

O DSM-5: Continuidade, Mudança e Controvérsia

Margarida Pocinho

Há alguns anos que tenho estado atenta ao debate acerca da atualização do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), pela American Psychiatric Association (APA) que culminou, este ano, na edição do DSM-5. A minha ideia era escrever um extenso artigo de opinião sobre o DSM-5, mas, para surpresa minha, o psiquiatra Allen Frances, que coordenou a elaboração da versão anterior, o DSM-IV, escreveu-o antes, e muito melhor do que eu poderia (Frances, 2013). Depois de o ler, resolvi discuti-lo neste artigo, parecendo-me um significativo aviso para profissionais de Saúde Mental, educadores, pacientes e alunos.

Allen Frances refere que o DSM-5 não foi capaz de estabelecer bases corretas capazes de produzir a mudança de paradigma que a ambição excessiva da *task force* que a preparou pretendia, combinada com uma execução desordenada. As propostas foram vigorosamente combatidas por mais de 50 associações de profissionais da Saúde Mental, expressando espanto generalizado sobre as decisões tomadas que, segundo Allen Frances, pareciam não só não ter qualquer suporte científico, mas também pareciam desafiar o simples bom senso. Para Allen Frances, os organizadores do DSM-5 não escutaram os apelos e não foram capazes, nem tiveram capacidade de se auto-corrigirem.

A edição do DSM-5, na continuidade das publicações portuguesas do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA), traduz a preocupação de fornecer aos profissionais de Saúde Mental o conhecimento atualizado das modernas tendências no diagnóstico psiquiátrico, com

consequências úteis para a sua prática clínica e de investigação. O texto final, sob a direção-geral da Comissão Elaboradora do DSM-5, resultou de um trabalho imenso de colaboração de diversos grupos de trabalho para cada área de patologia mental. A fidelidade ao texto original ficou garantida pela concordância entre avaliadores, da mesma forma que numerosos e extensos trabalhos de campo foram realizados em diferentes contextos profissionais, no campo académico e de prática clínica.

O problema que Allen Frances levanta não está relacionado com a fidelidade das traduções, mas com a importância do diagnóstico psiquiátrico em relação a uma significativa diversidade de situações: a seleção de tratamentos; a determinação de elegibilidade para benefícios e serviços; a alocação de recursos; a orientação de decisões judiciais; a luta contra o estigma; a influência de expectativas pessoais. Para o autor, em Psiquiatria, os novos diagnósticos são tão ou mais perigosos que as novas drogas e, antes da sua introdução, os novos diagnósticos merecem o mesmo nível de atenção à segurança que é dado a novos medicamentos. Para o ex-coordenador da DSM-IV, a APA não tem competência para isso (Frances, 2013).

A DSM é um instrumento de classificação e diagnóstico dos distúrbios mentais, criado de acordo com determinados critérios, destinados a facilitar diagnósticos e torná-los mais objetivos e fidedignos. Com sucessivas edições ao longo dos últimos 60 anos, tornou-se um padrão de referência para a prática clínica no âmbito da saúde mental. O DSM-5 apresenta diferenças substanciais em relação às edições anteriores. Vindo na mesma linha de procura de uma cada vez mais ampla utilidade clínica e de melhoria da fiabilidade dos diagnósticos, acrescentou-se a necessidade de incorporar modernos dados científicos, em áreas tão diversas como as neurociências ou a epidemiologia, com o objetivo de incrementar a validade dos mesmos diagnósticos.

Uma vez que uma descrição completa dos processos patológicos subjacentes não é compatível com a maioria dos transtornos mentais, é importante ressaltar que os critérios diagnósticos atuais são a melhor descrição de como os transtornos mentais são expressos e podem ser reconhecidos por clínicos experientes. Neste sentido, foi significativa a evolução dos sistemas de classificação implementados pela Associação Psiquiátrica Americana, desde a sua primeira edição (DSM-I) em 1952, conforme a evolução nos métodos terapêuticos e o alargamento do âmbito da atividade psiquiátrica levou a modificar consideravelmente os quadros clínicos. A sintomatologia dos doentes internados com doenças mentais graves começou a ser atenuada pelas terapêuticas psicofarmacológicas, deixando de se verificar muitas das vivências e sintomas descritos pela fenomenologia clássica.

A maior procura das consultas 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. Tomou-se necessário incluir novas síndromes clínicas, operacionalizar os critérios de diagnóstico, de modo a aumentar a sua validade e fidelidade, tornando as categorias diagnósticas internacionalmente mais uniformes. Um exemplo da necessidade de atualização foram as perturbações do comportamento que tem mudado ao longo do tempo, mas nunca como no presente, incluindo agora insultos por mensagem através das redes sociais na internet, aspetos já ponderados nesta edição do DSM-5.

Para se compreender como tem evoluído este guia da saúde mental, vale a pena contar um pouco da história das DSM anteriores.

As origens do DSM datam de 1840, quando os EUA necessitaram de estatísticas acerca da doença mental e, assim, se alterou o conceito de normalidade. Antes de 1840, 'normal' significava 'perpendicular'. A partir desse momento, com a ascensão da estatística, 'normal' começa a se aproximar do conceito de 'média estatística'. Desta forma, presumiu-se que uma população humana podia ser, de alguma maneira, parte de uma 'norma' que estaria na média ou em torno dessa média.

Como entender a noção de normalidade? Existe um só desenvolvimento normal do ser humano? Não será opressor este conceito de normalidade que pressupõe que aquilo que está na média ou em torno dela é normal e, desviando-se da média, é 'anormal'?. Parece óbvio que existe um conceito de funcionamento normal, quando nos referimos a um órgão como uma perna ou um braço (se não funciona bem, precisa ser retificado, normalizado), mas como determinar o que é um estado mental normal, uma sexualidade normal ou um comportamento social normal?

No discurso freudiano, por exemplo, a normalidade e o patológico foram discutidos a partir de dois modelos separados no tempo. No início, Freud defendia que a normalidade equivalia a uma homeostasia psíquica que, quando perturbada, entrava num desequilíbrio dinâmico, levando ao patológico. O desequilíbrio estava, portanto, relacionado com a quantidade, atenuação ou exagero de sintomas, de modo que aquilo que distinguia o normal do patológico era meramente quantitativo. A partir de 1920, porém, Freud apresenta a ideia de que na própria vida existem forças assimétricas e o desequilíbrio seria inerente ao sujeito, de forma que, segundo o discurso freudiano, o limiar quantitativo que separa o que é normal do que é patológico deixa de fazer sentido (Prata, 1999).

Com isto se destaca que uma normalidade universal não existe e pode até ser confundida com moralidade. O termo ‘idiotia / insanidade’ apareceu, pela primeira vez, no censo de 1840 nos EUA. Quarenta anos depois, o censo já abordava sete categorias: ‘mania, melancolia, monomania, parestesia, demência, alcoolismo e epilepsia’. Mas as estatísticas necessitavam de denominações comuns para chegar a indicadores. Assim, em 1917, o *Bureau of the Census* patrocinou uma publicação chamada *Statistical Manual* para que as instituições usassem as mesmas denominações na classificação da insanidade. Este manual passou por 10 edições até 1942.

O DSM-1 foi publicada em 1952 e tinha 132 páginas. Neste manual, as perturbações mentais eram definidas como ‘reações’, com breves parágrafos e apresentando descrições prototípicas (American Psychiatric Association, 1952) Esta primeira edição do DSM é uma variante da sexta versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, pela primeira vez, incluiu nas suas descrições clínicas uma secção dedicada às perturbações mentais. O DSM-II foi publicado em 1968 com 134 páginas.

Nesta segunda edição, a terminologia ‘Reação’ caiu (Reação Esquizofrénica) e os utilizadores foram encorajados a registar múltiplos diagnósticos psiquiátricos (por ordem de importância) e condições físicas associadas (American Psychiatric Association, 1968). A publicação da DSM-II coincidiu com a CID-8 (1968) que incluiu, pela primeira vez, códigos para as perturbações mentais. Em 1980, foi editado o DSM-III com 494 páginas, adotando um sistema de classificação multiaxial e, em 1987, foi revisto (American Psychiatric Association, 1987). Este manual tinha um enfoque descritivo e tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas devido à fidedignidade do diagnóstico que só poderia ser obtida através da objetividade.

A DSM-IV foi publicada em 1994, com 886 páginas. A filosofia deste manual é o princípio ateu. Esta *guideline* é proposta como suporte educativo para o ensino de psicopatologia e torna-se ‘A Bíblia da Saúde Mental’, completamente afastado das bases psicanalíticas e sob a influência da psicofarmacologia e dos resultados das pesquisas das neurociências (American Psychiatric Association, 1994).

O DSM tem sido usado por médicos e pesquisadores de diferentes orientações, no campo biológico, psicodinâmico, cognitivo-comportamental, interpessoal, familiar/sistemas, etc.. Todas estas abordagens querem lutar por uma linguagem comum para comunicar as características essenciais das perturbações mentais apresentados por seus pacientes. A informação é de valor para todos os profissionais que trabalhem na área de saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, as-

sistentes sociais, enfermeiros, conselheiros, especialistas forenses e legais, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, e outros profissionais de saúde.

Os critérios são considerados, pelos seus utilizadores, como concisos e explícitos, destinados a facilitar uma avaliação objetiva das apresentações dos sintomas numa variedade de configurações de clínica – hospitalar, ambulatório, prática clínica privada, e de cuidados primários, bem como na comunidade, em geral, de estudos epidemiológicos de perturbação mental.

Em 2013, após um longo período de espera surge a DSM-5 com 947 páginas. Este manual altera a numeração romana pela numeração árabe ('5' em vez de 'V') e o seu desenvolvimento começou com uma reunião científica em 1999, mas os grupos de trabalho (*task forces*) só foram recrutados em 2006, para considerar medidas dimensionais, nomeadamente: escalas de severidade ou pontos de corte para as perturbações; questões de cultura/género; e estudos de campo organizados para avaliar a confiabilidade.

A informação acerca da validade dos critérios da DSM-5 mantém-se polémica. A fonte oficial (American Psychiatric Association, 2013) refere que para a validação dos diagnósticos/ critérios da DSM-5 foram envolvidos 2.246 pacientes, entrevistados (86% duas vezes) por 279 médicos de várias disciplinas. Além disso, envolveu mais de 1000 conselheiros. A aprovação final foi decidida na assembleia da APA em 2012 e pelo Conselho de administradores em Dezembro de 2012. Paul Emmelkamp da Universidade Amsterdão e Mick Power da universidade de Edimburgo põem em causa a validade do manual, considerando que necessitava de mais tempo e estudos empíricos que confirmassem as mudanças, considerando que devia ter sido mantida a 4ª edição até que todos os estudos estivessem confirmados (Emmelkamp & Power 2012).

O DSM-5, para além de um manual de auxiliar de diagnóstico, é também considerado um instrumento de recolha e comunicação de estatísticas precisas de saúde pública sobre a morbilidade e mortalidade do transtorno mental, procurando servir como um método prático, funcional e guia flexível para organizar informações que podem ajudar no diagnóstico preciso e no tratamento das perturbações mentais. Em termos estruturais, esta edição do DSM foi concebida, em primeiro lugar, para ser um guia útil para a prática clínica, mas oficializa, também, uma nomenclatura para ser aplicada numa ampla diversidade de contextos.

Neste sentido, o DSM-5 inicia com a explicação da classificação, um Prefácio, seguido de 3 secções: Section I: DSM-5 Basics, Section II: Diagnostic Criteria and Codes; Section III: Emerging Measures and Models. Por fim, termina com um Apêndice.

A primeira secção introduz e explica como se usa o manual, apresentando uma declaração de advertência para o uso forense do DSM-5. A segunda secção apresenta os critérios de diagnóstico e os códigos, começando pelos distúrbios neurodesenvolvimentais e terminando em outras condições que podem ser foco de atenção clínica. A terceira secção apresenta as Medidas Emergentes e Modelos, as Medidas de Avaliação, a Formulação Cultural e a alternativa do DSM-5 para o Modelo Transtornos da Personalidade. No Apêndice, entre outros, encontram-se os apontamentos das diferenças entre a DSM-IV e a DSM-5, glossários e as correspondências entre os códigos da DSM-5 e do ICD-9- e 10.

As alterações da DSM-5, relativamente às anteriores, foram tanto na estrutura, como no conteúdo. Na estrutura, o anterior sistema de 5 eixos passou a se organizado em capítulos, acabando as negações que existiam no ‘Eixo 2’, ou seja, a categoria ‘Outras Não Especificadas’ é substituída por ‘Outros Especificados’ e ‘Outra condição médica’ em vez de ‘Condição Médica Geral’. No que respeita às alterações de conteúdo, destacam-se a criação das novas categorias Obsessivo-Compulsivo e Perturbações Relacionadas, bem como as Perturbações relacionadas com Trauma e Stress.

Por outro lado, ocorreram também algumas transformações ao nível das Perturbações do desenvolvimento neurológico na infância e adolescência e dos sintomas somáticos e perturbações relacionadas. O Eixo 4 saiu e, no capítulo que corresponde ao Eixo 5 do manual anterior, pode usar-se a Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS) da Seção III.

O DSM-5 aconselha a listar vários diagnósticos para referência e ponderação e, além disso, inclui Perturbação na Comunicação Pragmática ou Social; Perturbação do Humor de Desregulação Disruptiva; Perturbação Disfórica Pré-Menstrual; Perturbação de Acumular (no sentido de acumuladores); Perturbação da Escoriação (Skin-Picking), conhecida como uma dificuldade em resistir ao impulso de causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, espremer borbulhas até fazer ferida, ou arranhar).

Para a terapia, aconselha-se ‘ajudar os indivíduos a livrarem-se dos bens e objetos que não têm utilidade nem valor’, considerando que este é um problema que geralmente afeta a estabilidade emocional, relacionamentos sociais e financeiros. Outras perturbações novas apresentadas pelo DSM-5 são as seguintes: Perturbação do Engajamento Social Desinibido (subdivisão da perturbação reativa acessória); Perturbação de Compulsão Alimentar; Apneia do Sono Central; Hipoventilação Relacio-

nada com o Sono; Perturbação do sono ‘Movimento Rápido dos Olhos’; Síndrome das Pernas Inquietas; Abstinência de Cafeína; Abstinência de Cannabis; Perturbação Neuro-Cognitiva Major com Doença Corporal de Lewy (Demência Devido a Outras Condições Médicas); Perturbação Neuro-Cognitiva Moderada. Por outro lado, foram eliminadas as perturbações ‘Perturbação da Aversão Sexual’ e a ‘Perturbação Relacionado com a Dependência de Polissubstâncias’.

Para além de inclusões, alterações e eliminações, a DSM-5 combinou vários diagnósticos. Assim, o termo ‘autismo’ e ‘Síndrome de Asperger’ desaparecem e estão englobados num novo termo ‘Perturbação do Espectro do Autismo’. Por sua vez, a Perturbação de Aprendizagem Específicas surgiu da combinação de três outras perturbações (Perturbação da Leitura, Perturbação de Matemática, Perturbação da Expressão Escrita), enquanto a Perturbação Delirante surge da perturbação Psicótica Compartilhada com Perturbação Delirante. De igual modo, foram ainda combinadas a Perturbação de Pânico Sem Agorafobia e a Perturbação de Pânico Com Agorafobia, dando lugar simplesmente a Perturbação de Pânico. Por outro lado, a Fuga Dissociativa e Amnésia Dissociativa passaram a ter apenas o nome desta última. Por sua vez, a Perturbação de Somatização, a Perturbação Somatoforme Indiferenciada e a Perturbação da Dor passaram a ter a denominação ‘Perturbação do Sintoma Somático’. Além disso, a Perturbação de Insónia criada na DSM-5 resulta da fusão dos diagnósticos de Insónia Primária e Insónia Relacionada a Outra Perturbação Mental, enquanto a Hipersonolência surge agora da fusão da Hipersónia Primária e Hipersónia Relacionada com Outra Perturbação Mental.

Por outro lado, o diagnóstico Distúrbio do Sono combina os diagnósticos anteriores Movimento Lento dos Olhos, Sonambulismo e Perturbação de Terror Noturno. Por sua vez, a Perturbação Devido ao Uso da Fenciclidina combina os diagnósticos anteriormente designados de Abuso da Fenciclidina e Dependência de Fenciclidina. Outra perturbação por uso e abuso de Alucinogénios (Dependência de Alucinogénios); uso e abuso de inalantes (Abuso de inalantes e dependência destes); Uso de opióides (Abuso de opióides e dependência de opiáceos); Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (Sedativo, hipnótico Abuso, Ansiolíticos, Sedativo, dependência Hipnóticos ou Ansiolíticos); perturbação do uso de Estimulantes (Abuso Anfetamina e Dependência da Anfetamina, Abuso de Cocaína, Dependência da Cocaína).

Apesar de não se poder desvalorizar o papel das classificações atuais na homogeneização da nomenclatura psiquiátrica, uma vez que antes do seu aparecimento ninguém se entendia nesta área, de modo que, frequentemente, os técnicos não con-

seguiam comunicar entre si, porque não sabiam do que o outro estava a falar, existe um problema que pode ser altamente limitante. Muitas vezes, o DSM-5 tenta encaixar o doente em rótulos estritos, dando muito pouca importância a elementos que estão fora destas *guidelines*, valorizando a parte e perdendo a visão holística, com consequências negativas ao nível da relação, tratamento e prognóstico terapêutico.

Por este e outros problemas, o DSM-5 tem provocado reações e múltiplas controvérsias. Assim, o Nacional Institute of Mental Health (NIMH), a principal instituição responsável pelo financiamento da investigação psiquiátrica dos Estados Unidos, refere que os pacientes com distúrbios mentais merecem melhor que a classificação da DSM-5. Em consonância, o NIMH lançou o projeto Critérios de Componente Investigativa (RDOC) para transformar a capacidade diagnóstica, recorrendo à genética, incorporando imagem latente, ciência cognitiva e outros níveis de informação, a fim de estabelecer as bases para um novo sistema de classificação e várias categorias de uma nova nosologia. O que está em causa é a consideração de que não se pode conceber um sistema com base em biomarcadores ou desempenho cognitivo, quando não se tem os dados. Neste sentido, o RDOC é uma estrutura para recolher os dados necessários para uma nova nosologia. Mas acentuam os seus proponentes que o sucesso deste projeto passa por se não utilizarem as categorias do DSM como o 'padrão ouro', mas baseando-nos na emergente e melhor evidência científica. De igual modo, consideram que a rejeição dos biomarcadores se tem devido ao facto destes não detetarem nenhuma categoria inscrita na DSM. É necessário começar a recolher dados da genética, da imagiologia, da fisiologia e cognitivos para ver como todos - e não apenas os sintomas - se relacionam com a resposta ao tratamento (Insel, 2013).

Não há dúvida que as mudanças no DSM-5 suscitaram polémicas que dividiram a opinião de especialistas, recebendo críticas de profissionais de renome, como é o caso, antes de mais, de Allen Frances. Os organizadores do DSM-5 apontam que as modificações realizadas foram baseadas na melhor evidência científica disponível; contudo, não convenceram todos.

Quanto a mim, parece-me que o DSM é um instrumento desenvolvido para ser aplicado por profissionais habilitados, com experiência clínica e um sólido conhecimento da psicopatologia, e isso nem sempre acontece, nem se pode controlar. Um profissional inexperiente pode comprar o manual, que está disponível em qualquer livraria e usá-lo quando e como quiser.

A minha principal crítica a esta quinta versão o DSM é o pouco critério na classificação das patologias, levando a amplificar os resultados epidemiológicos, dado que

permite que muitas pessoas possam ser diagnosticados com algum distúrbio mental, mesmo não o tendo. Por exemplo, praticamente todos os pacientes com fibromialgia seriam classificados como tendo uma doença mental, sob os novos critérios do DSM- 5. Em qualquer caso, o manual não deve ser usado como uma simples lista de sintomas, assinalados por indivíduos não habilitados, porque esse facto implicaria em falsos positivos.

Quanto à inclusão dos novos transtornos mentais na classificação, parece-me muito importante, permitindo que profissionais acurados possam reconhecer que estes problemas são graves e trazem sofrimento as pessoas que, até então, poderiam não receber diagnóstico e tratamento adequado à sua situação.

Allen Frances faz uma lista do que considera as dez mais perigosas modificações do DSM-5: 1) Transtorno do Humor de Desregulação Disruptiva que, segundo o autor, vai transformar birras em distúrbio mental, baseado na obra de apenas um grupo de pesquisa. 2) O Pesar e Luto normais serão um Transtorno Depressivo Major, medicalizando e banalizando nossas expectativas e necessárias reações emocionais à perda de um ente querido. 3) A característica cotidiana de esquecimento típico da velhice vai agora ser diagnosticada como Transtorno Neurocognitivo Minor, criando uma enorme população de falsos positivos para pessoas que não estão em risco especial para demência, de modo que o rótulo não fornece nenhum benefício, apenas criando grande ansiedade. 4) O aparecimento, provável, de uma moda de Transtorno de Déficit de Atenção em Adultos, levando ao uso indevido de drogas estimulantes para melhorar o desempenho e contribuindo para o já enorme mercado ilegal de medicamentos. 5) Comer em excesso por 12 vezes em 3 meses já não é apenas uma manifestação de gula e de fácil disponibilidade de comida saborosa, mas foi transformado numa doença psiquiátrica. 6) As mudanças na definição de autismo vão diminuir o seu diagnóstico em 10%, de acordo com estimativas do Grupo de Trabalho do DSM-5, mas grupos de investigação independentes consideram que os diagnósticos podem diminuir em 50%, à revelia da realidade epidemiológica efetiva da doença. 7) Os que abusarem, pela primeira vez, de drogas serão mesclados, por definição, com viciados de longa data. 8) Introdução do conceito de Adições ou Dependências do Comportamento, o que, eventualmente, pode transformar em transtorno mental tudo o que adoramos fazer. Allen Frances alerta ainda para o aparecimento de programas de tratamento lucrativos para explorar novos mercados de 'viciados' em internet e em sexo. 9) O DSM-5 obscureceu a fronteira, já em si própria não muito clara, dos Transtornos de Ansiedade Generalizada e as preocupações

da vida cotidiana. Pequenas mudanças na definição podem criar milhões de novos ‘pacientes’ ansiosos e, desta forma, expandir a prática, inapropriada e já muito disseminada, da prescrição de medicamentos ansiolíticos, criando mais dependentes. 10) Além de tudo, o DSM-5 piorou o problema já existente de erro diagnóstico de stress pós-traumático em contextos forenses. Neste sentido, Allen Frances refere que, com exceção do autismo, todas as mudanças do DSM-5 afrouxam os diagnósticos e ameaçam hiperinflacionar os mesmos (Frances, 2013)

O tempo irá demonstrar se estes vaticínios se cumprirão, mas é inequívoco que qualquer manual de classificação e diagnóstico, se for mal concebido, pode classificar pessoas erroneamente como psiquiatricamente doentes que, conseqüentemente, receberão tratamento inadequado. E isto significa também desviar a atenção e os escassos recursos para aqueles que deles não necessitam, prejudicando quem deles necessita realmente. Uma coisa Allen Frances tem toda a razão. Cuidar de doentes mentais é uma profissão nobre e eficaz. Mas temos que conhecer nossos limites, para que não se viole o mais sagrado dos paradigmas da saúde. *Primum non nocere*.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual III- revised* (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washinton, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Development* (5th ed.). American Psychiatric Association. Retrieved from www.dsm5.org
- Emmelkamp, P., & Power, M. (2012). DSM-5 personality disorders: stop before it is too late. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 363. doi:10.1002/cpp.1807
- Frances, A. (2013). DSM-5 Is a Guide, Not a Bible : Simply Ignore Its 10 Worst Changes. *Psychiatric Times*, 4–5.
- Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. *NIMH Director's Blog*, 29–32. doi:10.1038/496416a.
- Prata, M. R. (1999). O normal e o patológico em Freud. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 9(1), 37–81. URL: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/03.pdf>

Margarida Pocinho

PhD. Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC
– Departamento de Ciências Complementares / Professora Auxiliar no
Instituto Superior Miguel Torga, de Coimbra.

Resumo / Abstract

DSM-5: Continuidade, Mudança e Controvérsia

As principais inovações introduzidas pelo DSM-5 observadas e inventariadas, de um modo breve, mas abrangente, com ênfase na crítica que Allen Frances, o coordenador do anterior DSM-IV, dirigiu à mais nova edição do DSM. A questão é que o DSM-5 não se demonstrou tão inovador e sólido como se esperava, mostrando sérias inconsistências, no que respeita aos critérios de classificação e diagnóstico. Em particular, simplificações and justaposições removem o caráter específico de certas desordens mentais, enquanto, por outro lado, generalizações levam a classificar, indevidamente, diversas situações e comportamentos como sendo doença mental.

Palavras Chave: DSM-5, classificação, diagnóstico, desordem mental, saúde mental.

DSM-5: Continuity, Change and Controversy

The main innovations introduced by the DSM-5 are observed and inventoried, in a short but comprehensive way, with emphasis on the criticism that Allen Frances, the editor of the previous DSM-IV, directed at the newest DSM edition. The question is that the DSM-5 did not prove as innovative and sound as expected, showing serious inconsistencies regarding the criteria of classification and diagnosis. In particular, simplifications and juxtapositions remove the specific character of certain mental disorders, while, on the other side, generalizations lead to classifying unduly diverse situations and behaviours as being mental disease.

Keywords: DSM-5, classification, diagnosis, mental disorder, mental health.