturbações de sono-vigília do DSM-5 foram integrados os critérios e o texto pediátricos e do desenvolvimento, quando para tal exista uma base científica e considerações de utilidade clínica que suportem tal integração.

DSM-IV-TR: Perturbações do Sono	DSM-5: Perturbações do Sono-Vigília
• Perturbações do Sono: Perturbações Primárias – Dissónias [insónia primária, hipersónia primária, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração; perturbação do ritmo circadiano do sono; dissónia sem outra especificação] e Parassónias [Perturbação de Pesadelos; Perturbação de Terrores Noturnos; Sonambulismo; Parassónia SOE]; • Perturbações do Sono relacionada com outra perturbação mental; • Perturbação do Sono Secundária a Um Estado Físico Geral; • Perturbação do Sono Induzida por Substâncias	• Perturbação de insónia • Perturbação de hipersonolência, Narcolepsia • Perturbações do sono relacionadas cinm a respiração • Perturbação do sono-vigília do ritmo circadiano • Perturbações do despertar do sono não REM, • Perturbação do pesadelo • Perturbação comportamental do sono REM • Síndrome das pernas inquietas • Perturbação do sono induzido por substância/ medicamento

Capítulo 7 – Perturbações de Eliminação

No DSM-5, as «Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência» foram separadas por categorias. Removidas desta categoria, as «Perturbações de Eliminação» foram reclassificadas de maneira independente, e incluem a perturbação de enurese,, i.e., a eliminação repetida de urina em locais inapropriados, a perturbação de encoprese,, i.e., a eliminação repetida de fezes em locais inapropriados, outra perturbação de eliminação especificada, e a perturbação da eliminação não especificada.

Embora seja exigida uma idade mínima para o diagnóstico de ambas as perturbações, aquele baseia-se na idade do desenvolvimento, e não exclusivamente na idade cronológica. As duas perturbações podem ser voluntárias ou involuntárias. Embora costumem ocorrer separadamente, podem também ser observadas concomitantemente.

DSM-IV-TR: Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência	DSM-5: Perturbações da Eliminação
• Deficiência Mental [Ligeira, Moderada, Grave e Profunda; Deficiência Mental de Gravidade Não Especificada]; • Perturbação da Aprendizagem [Perturbação da Leitura, do Cálculo, da Escrita e Perturbação de Aprendizagem SOE]; • Perturbação das Aptidões Motoras [Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação] • Perturbações da Comunicação [Perturbação da Linguagem Expressiva; Perturbação Mista da Linguagem Recetiva-Expressiva; Perturbação Fonológica, Gaguez e Perturbação da Comunicação SOE] • Perturbações Globais do Desenvolvimento [Autismo, Asperger, Perturbação desintegrativa da Infância,	• Enurese (3 subtipos: Só diurno, Só nocturno, e Nocturna e diurna) • Encoprese (2 subtipos: Com obstipação e incontinência; Sem obstipação nem incontinência) • Outra perturbação a eliminação especificada • Perturbação da eliminação não especificada

Perturbação de Rett e o Perturbação Global do desenvolvimento, sem outra especificação] • Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção [PHDA; Perturbação do Comportamento; Perturbação da Oposição, SOEs] • Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar da Primeira Infância [Pica; Mericismo; Perturbação da Alimentação da Primeira Infância ou Início da Segunda Infância] • Perturbações de Tiques • **Perturbações da Eliminação [Encoprese e Enurese]** • Outras Perturbações [Perturbação da Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Perturbação Reativa da Vinculação; Perturbação de Movimentos Estereotipados, SOE]	

Capítulo 8 – Deficiência Mental, Dificuldades de Aprendizagem e Problemas de Comunicação

Seguindo a proposta de uma avaliação longitudinal sobre o curso das perturbações mentais, o DSM-5 excluiu o capítulo «Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência». Parte dos diagnósticos do extinto capítulo passou a compor o das «Perturbações do Neurodesenvolvimento». Estas constituem um grupo de perturbações com início no período de desenvolvimento. Tipicamente, manifestam-se cedo no desenvolvimento, muitas vezes antes de a criança iniciar a escola primária, sendo caracterizadas por défices do desenvolvimento que condicionam dificuldades no funcionamento a nível pessoal, social, académico e ocupacional.

8.1. Deficiência Mental

O termo «incapacidade intelectual» (perturbação do desenvolvimento intelectual) vem agora substituir o de «deficiência mental», conforme usado no DSM-IV-TR. Os critérios de diagnóstico enfatizam a necessidade de se avaliar tanto a capacidade cognitiva (QI), como o funcionamento adaptativo. A gravidade é determinada mais pelo funcionamento adaptativo do que pela pontuação do QI.

8.2. Dificuldades de Aprendizagem

A perturbação de aprendizagem específica, tal como o nome implica, é diagnosticada quando existem défices específicos na capacidade de um indivíduo perceber ou processar informação eficientemente e com exactidão. Esta perturbação do neurodesenvolvimento manifesta-se de início durante os primeiros anos de escolaridade e é caracterizada por dificuldades persistentes e incapacitantes na aprendizagem de capacidades académicas fundamentais de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho do individuo nas capacidades académicas afectadas é marcadamente abaixo da média para a idade ou apenas são atingidos níveis aceitáveis de desempenho com esforços extraordinários. A perturbação e aprendizagem específica pode ocorrer em indivíduos identificados como intelectualmente sobredotados e manifestar-se apenas quando as exigências de aprendizagem ou procedimentos de avaliação (por exemplo,

testes cronometrados) opõem barreiras que não podem ser ultrapassadas pela sua inteligência inata ou estratégias compensatórias. Para todos os indivíduos, a perturbação e aprendizagem específica pode produzir incapacidades vitalícias nas atividades que dependem das capacidades, incluindo no desempenho ocupacional. A perturbação de aprendizagem específica combina os diagnósticos do DSM-IV de perturbações da leitura, da matemática, da expressão escrita e da aprendizagem sem outra especificação. Os défices de aprendizagem nas áreas de leitura, expressão escrita e matemática estão codificados como especificadores separados. É feito o reconhecimento, ao longo do texto, de que tipos específicos de défices da leitura são descritos internacionalmente de várias formas como dislexia e tipos específicos de défices em matemática como discalculia.

8.3. Problemas de Comunicação

As perturbações de comunicação agrupam antigos diagnósticos com discretas alterações quanto à divisão e nomenclatura, e incluem as perturbações da linguagem (que combina as previamente denominadas perturbação da linguagem expressiva e perturbação mista da linguagem recetiva-expressiva), a perturbação do som da fala (anteriormente perturbação fonológica) e a perturbação da fluência com início na infância (previamente gaguez). As primeiras três perturbações são caracterizadas por défices no desenvolvimento e uso da linguagem, fala e comunicação social, respectivamente. A perturbação da fluência de início na infância é caracterizada por uma perturbação na fluência normal e produção motora da fala, incluindo sons ou sílabas repetitivas, prolongamento do som de consoante sou vogais, palavras fragmentadas, bloqueios ou produção de palavras com um excesso de tensão física. Foi igualmente incluída a perturbação de comunicação social (pragmática), uma nova condição que envolve dificuldades persistentes nos usos sociais da comunicação verbal e não-verbal. Tal como acontece com outras perturbações do neurodesenvolvimento, as perturbações da comunicação iniciam-se precocemente e podem produzir incapacidades funcionais vitalícias.

DSM-IV: Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência	DSM-5: Perturbações do Neurodesenvolvimento
Deficiência Mental [Ligeira, Moderada, Grave e Profunda; Deficiência Mental de Gravidade Não Especificada];	Perturbação do desenvolvimento intelectual
Perturbação da Aprendizagem [Perturbação da Leitura, do Cálculo, da Escrita e Perturbação de Aprendizagem SOE];	As três perturbações que apresentavam critérios de diagnóstico distintos no anterior DSM-IV-TR (Perturbação da Leitura, Perturbação da Escrita e Perturbação do Cálculo) são reunidas numa única categoria: Perturbação da Aprendizagem Específica. Dentro desta existem três especificadores, com o objetivo de identificar de modo mais preciso as características sintomatológicas das dificuldades de aprendizagem: Leitura, Expressão Escrita e Matemática. 315.00 (F81.0) Com Défice na Leitura (Dislexia): - Precisão da leitura de palavras; - Ritmo ou fluência da leitura; - Compreensão da leitura. 315.2 (F81.81) Com Défice na Expressão Escrita: - Precisão ortográfica; - Precisão gramatical e da pontuação; - Clareza ou organização da expressão escrita. 315.1(F81.2) Com Défice na Matemática (Discalculia): - Sentido num ético; - Memorização de factos aritméticos; - Cálculo preciso ou fluente; - Raciocínio matemático preciso. - Eliminação do critério de discrepância entre o funcionamento intelectual (QI) e o desempenho na leitura, escrita e matemática. Com os novos critérios de diagnóstico do DSM-5 pode ser efetuado o diagnóstico de Perturbação da Aprendizagem Específica em crianças

	com um QI de 70 + 5 (mas sem Perturbação do Desenvolvimento Intelectual) e um desempenho nas competências de leitura, expressão escrita ou matemática abaixo do percentil 16 (-1DP) ou percentil 7 (-1.5DP) medido através de provas normalizadas aplicadas individualmente. - O processo de avaliação deverá ainda incluir a recolha/análise de informação formal e informal do desempenho, percurso e histórico escolar; bem como da avaliação psicoeducacional e clínica.
Perturbação das Aptidões Motoras [Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação]	
Perturbações da Comunicação [Perturbação da Linguagem Expressiva; Perturbação Mista da Linguagem Recetiva-Expressiva; Perturbação Fonológica, Gaguez e Perturbação da Comunicação SOE]	Perturbação de Linguagem e Perturbação da Fluência. Inclusão da Perturbação da Comunicação Social
Perturbações Globais do Desenvolvimento [Autismo, Asperger, Perturbação desintegrativa da Infância, Perturbação de Rett e o Perturbação Global do desenvolvimento, sem outra especificação]	Perturbação do Espectro Autista: 1) Déficit na interação social; 2) Padrões repetidos e repetitivos.
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção [PHDA; Perturbação do Comportamento; Perturbação da Oposição, SOEs]	- Os subtipos foram substituídos por especificadores; - Comorbilidade com a Perturbação do Espectro Autista agora é permitido; - Diminuição de 6 para 5 sintomas para o diagnóstico
Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar da Primeira Infância [Pica; Mericismo; Perturbação da	

Alimentação da Primeira Infância ou Início da Segunda Infância]	
Perturbações de Tiques	
Perturbações da Eliminação [Encoprese e Enurese]	
Outras Perturbações [Perturbação da Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Perturbação Reativa da Vinculação; Perturbação de Movimentos Estereotipados, SOE]	

Capítulo 9 – Autismo e Perturbações Globais do Desenvolvimento

Uma das mais significativas mudanças relativas à criação do capítulo «Perturbações do Neurodesenvolvimento» está na absorvação das Perturbações Globais do Desenvolvimento – que incluíam as anteriores perturbação autística (autismo), perturbação de Asperger, perturbação desintegrativa da segunda infância, perturbação de Rett e a perturbação global do desenvolvimento SOE do DSM-IV – por um único diagnóstico, «Perturbações do Espectro Autista» (PEA). Outras mudanças importantes incluem a adição da Perturbação da Comunicação Social, a consolidação das Perturbações de Aprendizagem, e a mudança de critérios para a perturbação do desenvolvimento intelectual (previamente designado por «Deficiência Mental»).

O motivo desta mudança decorre da investigação demonstrar uma grande variabilidade na aplicação dos critérios de diagnóstico para este grupo de perturbações. Por outro lado, o grupo de trabalho do DSM-5 conclui que não havia evidência a suportar diagnósticos separados.

Dentro do diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, as características clínicas individuais são notadas recorrendo ao uso de especificadores (com ou sem défice intelectual associado; com ou sem défice estrutural da linguagem associado; associada a uma condição médica/genética ou ambiental/adquirida conhecida; associada a outra perturbação do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas (idade em que surgiram as primeiras preocupações; com ou sem perda de capacidades já estabelecidas; gravidade). Estes especificadores dão aos clínicos uma oportunidade de individualizar o diagnóstico e de comunicar uma descrição clinicamente mais rida dos indivíduos afectados. Por exemplo, muitos indivíduos previamente diagnosticados com perturbação de Asperger receberiam agora um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo sem défice intelectual ou da linguagem.

Capítulo 10 – Perturbações do Comportamento

O capítulo «Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento» é novo no DSM-5 e reúne perturbações que anteriormente eram incluídas no capítulo «Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira ou Segunda Infâncias ou na Adolescência» (isto é, perturbação de oposição, perturbação do comportamento e perturbação disruptiva do comportamento SOE) e no capítulo «Perturbações do Controlo dos Impulsos Não Classificadas Noutro Lugar» (ou seja, perturbação explosiva intermitente, piromania e cleptomania). Embora todas as perturbações constantes deste capítulo envolvam tanto problemas na regulação emocional como na regulação comportamental, a fonte da variação entre as perturbações é a ênfase relativa dada aos dois tipos de problemas de autocontrolo. Por exemplo, os critérios para perturbação do comportamento focam-se largamente no controlo pobre dos comportamentos que violam os direitos dos outros ou que violam as principais normas da sociedade. Muitos dos sintomas comportamentais (por exemplo, agressão) podem ser resultado do fraco controlo de emoções como a raiva. No outro extremo, os critérios para a perturbação explosiva intermitente focam-se largamente na emoção pouco controlada, explosões de raiva, que são desproporcionais à provocação interpessoal ou de outro tipo, ou a outro fator de *stress* psicossocial. Numa posição intermédia de impacto entre estas duas perturbações encontra-se a perturbação desafiante de oposição, na qual os critérios estão mais uniformemente distribuídos entre emoções (raiva e irritação) e comportamentos (conflituosidade e desafio). A piromania e a cleptomania são diagnósticos feitos menos comummente caracterizados por controlo pobre dos impulsos associado a comportamentos específicos (fogo-posto ou roubo) que aliviam a tensão interior. Perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento com outra especificação são uma categoria para condições nas quais existem sintomas de perturbação do comportamento, perturbação desafiante de oposição ou de outra perturbação disruptiva, do controlo dos impulsos e do comportamento, mas o número de sintomas ultrapassa o limiar de diagnóstico para qualquer uma das perturbações deste capítulo, existindo, apesar disso, evidência de défice clinicamente significativo associado a estes sintomas.

Note-se que a PHDA é frequentemente comórbida com as perturbações deste capítulo, mas é integrada nas perturbações do neurodesenvolvimento. Devido à íntima associação com a perturbação do comportamento, a perturbação antissocial da

personalidade inclui-se quer neste capítulo quer no capítulo «Perturbações da Personalidade», onde é descrita em pormenor.

Capítulo 11 – Atenção e Hiperatividade

Foram feitas diversas alterações aos critérios de diagnóstico para perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA). Acrescentaram-se exemplos aos itens dos critérios para facilitar a sua aplicação ao longo da vida; a descrição da idade de início foi alterada (de «alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou falta de atenção causam défices que surgem antes dos 7 anos» para «diversos sintomas de falta de atenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos»); os tipos foram substituídos por especificadores de apresentação que refletem diretamente os anteriores subtipos; permite-se agora um disgnóstico comórbido com perturbação do espectro do autismo; e procedeu-se a uma alteração do limiar de sintomas para os adultos, de forma a refletir a evidência substancial de défice clinicamente significativo da PHDA, com um ponto de corte para PHDA de cinco sintomas, em vez dos seis exigidos para pessoas mais novas, quer para falta de atenção quer para hiperatividade e impulsividade.

Capítulo 12 – Medos e Ansiedade

O capítulo sobre as perturbações de ansiedade deixou de incluir a perturbação obsessivo-compulsiva (que está agora incluída no novo capítulo «Perturbações Obsessivo-Compulsivas e perturbações Relacionadas») ou a perturbação de stress pós-traumático (PTSD) e a perturbação aguda de stress (que estão agora incluídas no novo capítulo «Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress»).

As mudanças nos critérios para fobia específica e perturbação de ansiedade social (fobia social) incluem a eliminação do requisito de que os indivíduos com mais de 18 anos reconheçam que a sua ansiedade é excessiva e irrazoável. Por sua vez, a ansiedade deve ser desproporcionada face ao perigo ou ameaça reais da situação, depois de se ter em conta os fatores de contexto cultural. Além disso, a duração de 6 meses estende-se a todas as idades. Os ataques de pânico podem agora ser registados como um especificador que é aplicável a todas as perturbações do DSM-5.

A perturbação de pânico e a agorafobia estão separadas no DSM-5. Por conseguinte, os anteriores diagnósticos do DSM-IV de perturbação de pânico com agorafobia, perturbação de pânico sem agorafobia e agorafobia sem história de perturbação de pânico foram agora substituídas por dois diagnósticos, Perturbação de pânico e Agorafobia, cada um dos quais com critérios separados. O especificador «generalizado» para perturbação de ansiedade social foi eliminado e substituído pelo especificador «apenas de desempenho». A perturbação de ansiedade de separação e o mutismo seletivo são agora classificados como perturbações de ansiedade A redação dos critérios foi modificada para representar de forma mais adequada a expressão dos sintomas de ansiedade de separação no adulto. Além disso, em contraste com o DSM-IV os critérios de diagnóstico já não especificam que a idade de início deva ser antes dos 18 anos e o critério de duração «a duração é de pelo menos 6 meses» foi acrescentado para adultos, de forma a minimizar o sobrediagnóstico de medos transitórios. Estão disponíveis escalas específicas para uma melhor caracterização da gravidade de cada perturbação de ansiedade e para aferir alterações na gravidade ao longo do tempo. Por uma questão de facilidade de utilização, particularmente para indivíduos com mais do que uma perturbação de ansiedade, estas escalas foram desenvolvidas para terem o mesmo formato geral (mas diferentes alvos), com classificações dos sintomas comportamentais, da ideação cognitiva e físicos relevantes para cada perturbação.

DSM-IV-TR: Perturbações da Ansiedade	DSM-5: Perturbações de Ansiedade
A Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a Perturbação do Stress Pós-Traumático e a Perturbação Aguda do Stress eram incluídas no quadro geral das Perturbações de Ansiedade	Individuação da Perturbação Obsessivo-Compulsiva numa nova secção (Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas) Exclusão da Perturbação do Stress Pós-Traumático e da Perturbação Aguda do Stress, incluídas agora no grupo das perturbações Relacionadas com trauma e Fatores de Stress Inclusão da Perturbação de Ansiedade de Separação no grupo geral das perturbações de Ansiedade

Capítulo 13 – Perturbações de Repetição

O capítulo «Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas» é novo no DSM-5. As novas perturbações incluem: perturbação obsessivo-compulsiva (POC), perturbação dismórfica corporal, perturbação de acumulação (hoarding disorder), tricotilomania (*hair-pulling disorder*) – transferida da classificação como perturbações do controlo dos impulsos SOE do DSM-IV –, perturbação de escoriação (*skin-picking disorder*), perturbação obsessivo-compulsiva induzida por substância/ medicamento e perturbações relacionadas, perturbação obsessivo-compulsiva devida a outra condição médica e perturbações relacionadas, perturbação obsessivo-compulsiva com outra especificação e perturbações relacionadas e perturbação obsessivo-compulsiva não especificada e perturbações relacionadas (por exemplo, perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo, ciúme obsessivo).

A inclusão de um capítulo sobre perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas no DSM-5 reflete a evidência crescente de que estas perturbações se relacionam entre si nos termos de um espectro de validadores de diagnóstico, bem como a utilidade clínica de agrupar estas perturbações no mesmo capítulo. Os clínicos são encorajados a monitorizar estas condições em indivíduos que apresentam uma delas e a estar cientes da sobreposição entre estas condições. Ao mesmo tempo, há diferenças importantes nos validadores de diagnóstico e nas abordagens terapêuticas destas perturbações. Além disso, há relações próximas entre as perturbações de ansiedade e algumas perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas (por exemplo, POC), o que se reflete na sequência de capítulos do DSM-5, com o capítulo das perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas a seguir ao das perturbações de ansiedade.

O especificador do DSM-IV «com fraco *insight*» para a perturbação obsessivo-compulsiva foi aperfeiçoado para permitir a distinção entre indivíduos com insight bom ou razoável, *insight* pobre e *insight* ausente/crenças delirantes (isto é, a convicção absoluta de que as crenças da perturbação obsessivo-compulsiva são verdadeiras). Foram incluídos especificadores análogos de *insight* para a perturbação dismórfica corporal e a perturbação de acumulação (*hoarding disorder*). Foi igualmente acrescentado um especificador «relacionado com tiques» para a perturbação obsessivo-compulsiva, uma vez que a presença de uma perturbação de tiques comórbida pode condicionar importantes implicações clínicas. Foi acrescentado um especificador «com

dismorfia muscular» para a perturbação dismórfica corporal para refletir a crescente literatura sobre a validade do diagnóstico e a utilidade clínica de se fazer esta distinção em indivíduos com perturbação dismórfica corporal.

A variante delirante da perturbação dismórfica corporal (que identifica indivíduos que estão completamente convencidos de que os seus defeitos ou falhas percebidos constituem uma aparência verdadeiramente anormal) já não é codificada quer como perturbação delirante, de tipo somático, quer como perturbação dismórfica corporal. No DSM-5, esta apresentação é designada somente como perturbação dismórfica corporal com o especificador *insight* ausente/crenças delirantes. Os indivíduos também podem ser diagnosticados com perturbação obsessivo-compulsiva com outra especificação e perturbações relacionadas, a qual inclui condições como a perturbação de comportamento repetitivo centrado no corpo e ciúme obsessivo, ou com perturbação obsessivo-compulsiva não especificada e perturbações relacionadas.

Capítulo 14 – Problemas Somáticos

No DSM-5, as perturbações somatoformes são agora designadas como perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas, e o capítulo inclui os diagnósticos de perturbação de sintomas somáticos, perturbação de ansiedade de doença, perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais), fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, perturbação factícia, perturbação de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas e perturbação de sintomas somáticos não especificada e outras perturbações relacionadas.

Os princípios por detrás das alterações dos diagnósticos de perturbação de sintomas somáticos e perturbações relacionadas do DSM-IV são cruciais para a compreensão dos diagnósticos do DSM-5. O termo perturbações somatoformes presente no DSM-IV era confuso, pelo que é substituído por perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas. No DSM-IV existia uma grande sobreposição entre as diversas perturbações somatoformes e falta de clareza no que respeita aos limites entre os diversos diagnósticos. Apesar de os indivíduos com estas perturbações recorrerem principalmente a cuidados médicos gerais e não aos de saúde mental, os clínicos não psiquiátricos achavam os diagnósticos de perturbações somatoformes presentes no DSM-IV difíceis de perceber e de usar. A classificação atual do DSM-5 reconhece esta sobreposição, tendo assim reduzido o número total de perturbações, bem como das suas subcategorias. Os critérios anteriormente usados sobreenfatizavam a centralidade dos sintomas sem explicação médica. Tais sintomas estão presentes em vários graus, em particular na perturbação de conversão, mas as perturbações de sintomas somáticos também podem acompanhar perturbações médicas diagnosticadas. A fiabilidade da determinação de que um sintoma somático não tem explicação médica é limitada, pelo que basear um diagnóstico na ausência de uma explicação é problemático e reforça o dualismo mente-corpo. Não é apropriado dar um diagnóstico de perturbação mental a um indivíduo apenas porque não se consegue demonstrar uma causa médica. Além disso, a presença de um diagnóstico médico não exclui a possibilidade de existir uma perturbação mental comórbida. Talvez devido ao foco dado à falta de explicação médica, a maioria das pessoas vê estes diagnósticos como pejorativos e humilhantes, estando implícito que os seus sintomas físicos não eram «reais».

A nova classificação define o diagnóstico principal, perturbação de sintomas somáticos, baseando-se na presença de sintomas positivos (sintomas somáticos geradores de mal-estar mais pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta estes sintomas). No entanto, os sintomas sem explicação médica mantêm-se como um característica-chave para a perturbação de conversão e para a pseudociese (perturbação de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas) porque nessas perturbações é possível demonstrar de forma definitiva que os sintomas não estão de acordo com a fisiopatologia médica. A classificação do DSM-5 reduz o número destas perturbações e das suas subcategorias, de modo a evitar uma sobreposição problemática. Os diagnósticos de perturbação de somatização, hipocondria, perturbação de dor e perturbação somatoforme indiferenciada foram eliminados. Os indivíduos previamente diagnosticados com perturbação de somatização preencherão, por regra, os critérios do DSM-5 para perturbação de sintomas somáticos, mas apenas se tiverem, para além dos seus sintomas somáticos, os pensamentos, sentimentos e comportamentos inadaptados que definem a perturbação.

Dado que a distinção entre perturbação de somatização e perturbação somatoforme indiferenciada era arbitrária, no DSM-5 foram fundidas sob a designação perturbação de sintomas somáticos. Indivíduos previamente diagnosticados com hipocondria que apresentassem elevada ansiedade relacionada com a saúde, mas sem sintomas somáticos receberiam um diagnóstico do DSM-5 de perturbação de ansiedade de doença (a menos que a ansiedade relacionada com a saúde fosse mais bem explicada por uma perturbação de ansiedade primária, tal como a perturbação de ansiedade generalizada). Alguns indivíduos com dor crónica seriam apropriadamente diagnosticados com tendo uma perturbação de sintomas somáticos, com predomínio de dor. Para outros, seriam mais apropriados os diagnósticos de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas ou a perturbação ajustamento.

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas é uma nova perturbação mental no DSM-5, tendo sido anteriormente incluída no capítulo «Outras condições que Podem Ser Foco de Atenção Médica» do DSM-IV. Esta perturbação e a perturbação factícia são colocadas no capítulo perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas, porque os sintomas somáticos são predominantes em ambas as perturbações e porque ambas são, na maior parte das vezes, observadas em contextos médicos. As variantes dos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas foram eliminadas a favor do diagnóstico central. Os critérios para a perturbação de

conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais) foram modificados para sublinhar o papel essencial do exame neurológico e em reconhecimento de que, no momento do diagnóstico, podem não ser demonstráveis fatores psicológicos relevantes. A perturbação de sintomas somáticos com outra especificação, a perturbação de ansiedade de doença com outra especificação e a pseudociese são agora os únicos exemplos da classificação perturbações de sintomas somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas.

DSM-IV-TR: Perturbações Somatoformes	DSM-5: Perturbações de Sintomas Somáticos e Outras Perturbações Relacionadas
• Perturbação de Somatização • Perturbação Somatoforme Indiferenciada • Perturbação de Conversão • Perturbação de Dor Somatoforme • Hipocondria • Perturbação Dismórfica Corporal • Perturbação Somatoforme Sem Outra Especificação	• Perturbação de Sintomas Somáticos • Perturbação de Ansiedade de Doença • Perturbação de Conversão • Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas • Perturbação Factícia • Perturbação de Sintomas Somáticos Com Outra Especificação e Perturbações Relacionadas • Perturbação de Sintomas Somáticos Não Especificada e perturbações Relacionadas

Capítulo 15 – Abuso de Substâncias

O DSM-5 não separa os diagnósticos de abuso de substâncias dos de dependência de substâncias, tal como acontecia no DSM-IV. Em vez disso, fornece critérios para perturbação do uso de substâncias acompanhados, quando relevante, por critérios para intoxicação, abstinência, perturbações induzidas por substâncias e perturbações relacionadas com substâncias não especificadas. Dentro das perturbações de uso substâncias, o critério de problemas legais recorrentes relacionados com a substância foi eliminado no DSM-5 e foi acrescentado um novo critério : *craving*, ou desejo intenso, ou impulso irresistível de uso de uma substância. Além disso, o limiar para o diagnóstico de perturbação de uso de substâncias no DSM-5 é estabelecido em 2 ou mais critérios, em contraste com o limiar de 1 ou mais critérios para o diagnóstico de abuso de substâncias no DSM-IV e de 3 ou mais para o de dependência de substâncias no DSM-lV. A abstinência de Cannabis e abstinência de cafeína são duas novas perturbações (a última encontrava-se no Apêndice B do DSM-IV, «Propostas de Categorias Diagnósticas Que Necessitam de Estudo»).

Um importante corte com os anteriores manuais de diagnóstico é o facto de o capítulo das perturbações relacionadas com substâncias ter sido ampliado para incluir o jogo patológico. Outros padrões comportamentais excessivos, tais como jogos de *Internet*, também foram descritos, mas a investigação sobre estas e outras síndromes comportamentais é menos clara. Assim, os grupos de comportamentos repetitivos, que alguns denominam adições comportamentais, com subcategorias tais como «adição ao sexo», «adição ao exercício» ou «adição às compras», não estão incluídos porque neste momento a evidência da revisão por pares é insuficiente para estabelecer os critérios de diagnóstico e as descrições do curso necessários para identificar estes comportamentos como perturbações mentais.

A gravidade das perturbações de uso de substâncias no DSM-5 baseia-se no número de critérios preenchidos. O especificador do DSM-IV para tipo fisiológico foi eliminado no DSM-5, tal como o diagnóstico de dependência de múltiplas substâncias do DSM-IV. A remissão precoce de uma perturbação de uso de substâncias do DSM-5 é definida como pelo menos 3, mas menos de 12 meses, sem preencher os critérios de perturbação de uso de substâncias (exceto *craving*) e a remissão mantida é definida como pelo menos 12 meses sem preencher os critérios (exceto *craving*). Os novos

especificadores do DSM-5 incluem «em ambiente controlado» e «em terapia de manutenção», conforme a situação o justifique.

Capítulo 16: Perturbações de Humor

As perturbações depressivas incluem perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. Ao contrário do que acontece no DSM-IV, este capítulo «Perturbações Depressivas» foi separado do capítulo anterior «Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas». A característica comum a todas estas perturbações é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre as várias perturbações são questões relacionadas com duração, *timing* ou etiologia presumida.

Para responder às preocupações sobre o potencial para o sobrediagnóstico e tratamento de perturbação bipolar em crianças, um novo diagnóstico, perturbação de desregulação do humor disruptivo, foi incluído para crianças até aos 12 anos que se apresentam com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrolo extremo do comportamento. A sua colocação neste capítulo reflete a constatação de que as crianças com este padrão de sintomas desenvolvem tipicamente, à medida que atingem a adolescência e a idade adulta, perturbações depressivas unipolares ou perturbações de ansiedade, em vez de perturbações bipolares. Sumarizando os critérios, este diagnóstico é caracterizado por: um temperamento explosivo com episódios graves e recorrentes de agressividade física ou verbal; desproporcionais, em intensidade ou duração, à situação ou provocação. O humor entre as explosões temperamentais é persistentemente irritável ou zangado durante a maior parte do dia, quase todos os dias, sendo que os sintomas deverão manifestar-se pelo menos 3 vezes por semana, em dois ou mais ambientes, persistir no mínimo 1 ano e a perturbação deve ser primeiramente identificada entre os 6 e os 18 anos de idade.

Além desta, o capítulo inclui ainda a perturbação disfórica pré-menstrual, que passa do Apêndice B «Propostas de Categorias Diagnósticas Que Necessitam de Estudo» do DSM-IV, para o corpo principal do DSM-5. Com efeito, a investigação adicional de quase 20 anos sobre esta condição confirmou a existência de uma forma de perturbação depressiva específica e que responde ao tratamento, com início algum

tempo após a ovulação e remissão em poucos dias de menstruação, e que tem um impacto significativo no funcionamento.

A perturbação depressiva major representa a condição clássica neste grupo de perturbações. É caracterizada por episódios distintos com pelo menos 2 semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure consideravelmente mais tempo) que envolvem alterações bem definidas no afeto, cognição e funções neurovegetativas, e com remissão entre os episódios. É possível o diagnóstico baseado num único episódio, embora a perturbação seja recorrente na maioria dos casos. É dado um cuidado particular à definição de tristeza normal e de luto de um episódio depressivo major. No DSM-IV existia um critério de exclusão para episódio depressivo major que se aplicava aos sintomas depressivos que durassem menos de 2 meses após a morte de um ente querido (isto é, a exclusão por luto). Esta exclusão é omitida no DSM-5. Por outras palavras, é agora aceite que o luto possa desencadear perturbações mentais graves, mesmo naqueles que passaram pela perda de um ente querido há menos de dois anos. A precaução subjacente é a de se não assumir imediatamente que, por tratar-se de uma reação comum, este não possa ser experimentado de forma patológica. Várias são as razões que levam o DSM-5 a omitir este critério, incluindo o reconhecimento do luto como um fator de stress psicossocial grave que pode precipitar um episódio depressivo major num indivíduo vulnerável, tendo em geral início pouco depois da perda, e que pode acrescentar um risco adicional de sofrimento, sentimentos de desvalorização, ideação suicida, empobrecimento da saúde médica e pior funcionamentos interpessoal e ocupacional. Foi crucial remover a implicação de que o luto dura tipicamente apenas 2 meses, quando quer os médicos quer os conselheiros de luto reconhecem que a duração é mais comummente de 1-2 anos. Uma nota de rodapé pormenorizada substitui a exclusão mais simplista do DSM-IV para ajudar os clínicos a estabelecer a distinção crucial entre os sintomas característicos do luto e os de uma perturbação depressiva major.

Uma forma mais crónica de depressão, a perturbação depressiva persistente (distimia), pode ser diagnosticada quando o distúrbio do humor persiste por pelo menos 2 anos em adultos ou 1 ano em crianças. Este diagnóstico, novo no DSM-5, combina as categorias de diagnóstico de depressão major crónica e de distimia do DSM-IV. Esta combinação, incluindo especificadores, decorre da incapacidade de encontrar diferenças cientificamente significativas entre as duas condições. Na sua generalidade, os critérios mantêm-se idênticos, à exceção do critério D, em ambas as edições: pois enquanto no

DSM-IV, a perturbação é diagnosticável se não existiu um Episódio Depressivo Major durante os primeiros 2 anos da perturbação, no DSM-5, os critérios para perturbação depressiva major podem estar continuamente presentes durante 2 anos. Num episódio depressivo major, a coexistência de pelo menos 3 sintomas maníacos (insuficientes para preencherem os critérios para episódio maníaco) é agora reconhecida pelo especificador «com características mistas».

Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e diversas condições médicas podem estar associados a fenómenos de tipo depressivo. Este facto é reconhecido nos diagnósticos de perturbação depressiva induzida por substância/medicamento e de perturbação depressiva devida a outra condição médica.

São ainda apresentados novos especificadores, entre os quais: «Com mal-estar ansioso»: que permite ao clínico uma oportunidade para avaliar a gravidade do mal-estar ansioso em todos os indivíduos com perturbações bipolares ou depressivas; «Com características mistas»: que permite a identificação de características maníacas em indivíduos com o diagnóstico de uma depressão unipolar; «Com características melancólicas»: aplicável à fase mais grave do episódio, envolvendo a perda de prazer em todas, ou quase todas as atividades e/ou a falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis; e «Com início no periparto»: se a sintomatologia ocorre durante o período de gravidez ou nas 4 semanas após o parto. Aqui, as estimativas variem consoante o período de seguimento após o parto, entre 3 a 6% das mulheres experimentarão o início de um episódio depressivo major durante a gravidez ou nas semanas ou meses após o parto.

DSM-IV-TR: Perturbações do Humor	DSM-5: Perturbações Depressivas
1) Perturbações Depressivas inclusas no capítulo «Perturbações do Humor» [a) episódios de alteração de humor; b) Perturbações do Humor (incluindo Perturbação Bipolar I e II, Perturbação Ciclotímica, e Perturbação Bipolar SOE); c) Especificadores]; Diagnósticos para Perturbações Depressivas e Bipolares: 296.xx Perturbação Depressiva Major [F3x.x] 300.4 Distimia [F34.1] 311 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação [F32.9] 296.xx Perturbação Bipolar I [F3x.x] 296.89 Perturbação Bipolar II [F34.0] 301.13 - Perturbação Ciclotímica [F34.0] 296.80 Perturbação Bipolar SOE [F31.9]	1) Separação entre «Perturbações Depressivas» e «Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas»; Inclusão de novos diagnósticos: • Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo 296.99 (F34.8) • Perturbação Depressiva Persistente (Distimia) 300.4 (F34.1) [fusão entre a PDM e a PD definidas no DSM-IV] • Perturbação Disfórica Pré-Menstrual 625.4 (N94.3) ➢ Perturbação Depressiva Major ➢ Perturbação Depressiva induzida por Substância/Medicamento ➢ Perturbação Depressiva Devida a Outra Condição Médica ➢ Perturbação Depressiva com Outra Especificação 311 (F32.8) ➢ Perturbação Depressiva Não Especificada 311 (F32.9)
2) Luto como critério de exclusão da Perturbação Depressiva *Major*; 3) Especificadores: 3.1.) Para descrever o episódio de humor atual (ou mais recente): a) Ligeiro; b) Moderado; c) Grave Sem Características Psicóticas; d) Grave Com Características Psicóticas; e) Em Remissão Parcial; f) Em Remissão Completa; 3.2.) Para descrever as características do episódio atual: a) Crónico; b) Com Características Catatónicas; c) Com Características Melancólicas; d) Com Características Atípicas; e) Com Início no Período Pós-Parto; 3.3.) Para descrever a evolução dos episódios recorrentes: a) Especificadores Longitudinais da Evolução; b) Com Padrão Sazonal; c) Com Ciclos Rápidos.	2) Retirada do luto como critério de exclusão da perturbação depressiva major; 3) Inclusão de novos especificadores: 3.1.) Com mal-estar ansioso; 3.2.) Com características mistas; 3.3.) Com características melancólicas; 3. 4.) Com início no periparto; + Com características atípicas; Com características psicóticas; Com catatonia; Com padrão sazonal. + 4) Fatores de Risco e de Prognóstico.

Capítulo 17: Anorexia e Bulimia Nervosas

Devido à eliminação do capítulo «Perturbações Que Aparecem Habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adolescência» do DSM-IV-TR, este capítulo descreve várias perturbações encontradas na secção «Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar da Primeira e Segunda Infâncias» do DSM-IV, e inclui os critérios de diagnóstico para pica, mericismo, perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva.

Mudança do nome «Perturbações do Comportamento Alimentar» para «Perturbações da Alimentação e da Ingestão». A mudança resulta da inclusão formal dos problemas na ingestão (e.g., ingestão compulsiva), para além dos problemas persistentes na alimentação.

Passou a incluir três perturbações que estavam contidas no capítulo do DSM-IV, "Perturbações que Aparecem Habitualmente na Primeira Infância e na Segunda Infância ou na Adolescência", sendo que este capítulo no DSM-5 desapareceu.

DSM-IV-TR: Perturbações Que Aparecem habitualmente na Primeira e na Segunda Infâncias ou na Adoelscência	DSM-5: Perturbações da Alimentação e da Ingestão
Perturbações que aparecem na primeira e na segunda infância ou na adolescência – capítulo independente [incluía Pica, Mericismo e Perturbação da alimentação da primeira Infância ou do início da segunda infância].	As perturbações mais associadas à infância estão agora integradas na categoria geral destas perturbações. A Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva é uma nova categoria de diagnóstico no DSM-5 1. Pica (307.52 [F98.3] para crianças; 307.52 [F50.8] para adultos) 2. Mericismo (Perturbação de Ruminação) (307.53 [F98.21]) 3. Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva (307.59 [F50.8])

Os critérios do DSM-IV para a pica e para a perturbação de ruminação foram revistos por uma maior clareza e para indicar que os diagnósticos podem ser feitos em pessoas de qualquer idade.

A Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante / Restritiva é uma nova categoria de diagnóstico no DSM-5, que veio substituir a Perturbação da Alimentação da Primeira Infância ou do início da Segunda Infância. Os critérios foram significativamente expandidos. Era reconhecido que um grande número de indivíduos, principalmente, mas não exclusivamente, crianças e adolescentes, restringiam substancialmente a sua ingestão a certos alimentos e experienciavam problemas fisiológicos ou psicossociais significativos, mas não satisfaziam os critérios para qualquer perturbação do DSM-IV. É então uma categoria ampla destinada a englobar essa gama de apresentações.

Os critérios de diagnóstico, nucleares para anorexia nervosa, mantêm-se concetualmente inalterados relativamente ao DSM-IV com uma exceção: o requisito de que ocorra amenorreia é eliminado. Tal como no DSM-IV, o Critério A exige que os indivíduos com esta perturbação tenham um peso corporal significativamente inferior ao esperado para o seu estádio de desenvolvimento. A redação do critério foi alterada para maior clareza e o texto fornece agora orientação quanto à forma de julgar se um indivíduo mantém um peso significativamente inferior ao normal. No DSM-5, o Critério B foi ampliado para incluir não só o medo claramente expresso de aumento do peso, mas também o comportamento persistente que interfere com o aumento do peso. As únicas alterações dos critérios do DSM-IV para bulimia nervosa são a redução da frequência média mínima exigida para a ingestão alimentar compulsiva e para o comportamento compensatório inapropriado de 2 para 1 vez por semana e a remoção dos subtipos de diagnóstico (tipo purgativo e tipo não purgativo). A extensa investigação que se seguiu à promulgação dos critérios preliminares para perturbação de ingestão alimentar compulsiva (*binge-eating disorder*) no Apêndice B do DSM-IV documenta a sua utilidade clínica e a sua validade. A única diferença significativa relativamente aos critérios preliminares do DSM-IV é a de que a frequência média mínima da ingestão alimentar compulsiva exigida para o diagnóstico é de pelo menos 1 vez por semana durante os últimos 3 meses, pelo que é idêntica ao critério de frequência para bulimia nervosa (em vez de pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses no DSM-IV).

Médicos e investigadores perceberam que um número significativo de indivíduos com perturbações do comportamento alimentar não se enquadravam nas

categorias do DSM-IV de anorexia nervosa e bulimia nervosa. Por conseguinte, muitos recebiam um diagnóstico de "perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação “. Estudos têm sugerido que uma parcela significativa de indivíduos nessa categoria "sem outra especificação" podem ter realmente uma perturbação da ingestão alimentar compulsiva. Assim, dá-se a adição da perturbação da ingestão alimentar compulsiva (uma condição amplamente diagnosticada há anos). É importante diferenciar a ingestão alimentar compulsiva do simples comer em excesso. O comer em excesso só acontece de vez em quando, e não é acompanhado dos sentimentos avassaladores - muitas vezes vividos como “*non-stop*” - de culpa, vergonha e constrangimento que alguém com a perturbação de ingestão compulsiva experiencia. A ingestão compulsiva periódica é muito menos comum, muito mais grave, e está associada a problemas físicos e psicológicos significativos.

Mudanças na designação das PCA-SOE, tendo como objetivo a obtenção de um diagnóstico mais preciso. Os casos PCA-SOE eram responsáveis por 40% a 60% das pessoas que procuravam tratamento.

Finalmente, a obesidade não é incluída no DSM-5 como uma perturbação mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do consumo prolongado de energia excessiva relativamente aos gastos energéticos. Uma variedade de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; assim, a obesidade não é considerada uma perturbação mental. Contudo, existem associações robustas entre a obesidade e uma variedade de doenças mentais (por exemplo, perturbação de ingestão alimentar compulsiva, perturbações depressiva e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos secundários de alguns psicofármacos contribuem de forma importante para o desenvolvimento da obesidade, e a obesidade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de algumas perturbações mentais (por exemplo, perturbações depressivas).

Capítulo 18: Esquizofrenia

Foram realizadas duas alterações ao Critério A para esquizofrenia: 1) a eliminação da nota relativa às ideias delirantes de caráter bizarro e às alucinações auditivas de primeira ordem de Schneider (por exemplo, 2 ou mais vozes conversando entre si), o que torna a presença de pelo menos 2 sintomas do Critério A um requisito para qualquer diagnóstico de esquizofrenia, e 2) a adição do requisito de que pelo menos um dos sintomas do Critério A seja a presença de delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Os tipos de esquizofrenia do DSM-IV foram eliminados devido à sua limitada estabilidade diagnóstica, baixa fiabilidade e fraca validade. No seu lugar, foi incluída na Secção III do DSM-5 uma abordagem dimensional para classificar a gravidade dos sintomas nucleares de esquizofrenia, de forma a captar a heterogeneidade do tipo e gravidade dos sintomas manifestados pelos indivíduos com perturbações psicóticas. A perturbação esquizoafetiva é reconceptualizada como um diagnóstico longitudinal em vez de transversal – mais comparável com a esquizofrenia, a perturbação bipolar e a perturbação depressiva major que se relacionam entre si através desta condição – e requer que um episódio depressivo major esteja presente durante a maior parte do tempo da perturbação depois de preenchido o Critério A. O Critério A para perturbação delirante já não possui o requisito de que os delírios tenham de ser bizarros. Um especificador para delírios de tipo bizarro foi agora incluído, proporcionando continuidade com o DSM-IV. Os critérios de catatonia são descritos uniformemente ao longo do DSM-5. Assim, a catatonia pode ser diagnosticada com um especificador (para as perturbações depressivas, bipolares e psicóticas, incluindo a esquizofrenia) no contexto de uma condição médica conhecida ou no contexto de um diagnóstico com outra especificação.

DSM-IV-TR: Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas	DSM-5: Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações
• Esquizofrenia • Perturbação Esquizofreniforme • Perturbação Esquizoafectiva • Perturbação Delirante • Perturbação Psicótica Breve • Perturbação Psicótica Induzida • Perturbação Psicótica Secundária a Um Estado Físico Geral • Perturbação Psicótica Induzida por substâncias • Perturbação Psicótica sem outra especificação	• Perturbação Delirante • Perturbação Psicótica Breve • Perturbação Esquizofreniforme • Esquizofrenia • Perturbação Esquizoafetiva • Perturbação Psicótica induzida por substância/medicamento • Perturbação Psicótica devida a outra condição médica • Catatonia associada a outra perturbação mental (Especificador de catatonia) • Perturbação catatónica devida a outra condição médica • Perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação e outras perturbações psicóticas • Perturbação do espectro da esquizofrenia não especificadas e outras perturbações psicóticas

Referências bibliográficas:

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition*.

American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5). Quinta Edição. Climepsi Editores.