

A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica

Evandro Gomes de Matos*
Thania Mello Gomes de Matos**
Gustavo Mello Gomes de Matos***

HISTÓRIA

Na Grécia antiga, desde o século 5 a.C., Hipócrates buscou estabelecer um sistema de classificação para as doenças mentais. Palavras como histeria, mania e melancolia eram usadas para caracterizar algumas delas. Ao longo dos séculos seguintes, diversos termos foram sendo incorporados ao jargão médico, como, por exemplo: loucura circular, catatonia, hebefrenia, paranóia, etc. Entretanto, o primeiro sistema de classificação abrangente e de cunho verdadeiramente científico surgiu com os estudos de Emil Kraepelin (1856-1926), que reuniu diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce – posteriormente chamada de esquizofrenia por Bleuler –, ao lado de outros transtornos psicóticos, separando-os do quadro clínico da

psicose maníaco-depressiva¹. Freud (1895), quase ao mesmo tempo, destacava da neurastenia uma síndrome, denominada neurose de angústia, que passou a ser classificada e estudada juntamente com outros tipos de neurose: hipocondríaca, histérica, fóbica e obsessivo-compulsiva². Esta terminologia perdurou até os anos 80, do século 20.

No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-I), e as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV), foram revistas, modificadas e ampliadas³.

O DSM-III (1980) foi o mais revolucionário de todos e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna. Novas categorias diagnósticas foram descritas, como, por exemplo: a **neurose de angústia** foi subdividida em **transtorno de pânico com e sem agorafobia** e **transtorno de ansiedade generalizada**; a **fobia social** tornou-se uma entidade nosológica própria; a **psicose maníaco-depressiva** passou a ser denominada

* Professor Assistente, Doutor, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP.

** Psicóloga e Mestre, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), SP.

*** Acadêmico de Medicina, Universidade de Uberaba (Uniube), MG.

de **transtorno do humor bipolar, com ou sem sintomas psicóticos**. Muitas palavras passaram a ser evitadas. O termo neurose, por exemplo, deixou de ser usado, para não suscitar questões etiológicas, a palavra histeria desapareceu do texto, pelo mesmo motivo, a expressão doença mental foi substituída por **transtorno mental**, etc.

Além disto, uma característica importante do DSM-III foi a hierarquização dos diagnósticos. Um paciente diagnosticado como esquizofrênico, por exemplo, não poderia receber o diagnóstico simultâneo de transtorno de pânico. A esquizofrenia, patologia mais grave, era considerada hierarquicamente superior ao quadro do pânico. Desta forma, era atendida a velha máxima da medicina, que preconiza a identificação de uma única patologia para explicar todos os sintomas que compõem o quadro clínico de um paciente.

Entretanto, em 1987, com a publicação do DSM-III-R, esta hierarquia foi abolida, e o manual passou a incentivar a feitura simultânea de dois ou mais diagnósticos num mesmo paciente. Surgiu, assim, o conceito de **comorbidade**, em psiquiatria, que foi confirmado pelo DSM-IV e amplamente difundido nos anos 90, sendo utilizado regularmente nos dias atuais³.

Na verdade, o conceito de comorbidade remonta ao ano de 1970, quando Feinster utilizou pela primeira vez para definir “qualquer entidade clínica adicional que tivesse existido ou que pudesse ocorrer durante o curso clínico de um paciente, que tivesse a doença índice em estudo”⁴. O assunto será retomado mais adiante.

O QUE É O DSM-IV?

O DSM-IV é, portanto, um manual diagnóstico e estatístico, que foi adotado pela APA⁵ e que correlaciona-se com a **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**⁶, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de um sistema classificatório multiaxial – publicado nos anos 90, que são considerados “a década do cérebro” pela OMS –, organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos, que são os seguintes:

Eixo I: Descreve os transtornos clínicos propriamente ditos. Por exemplo: transtorno de pânico sem agorafobia (300.01), transtorno depressivo recorrente (296.3), transtorno

delirante (297.1), dependência do álcool (303.90), etc.

Eixo II: Descreve o retardo mental. Por exemplo: **retardo mental severo** (318.1) e transtornos de personalidade, que foram reunidos em três grandes agrupamentos (*clusters*). No grupo A, estão os indivíduos com traços estranhos ou bizarros – por exemplo, **transtorno de personalidade esquizóide** (301.20); no grupo B, os indivíduos com traços dramáticos e instáveis – por exemplo, **transtorno de personalidade borderline** (301.50); e, finalmente, os inseguros e ansiosos no grupo C – por exemplo, **transtorno de personalidade dependente** (301.6).

Eixo III: Descreve as condições médicas gerais. Por exemplo: **otite média recorrente** (382.9).

Eixo IV: Trata dos problemas psicossociais e ambientais, associados com o transtorno mental em questão. Por exemplo: **ameaça de perda de emprego**.

Eixo V: Constitui-se por uma escala de avaliação global de funcionamento (AGF), que recebe uma numeração. Por exemplo: AGF = 82.

As principais características do DSM-IV são: 1. descrição dos transtornos mentais; 2. definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos; 3. modelo atóxico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos; 4. descrição das patologias, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes; 5. busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental; 6. incentivo à pesquisa.

AS VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DO DSM-IV

O DSM-IV atingiu muitos dos seus objetivos. Na prática clínica, inúmeros exemplos podem ser destacados. Indivíduos anteriormente diagnosticados como “histéricos” eram ridicularizados, nas salas de atendimento de urgência, por não terem o seu sofrimento reconhecido pelos médicos. Alguns termos pejorativos ainda ressoam em nossos ouvidos: “crise pitiática”, paciente “píssico”, “piti” ou “hy”. Muitos deles sofriam, na verdade, de ataques de pânico e eram desmoralizados porque os seus sintomas – parestesias (formigamentos e adormecimentos), ondas de calor,

despersonalização/desrealização, tonturas, medo de morrer ou de perder o controle, entre outros – eram mal interpretados por quem os atendia⁷. Outros pacientes receberam indevidamente o diagnóstico de esquizofrenia, juntamente com todo o estigma decorrente deste termo, ao invés de transtorno do humor com sintomas psicóticos, o que muda não apenas o prognóstico, mas também, substancialmente, a abordagem terapêutica. A fobia social, negligenciada por todas as classificações anteriores ao DSM-III, foi descrita como uma entidade nosológica separada, e os estudos subsequentes mostraram tratar-se do mais comum dos transtornos de ansiedade, atingindo cerca de 12% da população geral. Pôde-se compreender que o transtorno distímico é um distúrbio clínico que, embora de curso crônico, não se caracteriza por ser um traço de personalidade, como era considerado, mas um estado patológico passível de ser diagnosticado e tratado⁸. O transtorno obsessivo-compulsivo é mais freqüente do que se pensava, atingindo cerca de 3% da população geral, e a sua associação com o transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo é infreqüente, ao contrário do que era postulado anteriormente.

O desenvolvimento das pesquisas na área de saúde mental tomaram um impulso extraordinário nos últimos anos. A atenção para o diagnóstico e a comunicação entre os diversos profissionais – psiquiatras, psicoterapeutas e psicólogos – estabeleceram uma nova parceria entre a psiquiatria clínica e as psicoterapias comportamental, comportamental-cognitiva (TCC) e interpessoal – únicas na história de nossa especialidade –, que resultou no desenvolvimento de novas técnicas de terapia, com grande melhoria da qualidade de vida oferecida aos nossos pacientes. Alguns achados vão se confirmando na literatura especializada. Transtorno obsessivo-compulsivo, por exemplo, pode ser tratado eficazmente com medicamentos antidepressivos, que inibem a recaptação da serotonina (IRSS), ou com terapia comportamental. Estudos originais constataram que as alterações funcionais, detectadas por imagem cerebral, antes desses procedimentos, regredem ao seu término^{9,10}. Por outro lado, sabe-se que os psicofármacos atuam melhor nas idéias obsessivas, enquanto a terapia trata melhor das compulsões. Em diversos casos, portanto, há indicação para a escolha de ambas as formas de tratamento. A fobia específica não melhora com medicamentos, mas responde

bem à terapia comportamental. Episódios de depressão leves e moderados respondem bem tanto aos antidepressivos quanto à TCC, isoladamente. Todavia, a associação dos dois procedimentos oferece resultados ainda melhores e mais duradouros. Da mesma forma, pacientes com fobia social têm indicação para as duas formas de intervenção – antidepressivos e TCC –, porque muitos deles, após a remissão dos sintomas físicos da ansiedade obtida com o uso dos medicamentos, necessitam de treinamento para mudança de comportamento, melhora da assertividade e do crescimento do repertório social¹¹.

LIMITAÇÕES E DESVANTAGENS DO USO DO DSM-IV

O uso do DSM-IV é limitado e trouxe também inúmeras desvantagens. A primeira delas diz respeito ao próprio sistema, que produziu uma excessiva fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais. Assim, muitos pacientes precisam receber simultaneamente inúmeros diagnósticos, já que os sintomas ultrapassam os limites rígidos, propostos pelo manual. Por isto, a comorbidade dentro de um eixo (ou de vários deles) passa a ser quase sempre a regra, e não a exceção. Fóbicos sociais recebem, em 80% dos casos, outro diagnóstico correlato¹¹. O transtorno de pânico surge ao lado da depressão em mais de 50% dos casos e muitas vezes está associado, ainda, com ansiedade generalizada, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos de personalidade, situados no eixo II¹². A recomendação de se registrar todos os diagnósticos representa, obviamente, uma desvantagem. Além disto, as listas dos sintomas não contemplam todas as queixas apresentadas pelos pacientes na prática clínica. Por exemplo, dor de cabeça, boca seca, visão borrada e acessos de choro não estão descritos entre os sintomas dos ataques de pânico, embora surjam com freqüência na vigência destes episódios.

A segunda dificuldade diz respeito ao profissional que vai utilizá-lo. O DSM-IV não deve ser usado como uma lista infalível, que, sendo preenchida, fornece automaticamente um diagnóstico psiquiátrico. Em mãos inexperientes, os resultados são desastrosos. Muitos sintomas são superpostos a diversos quadros clínicos, e a decisão de sua origem, ou de qual estado eles fazem parte, deriva exclusivamente de um julgamento clínico. E este advém dos conhecimentos teóricos de

psicologia, psicopatologia e psiquiatria, do treinamento adequado e da experiência acumulada ao longo dos anos de exercício da profissão¹³. O DSM-IV não é um compêndio de psiquiatria e não deve ser consultado como a única fonte de conhecimento da especialidade. Ao listar os sintomas, o manual busca auxiliar o reconhecimento dos transtornos mentais, mas não se presta a substituir a abrangência do diagnóstico clínico, que resulta, acima de tudo, da intuição, da percepção e do *feeling*, que surge desta relação única que se estabelece entre o profissional e o seu paciente. Neste sentido, é bom frisar que o próprio manual destaca, logo na introdução, um capítulo denominado “Uma palavra de cautela”, onde estes aspectos são devidamente tratados, e que recomendamos ao leitor.

Tudo isto nos leva a refletir que o DSM-IV está longe de resolver os problemas diagnósticos e estatísticos de nossa especialidade. Mostra-nos um longo caminho a percorrer, que será realizado com sucesso, desde que as questões e preconceitos de cada especialidade sejam deixadas de lado, e, em seu lugar, esforcemo-nos para realizar um trabalho conjunto, reunindo os achados científicos da psiquiatria, que inclui os avanços no campo da neuroimagem e da neurofisiologia por um lado, e a aplicação, comparação e aferição sistemática dos procedimentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos utilizados por outro.

Desta forma, ambos os sistemas diagnósticos – DSM-IV e CID-10 – são nosográficos e têm por objetivo listar e classificar os transtornos mentais, mas não substituem o exercício da clínica. O modelo destes sistemas, que é denominado **categorial**, se opõe, em contrapartida, a um outro, dito **dimensional**, como veremos em seguida.

OS MODELOS CATEGORIAL E DIMENSIONAL

O modelo categorial admite, no seu bojo, a inclusão de entidades comórbidas. O conceito de comorbidade de Feinsten – conforme vimos acima – foi ampliado para a psiquiatria por Klerman, em 1990, como sendo um termo que “se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas”¹⁴. Posteriormente (1990), Frances et al. criaram o seguinte esquema para o aparecimento de dois transtornos comórbidos: 1. o transtorno **A** predispõe ao transtorno **B**; 2. o transtorno **B**

predispõe ao transtorno **A**; 3. **A** e **B** são influenciados por um fator subjacente **C**, predisponente ou causal; 4. a associação entre **A** e **B** é produzida pelo acaso – por exemplo, pela freqüente ocorrência de ambos os transtornos ao longo da vida, na população geral; 5. **A** e **B** estão associados porque os seus sintomas se superpõem¹⁵.

O modelo categorial distingue também o transtorno **primário**, que ocorre primeiro em seqüência temporal, do **secundário**. É o caso do quadro da depressão secundária ao transtorno de pânico, descrito por Klein et al. (apud Gomes de Matos¹⁶), que se origina da desmoralização pela qual passa o paciente, que não recebe do profissional o diagnóstico e o tratamento adequados. Ele passa a ser tratado com indiferença ou hostilidade pelos amigos e familiares, estribados pelo parecer médico errôneo, e não consegue avaliar o grau de seu sofrimento e as limitações funcionais e sociais decorrentes do transtorno. A depressão, neste caso, apresenta-se com características diferentes de um episódio típico (primário) de depressão maior, com uma evolução mais favorável, e remite com o tratamento específico para transtorno de pânico, que é considerado o distúrbio primário e causal¹⁷.

Por outro lado, o modelo dimensional ganhou força, neste século, principalmente com os estudos de Kretschmer & Akiskal, que se basearam no pensamento de Platão e na visão holística do homem. Eles descrevem a doença mental como sendo uma disfunção única, que se expressa de forma variada. Os sintomas da depressão – segundo a escola de Akiskal et al., por exemplo –, quando típicos, estão situados no extremo de um *continuum*, do qual faz parte a ansiedade, que, por sua vez, na sua forma pura, situa-se no outro extremo. Os transtornos intermediários estariam representados pelos quadros de sintomatologia mista, onde os sintomas de depressão e ansiedade se misturam e se superpõem das mais diversas maneiras. Assim, no modelo dimensional, ao contrário do anterior, a depressão e a ansiedade são consideradas a expressão de uma mesma e única patologia. Isto nos remete ao conceito de *spectrum*, termo utilizado como uma metáfora do fenômeno físico da decomposição da luz, que ocorre ao passar por um prisma. Da mesma forma, o espectro de um transtorno mental, que não pode ser abarcado pelo DSM-IV, inclui sintomas preditores, que surgem na infância, e sintomas prodrômicos e periféricos, que ocorrem junto com os sintomas típicos, ou que se manifestam com magnitude

suficiente para mascará-los¹⁸. Neste sentido, os estudos de Kretschmer postulam que os temperamentos esquizotímico e ciclotímico fazem parte do espectro da esquizofrenia e do transtorno do humor (originalmente PMD), respectivamente, e que os indivíduos esquizóides e ciclóides se situam numa posição intermediária entre eles¹⁹.

Os quadros clínicos, sob a ótica do modelo dimensional, são decorrentes de alterações de **quantidade**, que se expressam conforme o seu grau de intensidade, ao contrário do que propõe o modelo categorial – que inclui os sistemas do DSM-IV e da CID-10 –, que considera os transtornos mentais como sendo produzidos por uma alteração de **qualidade**, distinta para cada um dos transtornos.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Atualmente, diversos autores desenvolvem pesquisas com o intuito de aprimorar os sistemas categoriais, DSM-IV e CID-10. Alguns quadros serão subdivididos em outras categorias diagnósticas, ampliando ainda mais as listas dos transtornos mentais. É o que deve ocorrer, por exemplo, com os transtornos do humor bipolar I e II. No DSM-IV, eles são caracterizados pela sucessão de fases de depressão e mania ou de hipomania, respectivamente, e deverão ser acrescidos por duas novas categorias, III e IV. O transtorno bipolar III se caracterizaria pelos quadros daqueles pacientes que desenvolvem, naturalmente, apenas episódios de depressão, mas que passam a apresentar episódios de mania ou de hipomania, desencadeados pelo uso de medicamentos antidepressivos. O transtorno bipolar IV ocorreria em pessoas com temperamento hipertímico, que desenvolvem episódios depressivos, geralmente muito graves, e com elevado risco de suicídio. A recuperação de quadros psicopatológicos, negligenciados pelos sistemas classificatórios atuais, como a alteração de personalidade hipertímica, descrita originalmente por Kurt Schneider, é louvável do ponto de vista científico²⁰.

Por outro lado, alguns transtornos deverão ser reagrupados, como o transtorno de personalidade de esquiva, situado no eixo II, que poderá ser incluído, juntamente com o quadro de mutismo seletivo da infância, dentro da fobia social, por compartilharem os mesmos sintomas, evolução e resposta ao tratamento. A esquizofrenia, classicamente subdividida nas formas paranóide, hebefrênica, catatônica e

simples, poderá ser vista de uma nova maneira, tomando-se por referência os sintomas positivos (alucinações e idéias delirantes) e os sintomas negativos (déficits cognitivos). Isto decorre dos achados obtidos nos estudos realizados com as técnicas de imagem cerebral de última geração. Os pacientes esquizofrênicos com sintomas predominantemente negativos apresentam, com uma frequência muito maior do que os com sintomas positivos, alterações de algumas estruturas cerebrais, que atuam de forma correlata. A tomografia por emissão de pósitrons (PET), nesses pacientes, permite uma avaliação – em vivo – do fluxo cerebral, que está diminuído no córtex pré-frontal, no cerebelo e no tálamo, que é a estrutura cerebral que funciona como um filtro sensorial da informação. O cerebelo coordena a cognição, a linguagem e as habilidades motoras. O termo **dismetria cognitiva** tem sido usado para caracterizar esta disfunção, encontrada na esquizofrenia. Se isto se confirmar, em estudos futuros, a perda cognitiva das associações lógicas será considerada o ponto central para o diagnóstico da esquizofrenia, confirmando a descrição original de Bleuler do início do século²¹.

Outros autores têm considerado que alguns transtornos de personalidade (eixo II) são, na realidade, parte do espectro de outros quadros mentais. Da mesma forma que o transtorno distímico – anteriormente reconhecido como um distúrbio de personalidade e que passou a ser descrito como uma categoria do eixo I, como vimos acima –, o transtorno de personalidade *borderline* deixaria de ser considerado uma condição clínica isolada, para fazer parte do espectro do transtorno bipolar, e os transtornos de personalidade esquizotípico, esquizóide e paranóide seriam incluídos na esquizofrenia.

Atualmente, diversas pesquisas clínicas têm sido levadas adiante no sentido de reconhecer e agrupar os sintomas que não são típicos, mas que se misturam ou encobrem o quadro principal e não estão presentes nas listas dos critérios diagnósticos do DSM-IV, aproximando os modelos categorial e dimensional. Na UNICAMP, no ano de 2000, implantou-se um serviço ambulatorial denominado **Núcleo de Atendimento e Tratamento dos Transtornos de Ansiedade (NATA)**, que estabeleceu uma parceria com a Universidade de Pisa, onde a equipe do Prof. Giovanni Cassano desenvolveu um amplo projeto para o estudo do espectro dos transtornos mentais. A parceria entre as duas

universidades permite a comparação deste novo modelo em populações diferentes. Os primeiros resultados serão publicados em conjunto, num futuro próximo. À guisa de exemplo, descreveremos abaixo, sucintamente, o trabalho com o transtorno de pânico, atualmente em andamento.

O *Spectrum Project*, assim denominado por Cassano et al., inclui a avaliação dos diversos transtornos de ansiedade e do humor. Para o transtorno de pânico, foram desenvolvidas, especificamente, duas escalas de avaliação diagnóstica. A primeira destina-se à população geral, e a segunda, aos pacientes diagnosticados com pânico: SCI-PAS e PAS-SR, respectivamente. Ambas contemplam os seguintes itens: 1. utilização dos critérios do DSM-IV para identificar ataques de pânico; e 2. entrevista estruturada, composta por diversas questões, para avaliar: a) sensibilidade à separação na infância (considerada um preditor importante, embora não específico, do transtorno de pânico); b) sintomas típicos e atípicos do pânico (sensação de perda da visão ou da audição, sensação de que algo se rompeu em seu cérebro, desconforto no escuro ou na neblina, desconforto ao ruído, etc.); c) sensibilidade ao estresse (sintomas de ansiedade física, como palpitações, sudorese, tremores, etc., em situações de estresse consideradas não intensas, como excesso de trabalho, problemas familiares, etc.); d) sensibilidade ou fobia aos fármacos e outras substâncias (intolerância a antidepressivos, ansiolíticos, café, perfumes ou outros odores, etc.); e) expectativa ansiosa (ansiedade antecipatória e estado de alarme); f) agorafobia (típica e atípica); g) sintomas hipocondríacos e fobia a doenças (sensação de estar preso ou de sufocação na cadeira do dentista, medo de procedimentos médicos, como realizar eletroencefalograma, colheita de sangue, ver um bisturi, etc.); e h) sensibilidade ao reassuramento (procura de ajuda, como idas freqüentes ao pronto-socorro, interpretações catastróficas de situações, dramatização, etc.)²².

CONCLUSÕES

A consulta e o uso adequado do DSM-IV é de suma importância para os profissionais que atuam na área da saúde mental. A sua utilização tem resultado, nos últimos anos, em avanços científicos significativos no campo da prática clínica e do estudo epidemiológico dos transtornos mentais. Possibilitou também uma ampla comunicação, através de uma linguagem

comum, entre médicos psiquiatras e psicólogos em todo o mundo. Entretanto, o uso do manual é limitado, não substitui o estudo dos tratados clássicos de psicologia, psicopatologia e psiquiatria, e nem a experiência clínica e o treinamento que o precede. Modelos híbridos que buscam conciliar os modelos categorial e dimensional, envolvendo psiquiatras e psicólogos, têm sido desenvolvidos atualmente, com perspectivas promissoras para o desenvolvimento de nossa especialidade.

REFERÊNCIAS

1. Alexander FG, Selesnick ST. História da psiquiatria. São Paulo: IBRASA; 1968.
2. Freud S. (1895). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia". In: Obras completas de Sigmund Freud, Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: IMAGO; 1974. v. 8, p. 107-37.
3. Stone MH. A cura da mente. Porto Alegre: Artmed; 1999.
4. Feinstein AR. The pre-therapeutic of co-morbidity in chronic disease. J Chron Dis. 1970;23:455-68.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ed. Washington: APA; 1994.
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. Gomes de Matos E, Gomes de Matos TM, Gomes de Matos G. Histeria: uma revisão crítica e histórica do seu conceito. J Bras Psiquiatr. 2005;54(1):49-56.
8. Spanemberg L, Jurruena MF. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. Rev Psiquiatr RS. 2004;26(3):300-11.
9. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, Phelps ME. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1996;55(2):109-13.
10. Goodman WK. Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry. 1999;60(18):27-32.
11. Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. J Clin Psychiatry. 1998;17(59):33-7.
12. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. 6.ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
13. Cheniaux E. Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum? Rev Bras Psiquiatr. 2005;2(27):157-62.
14. Klerman GL. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR, eds. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p. 13.
15. Frances A, Widiger T, Fyer MR. The influence of classification methods on comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR, eds. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p. 256.
16. Gomes de Matos E. Contribuições ao estudo do distúrbio de pânico e prolapso de valva mitral [tese de doutorado]. Campinas: Unicamp; 1992.
17. Gomes de Matos E. Ansiedade antecipatória, distúrbio de pânico e depressão secundária. J Bras Psiquiatr. 1994;43(2):75-8.

18. Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, Minati M, Fagiolini A, Shear K, et al. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *J Affect Disord.* 1999;54:319-28.
19. Kretschmer E. *Psicologia médica*. 13.ed. São Paulo: Atheneu; 1970.
20. Schneider K. *Psicopatologia clínica*. São Paulo: Mestre Jou; 1976.
21. Korn M. Novas questões de tratamento e neurociências em esquizofrenia. *Neuropsiconews*. 2000;32:34-9.
22. Cassano GB, Michelini S, Shear K, Coli E, Maser J K, Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*. 1997;154(6):27-38.

RESUMO

Introdução: O DSM-IV é um sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria. O objetivo do presente estudo foi apresentar as vantagens do uso deste instrumento e suas limitações.

Metodologia: Os autores realizaram uma ampla revisão bibliográfica e apresentaram a relevância do tema, como está no momento configurado. Foram apontadas algumas mudanças prováveis, que ocorrerão nas próximas edições, e a discussão entre os modelos diagnósticos – dimensional e categorial. O artigo inclui os seguintes tópicos: histórico, conceito, vantagens e desvantagens da utilização, discussão e conclusão. Apresenta, também, um projeto que será desenvolvido no Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA), do Departamento de Psiquiatria da FCM/UNICAMP, aplicando um novo instrumento diagnóstico para o espectro do pânico agorafóbico, segundo o modelo dimensional.

Descritores: DSM-IV, sistema multiaxial, psicopatologia.

ABSTRACT

Introduction: The DSM-IV is a diagnostic and statistical system for the classification of mental disorders that follows a categorial model. It is used in the clinical practice and research in the psychiatry area. The aim of this study was to analyze the use of the DSM-IV in the clinical practice and to report on its advantages and limitations.

Methods: A wide bibliographic review was made to show the relevance of the topic. Some probable changes were pointed out, which will be included in the next editions. A discussion on the diagnostic

models, both dimensional and categorial, was carried out as well. The paper was divided into the following sections: history, concept, advantages and disadvantages of the DSM-IV, discussion and conclusion. The article also presents a project developed by the Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA), from the Department of Psychiatry at FCM/UNICAMP, which will use an instrument for the diagnostic of the agoraphobia disorder that will follow a dimensional model.

Keywords: DSM-IV, multiaxial system, psychopathology.

Title: The importance and constraints of the DSM-IV use in the clinical practice

RESUMEN

Introducción: El DSM-IV es un sistema diagnóstico y estadístico de clasificación de los trastornos mentales, conforme al modelo categorial, destinado a la práctica clínica y a la investigación en psiquiatria. El objetivo del presente estudio fue presentar las ventajas del uso de este instrumento, así como sus límites.

Metodología: Los autores realizaron una amplia revisión bibliográfica y presentaron la relevancia del tema, tal como se configura en el momento. Señalaron algunos cambios probables, que ocurrirán en las próximas ediciones, y la discusión entre los modelos diagnósticos - dimensional y categorial. El artículo incluye los siguientes tópicos: histórico, concepto, ventajas y desventajas de la utilización, discusión y conclusión. Presenta, además, un proyecto que será desarrollado en el Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA), del Departamento de Psiquiatria de la FCM/UNICAMP, aplicando un nuevo instrumento diagnóstico para el espectro del pánico agorafóbico, conforme al modelo dimensional.

Palabras clave: DSM-IV, sistema multiaxial, psicopatología.

Correspondência:
Evandro Gomes de Matos
Rua Américo Brasiliense, 244/62
Cambuí – Campinas – SP
CEP 13094-770
Fone/Fax: (19) 3295.8333
E-mail: evandro@fcm.unicamp.br

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS