

Monografia de Mestrado Integrado em
Medicina na Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências da Saúde

Análise da Classificação de transtornos mentais
e de comportamento da CID-10

Orientação: Dr. Carlos Leitão
Aluno: Rafael Casagrande Tango

Índice

Sumário

1. Introdução
 - 1.1. Importância do tema
 - 1.2. Critérios de estudo
 - 1.3. Semiologia e psicopatologia diferenciais – nosologia e nosografia
 - 1.4. Elaboração, padronização e finalidade dos novos critérios
 - 1.5. Histórico conforme o prefácio da atual classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10
2. Apresentação da estrutura geral da classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10
3. Apresentação da estrutura geral da CID-10
4. Análise dos blocos ou categorias gerais
5. Conclusão
6. Bibliografia

Sumário

A classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10) vem sendo utilizada para diagnóstico e classificação dos transtornos psiquiátricos em nosso meio. Apresentam-se nesta monografia suas subdivisões gerais e características predominantes, analisados de acordo com os seus grupos principais. Discutem-se os fundamentos para a criação de cada bloco, bem como as implicações de cada bloco no diagnóstico em psiquiatria. Finalmente, observou-se que a classificação constitui instrumento que possibilita rápido e prático diagnóstico, porém necessita ser aprimorada em certos itens que apresentam incoerências ou necessitam ser substituídos por diretrizes mais adequadas.

1. Introdução

Pretende-se abordar nesta monografia a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10).

Mais especificamente, pretende-se discutir uma série de características de seu conteúdo, desde seu significado no meio social, sua origem e critérios que permitiram seu desenvolvimento, metodologia e concepções predominantes, critérios utilizados para selecionar os colaboradores e suas contribuições, métodos utilizados para padronizar os critérios escolhidos, base teórica implicitamente envolvida, entre outras.

1.1 Importância do tema

A existência de uma classificação de transtornos mentais possibilita a padronização de diagnósticos que com ela passam a possuir uma codificação própria.

Esta padronização tem como finalidade minimizar discrepâncias que podem ocorrer na ausência de uma classificação de transtornos, pois sem esta, preferências particulares ou experiência própria dos examinadores pode determinar diagnósticos que não corresponderão a diagnósticos realizados por outros profissionais da mesma área; discrepâncias diagnósticas que também podem vir a determinar como o paciente virá a ser tratado e possivelmente prejudicar a evolução de seu quadro; com a classificação, busca-se uma

padronização das principais idéias que orientam os diagnósticos psiquiátricos da atualidade, numa tentativa de unificar condutas de diversos profissionais em nível internacional.

Esta tentativa de padronização também procura voltar a especialidade psiquiátrica para a ciência e a objetividade, contrastando com o histórico de relativa subjetividade das descobertas e diagnósticos do ramo, provavelmente devido à sua dificuldade e complexidade, e grande número de temas envolvendo a mente humana que ainda não puderam ser desvendados por completo. A classificação não tem a pretensão de efetivamente tornar a psiquiatria uma ciência exata, porém procura servir como instrumento empírico para que os médicos e outros profissionais tenham uma base mais ou menos palpável para realizar as suas operações.

A existência da CID-10 também é importante sob o ponto de vista jurídico, ao procurar estabelecer diretrizes que posteriormente permitirão a elucidação e resolução de casos baseadas em seus critérios diagnósticos, procurando assim minimizar erros de julgamento ou condutas tendenciosas dos praticantes da lei, ou mesmo evitando a impunidade de criminosos que poderiam, caso não existisse alguma forma de classificar transtornos psiquiátricos, aproveitar lacunas no sistema legal, forjando transtornos para os quais não haveria punição pré-estabelecida.

Também se deve salientar a importância da classificação para fins epidemiológicos, já que uma sistematização e classificação dos transtornos permite a realização de índices de incidência e prevalência das patologias, permitindo assim um melhor planejamento da área de saúde responsável e o estabelecimento de estratégias, como por exemplo a escolha dos

medicamentos necessários bem como estipular a necessidade e quantidade de cada um, baseando-se nos dados estabelecidos pelas pesquisas possibilitadas pela existência da classificação.

1.2 Critérios de estudo

Será utilizada a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Descrições Clínicas e diretrizes diagnósticas, como material básico para a discussão, e outros textos (ou publicações) relacionados à sua elaboração direta ou indiretamente, além de leituras complementares em certos tópicos especiais.

1.3 Semiologia e psicopatologia diferenciais – Nosologia e nosografia

A nosologia, ou estudo e classificação das patologias a partir de suas características tidas como essenciais, de sua etiopatogenia, segue critérios relativamente homogêneos ao longo da classificação. Segundo estes critérios, as características essenciais das patologias são agrupadas com base em conceitos pré-existentes da psiquiatria, como definições de Bleuler, Kraepelin, Jaspers e Schneider. No entanto, a CID-10 não inclui em seu material diretamente os conceitos criados por estes autores, mas os menciona de

maneira implícita, na maioria dos casos pressupondo o conhecimento prévio dos autores tradicionais para a compreensão das características descritas. À nosografia corresponde a descrição das enfermidades e sistematização dos diagnósticos, o que a classificação procura realizar evitando o predomínio de correntes nosológicas doutrinárias ou dogmáticas.

1.4 Elaboração, padronização e finalidades dos novos critérios

Para realizar esta descrição e sistematização, a CID-10 adota um modelo de critérios descritivos para as patologias psiquiátricas, baseados em blocos de sintomas encontrados freqüentemente nas patologias e duração dos mesmos, segundo um enfoque empírico no qual a importância de um sintoma é proporcional à quantidade de vezes que este sintoma se manifesta em pacientes com a mesma patologia, e a duração descrita para o sintoma correspondente uma média da duração do sintoma entre milhares de pacientes.

Numa análise a respeito dos novos critérios da CID-10, em uma comparação com a antiga CID-9, JORGE(1996) descreve:

“A CID-10 fornece, em suas Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, critérios específicos para que um determinado diagnóstico possa ser

estabelecido. Ou seja, ainda que comportando certa flexibilidade, ocorrerá com alguma frequência que um psiquiatra possa ter uma impressão diagnóstica sobre um determinado paciente que não esteja de acordo com o requerido pela CID-10. Caso o quadro clínico do paciente preencha parcialmente os critérios requeridos para aquela condição [por exemplo, um número menor de sintomas ou uma duração menor na apresentação do quadro], um diagnóstico provisório ou tentativo poderá ser atribuído a ele”.

O procedimento de diagnóstico provisório, apesar de relativo, é útil à clínica em psiquiatria já que devido à complexidade de inúmeros quadros, não é possível estabelecer o diagnóstico definitivo no primeiro dia de internação do paciente ou após apenas uma entrevista.

“Outro ponto importante diz respeito à atribuição de múltiplos diagnósticos. Na medida em que a CID-10 estabelece uma classificação de síndromes psiquiátricas [chamadas de transtornos] e não de doenças, cada paciente deve receber tantos diagnósticos quanto tenham seus critérios satisfeitos. Isto não significará, necessariamente, que o paciente tenha todas estas doenças, porém o reconhecimento de quadros psicopatológicos concomitantes tem grande importância do ponto de vista prognóstico e terapêutico. Por exemplo, um paciente que preencha apenas critérios para a esquizofrenia paranóide poderá apresentar evolução clínica e requerer medidas terapêuticas bastantes distintas de um outro que, além de receber este diagnóstico, também preencha critérios para Dependência do álcool e Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável [Tipo Borderline]. Será sempre útil, no caso de mais de um

diagnóstico, que se assinale em primeiro lugar aquele considerado de maior relevância clínica ou, na dúvida, pela ordem em que aparecem ao longo da classificação.”

Nesse aspecto, o DSM-IV apresentou o sistema multiaxial, que complementa e torna mais precisa a visão de conjunto.

Segundo Sartorius (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993), converter critérios diagnósticos em algoritmos diagnósticos incorporados em instrumentos de avaliação foi útil para revelar inconsistências, ambigüidades e sobreposições e permitir sua remoção.

1.5 Histórico conforme o prefácio da atual Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10

“A idealização da classificação atual dos transtornos mentais remonta à década de 1960, quando o programa de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) tornou-se empenhado num programa para melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais. A OMS naquela época

convocou uma série de encontros para rever o conhecimento, envolvendo ativamente representantes de diferentes disciplinas, várias escolas de pensamento em psiquiatria e todas as partes do mundo no programa. Estimulou e conduziu pesquisa sobre critérios para a classificação e a confiabilidade de diagnóstico, produziu e estabeleceu procedimentos para a avaliação conjunta de entrevistas gravadas em vídeo e outros métodos úteis em pesquisa”.

A pesquisa dos critérios, realizada em âmbito internacional, procura garantir a homogeneização dos dados colhidos bem como evitar o predomínio de correntes dogmáticas ou regionalismos que possam ocorrer na classificação de transtornos.

“Numerosas propostas para melhorar a classificação de transtornos mentais resultaram do extenso processo de consulta e essas foram usadas no rascunho da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8). Um glossário definindo cada categoria de transtorno mental na CID-8 foi também desenvolvido. As atividades do programa também resultaram no estabelecimento de uma rede de indivíduos e centros que continuaram a trabalhar em temas relacionados ao melhoramento da classificação psiquiátrica”.

As classificações anteriores representam uma tentativa inicial de sistematização, porém obviamente mais limitadas, como se verifica pela menor sistematização. Por exemplo, enquanto a CID-10 apresenta 100 dígitos

explicativos, a sua versão anterior apresenta apenas trinta, e não possui o mesmo padrão de sub-dígitos especificadores da classificação atual.

“A década de 70 assistiu ao crescimento mais extenso do interesse em melhorar a classificação psiquiátrica por todo o mundo. A expansão de contatos internacionais, a realização de vários estudos colaborativos internacionais e a disponibilidade de novos tratamentos, tudo contribuiu para esta tendência. Várias associações psiquiátricas nacionais encorajaram o desenvolvimento de critérios específicos para classificação, com o intuito de melhorar a fidedignidade diagnóstica. Em particular, a Associação Psiquiátrica Americana desenvolveu e promulgou sua Terceira Revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística, a qual incorporou critérios operacionais em seu sistema de classificação.”

Esta revisão corresponde ao DSM-III-R, classificação norte-americana que representa o pilar básico para o desenvolvimento da classificação de transtornos mentais da CID-10.

“Em 1978, a OMS entrou em um projeto colaborativo a longo prazo com a Administração de Saúde Mental e Abuso de Álcool e Drogas (ASMAAD) nos EUA, visando facilitar melhoramentos ulteriores na classificação e no diagnóstico de transtornos mentais e problemas relacionados a álcool e drogas. Uma série de seminários uniu cientistas de muitas tradições psiquiátricas e culturas diferentes, revisou conhecimentos em áreas específicas e desenvolveu recomendações para pesquisa futura. Uma grande conferência internacional

em classificação e diagnóstico foi realizada em Copenhague, Dinamarca, em 1982, para rever as recomendações provenientes destes seminários e para esboçar uma agenda de pesquisa e diretrizes para trabalho futuro.

Vários esforços importantes de pesquisa foram empreendidos para implementar as recomendações da conferência de Copenhague. Um deles, envolvendo centros em 17 países, teve como seu objetivo o desenvolvimento da Entrevista Diagnóstica Internacional Composta, um instrumento adequado para conduzir estudos epidemiológicos de transtornos mentais em grupos da população geral em diferentes países (O Exame Internacional de Transtorno de Personalidade).

A classificação de transtornos de personalidade na CID-10 tem importância do ponto de vista psiquiátrico e jurídico, e possui um bloco específico (F60-F69) que será discutido na terceira seção deste estudo.

“Em adição, vários léxicos foram ou estão sendo preparados para prover definições claras de termos. Um relacionamento mutuamente benéfico evoluiu entre esses projetos e o trabalho em definições de transtornos mentais e de comportamento na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10)”.

2. Apresentação da estrutura geral da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10

Na classificação, deve corresponder a cada patologia um código numérico específico. Este código segue o seguinte modelo:

Fxx.xx

Onde x corresponde a um especificador numérico. O primeiro especificador x logo após a letra F corresponde ao grupo principal de patologias psiquiátricas onde a doença se enquadra. O segundo especificador torna possível um diagnóstico mais específico entre as patologias encontradas no grupo, e os próximos especificadores, que não serão usados necessariamente, definirão subtipos diagnósticos e características particulares do quadro.

Por exemplo:

F60.31

Neste caso o primeiro dígito especificador (6) corresponde ao grupo principal dos Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos. O segundo dígito (0) , associado ao primeiro (F60) representa os transtornos específicos

de personalidade, que estão contidos nos transtornos de personalidade e comportamento em adultos. O terceiro dígito (3) associa-se aos dois primeiros (F60.3) representando o transtorno de personalidade emocionalmente instável; e, finalmente o quarto dígito (1) associa-se com os três primeiros (F60.31) para codificar o Transtorno de personalidade emocionalmente instável, Tipo Borderline (limítrofe).

As subdivisões do primeiro dígito são as seguintes:

- 0 – Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos
- 1 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa
- 2 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes
- 3 – Transtornos do humor (afetivos)
- 4 – Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes
- 5 – Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos
- 6 – Transtorno de personalidade e de comportamento em adultos
- 7 – Retardo mental
- 8 – Transtornos do desenvolvimento psicológico
- 9 – Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência

As subdivisões do segundo dígito são as seguintes:

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F00 Demência na doença de Alzheimer

F01 Demência vascular

F02 Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F03 Demência não especificada

F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F05 Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física

F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos

F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis

F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F20 Esquizofrenia

F21 Transtorno esquizotípico

F22 Transtornos delirantes persistentes

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

F24 Transtorno delirante induzido

F25 Transtornos esquizoafetivos

F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

F29 Psicose não-orgânica não especificada

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

F30 Episódio maníaco

F31 Transtorno afetivo bipolar

F32 Episódios depressivos

F33 Transtorno depressivo recorrente

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

F38 Outros transtornos do humor [afetivos]

F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

F40 Transtornos fóbico-ansiosos

F41 Outros transtornos ansiosos

F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

F44 Transtornos dissociativos [de conversão]

F45 Transtornos somatoformes

F48 Outros transtornos neuróticos

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F50 Transtornos da alimentação

F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte

F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte

F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F60 Transtornos específicos da personalidade

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F64 Transtornos da identidade sexual

F65 Transtornos da preferência sexual

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 Transtornos hipercinéticos

F91 Distúrbios de conduta

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

F95 Tiques

F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

F99 Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental não especificado em outra parte

3. Apresentação da estrutura geral da CID-10

O primeiro bloco apresentado (0, de F00 a F09) corresponde a transtornos essencialmente orgânicos, e o segundo faz referência a transtornos decorrentes da dependência de substâncias psicoativas.

Verifica-se que ao longo da divisão em blocos da CID-10, algumas características comuns dos transtornos são agrupadas próximas umas as outras. Neste caso inicial, pode-se notar a proximidade entre transtornos com causas consideradas exógenas – geralmente nestas, o paciente é acometido por uma doença que vem a causar uma disfunção cerebral, responsável pela sintomatologia de ordem psiquiátrica. No caso dos transtornos induzidos por substância psicoativa, também podem-se observar padrões de lesão cerebral com o uso contínuo de determinadas substâncias. No entanto, a distinção básica entre os dois grupos, F0 e F1, é a ocorrência ou não de fenômenos como dependência e tolerância ao uso de certas substâncias, já que se torna

mais prático classificar os transtornos com este tipo de ocorrência em um único grupo.

Conforme salientado pela introdução do bloco F0 (OMS, 1993):

“Transtornos cerebrais causados por álcool e drogas, embora logicamente pertencentes a este grupo, são classificados sob F10-F19, devido a vantagens práticas em se manter todos os transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa em um único bloco”.

Na seqüência classificam-se em F2 as psicoses relacionadas à esquizofrenia, e, logo depois, em F3, os transtornos relacionados ao humor. Este agrupamento (F2+F3) pode ser relacionado às primeiras classificações realizadas por Kraepelin (CERTCOV, 1985), autor que *classificou* os transtornos com base em curso periódico ou episódico, prognóstico, e história familiar de quadros homólogos (componente endógeno). Assim, estes dois grupos podem ser relacionados às psicoses endógenas de Kraepelin, mais especificamente a demência precoce (denominação do autor para a esquizofrenia) que representaria o bloco F2, e a psicose maníaco-depressiva, que representaria o bloco F3, dos transtornos de humor. (CERTCOV, 1985).

Em F4 encontram-se os transtornos neuróticos, de estresse e somatoformes. Quanto ao emprego do termo ‘neurose’, a CID10 (OMS, 1993) descreve:

“A divisão tradicional entre neurose e psicose que era evidente na CID-9 (ainda que deliberadamente deixada sem qualquer tentativa de definir esses conceitos) não tem sido usada na CID-10. Contudo, o termo “neurótico” ainda é mantido para uso ocasional e é encontrado, por exemplo, no título de um grupo maior ou bloco de transtornos, F40-F48, Transtornos neuróticos, relacionados

ao estresse e somatoformes. Exceto pela neurose depressiva, a maioria dos transtornos considerados como neuroses por aqueles que usam o conceito são encontrados nesse bloco e os restantes estão nos blocos subsequentes. Ao invés de seguir a dicotomia neurótico-psicótico, os transtornos são agora arranjados em grupos de acordo com os principais temas comuns ou semelhanças descritivas(...)"

Neste trecho verifica-se a preocupação dos autores da classificação em não ser voltada a conceitos doutrinários, como o que pode ocorrer com o uso do termo "neurose", cunhado por William Cullen, médico escocês em 1769, mas que teve seu uso mais amplo nas escolas psicanalíticas de Freud e Jung.

De qualquer modo, o fato é que a separação entre neurose e psicose na classificação permanece, de maneira implícita, na divisão dos blocos principais de transtornos, embora seus autores afirmem não mais seguir esta dicotomia.

Logo em seguida, o bloco F5 da classificação apresenta Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos, grupo de transtornos não de todo compreendidos, mas que guardam certa relação com os transtornos ansiosos e possivelmente podem ser enquadrados no termo "neurose", daí sua proximidade na classificação com o grupo anterior.

A partir do bloco F6 são apresentadas condições que fazem parte do desenvolvimento do indivíduo. No bloco F06 isto corresponde aos transtornos específicos de personalidade. Estes podem ser considerados exógenos em algumas situações e endógenos em outras, como descrito na introdução (OMS, 1993):

“Algumas dessas condições e padrões de comportamento surgem precocemente no curso do desenvolvimento individual, como um resultado tanto de fatores constitucionais como da experiência social, enquanto outros são adquiridos mais tarde na vida”.

Em F7, apresenta-se a seção correspondente ao retardo mental, que se associa ao bloco anterior, no sentido de ser um grupo relacionado ao desenvolvimento do indivíduo.

O grupo F8 também relaciona-se ao desenvolvimento. No caso, é descrito como Transtornos do desenvolvimento psicológico e apresenta transtornos relacionados à sub-disciplina da psiquiatria infantil. Semelhante a este bloco é o bloco F9 que apresenta transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência. A este bloco correspondem os subdígito de F90 a F98, sendo que F99 na classificação corresponde à categoria transtorno mental não especificado, cujo uso não é recomendado, a não ser que critérios preenchidos nos outros blocos descritos não possam ser empregados.

4. Análise dos blocos ou categorias gerais

O primeiro bloco encontrado em F00-F09 corresponde aos Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos. Para que um dado transtorno seja incluído nessa categoria, é necessário que o mesmo tenha uma etiologia

demonstrável de doença ou lesão cerebral, ou outra afecção que leve a uma disfunção cerebral. Segundo a CID-10 (OMS, 1993):

“A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e afecções que afetam o cérebro direta ou preferencialmente; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro somente como um dos múltiplos órgãos ou sistemas corporais envolvidos. Transtornos cerebrais causados por álcool e drogas, embora logicamente pertencentes a este grupo, são classificados sob F10 a F19, devido a vantagens práticas em se manter todos os transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa em um único bloco.”

Neste trecho nota-se a preocupação em classificar separadamente os transtornos causados por álcool e drogas devido à praticidade destes ocuparem sua própria categoria, portanto abre-se uma exceção já que estes transtornos seriam adequados ao bloco encontrado em F00-F09.

“O uso do termo “orgânico” não implica que condições incluídas em outros blocos desta classificação sejam “não orgânicas”, no sentido de não terem um substrato cerebral. No presente contexto, o termo orgânico significa simplesmente que a síndrome assim classificada pode ser atribuída a uma doença ou transtorno cerebral ou sistêmico, independentemente diagnosticável.”

Uma ressalva que explica de que forma esta subdivisão considera o termo orgânico, possibilitando a existência de afecções sem um substrato cerebral,

mas que necessariamente tem um envolvimento com uma doença ou transtorno sistêmico, diagnosticado paralelamente.

“Decorre do que foi dito acima que, na maioria dos casos, o registro de um diagnóstico de qualquer um dos transtornos neste bloco vai exigir o uso de dois códigos: um para a síndrome psicopatológica e outro para o transtorno subjacente. O código etiológico deve ser escolhido do capítulo pertinente da classificação global da CID-10”.

Portanto um único diagnóstico entre F00-F09 não é suficiente, fazendo-se necessária a inclusão do transtorno envolvido, responsável pela codificação no grupo F00-F09.

No segundo bloco F10-F19 encontram-se os Transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Este bloco, como já mencionado, apresenta transtornos que poderiam ser adequados aos transtornos encontrados em F00-F09 mas isto não foi realizado devido á praticidade de organizar transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas em um único grupo. Encontra-se na introdução do bloco da CID-10 (OMS, 1993):

“A substância envolvida é indicada por meio do segundo e terceiro caracteres (isto é, os primeiros dois dígitos depois da letra F) e o quarto e quinto caracteres especificam os estados clínicos. Para economizar espaço, todas as substâncias psicoativas são listadas primeiro, seguidas pelos códigos de quatro caracteres; estes devem ser usados, quando necessários, para cada

substância especificada, porém deve-se notar que nem todos os códigos de quatro caracteres são aplicáveis a todas as substâncias.”

As subdivisões citadas permitem especificar características do uso de substâncias. Por exemplo, F1x.0 corresponde a uma intoxicação aguda, e a subdivisão F1x.05 corresponde à intoxicação aguda com coma.

F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes

Conforme a classificação, a esquizofrenia é o transtorno fundamental no bloco F20-F29 e os outros diagnósticos podem ser relacionados a ela direta ou indiretamente. Implicitamente, pode-se verificar a influência da classificação de Kraepelin com suas divisões entre a Demência Precoce, correspondente à esquizofrenia, e à Psicose Maníaco-Depressiva, correspondente aos transtornos afetivos/ transtorno bipolar. Também neste bloco pode-se verificar que a maioria dos critérios empregados segue um modelo descritivo qualitativo, contrastando com os critérios empregados para descrever o próximo bloco. Isto significa que há uma tentativa de se explicar a sintomatologia das patologias deste grupo, o que somente é possível com a contribuição implícita dos autores antigos, por exemplo Bleuler com suas definições para a esquizofrenia e Jaspers definindo os princípios de organicidade dos transtornos; bem como sua influência na definição de delírio, entre outros.

Critérios descritos por Schneider também fazem parte da classificação neste bloco, que cita a percepção delirante descrita pelo autor como sintomas que podem permitir o diagnóstico do processo esquizofrênico.

Como descreve a classificação de transtornos mentais da CID-10(OMS, 1993),

“Embora nenhum sintoma estritamente patognomônico possa ser identificado, para fins práticos é útil dividir os sintomas acima em grupos que têm importância especial para o diagnóstico e freqüentemente ocorrem juntos, tais como (...)”

Anunciam-se assim os blocos de sintomas que servirão como base para o diagnóstico da esquizofrenia, alguns suficientes isoladamente para o diagnóstico:

- Eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento;

- Delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações, percepção delirante;

- Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;

- Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas, por exemplo ser capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com alienígenas.

Cada um destes critérios é suficiente para realizar o diagnóstico de esquizofrenia segundo a CID-10, sendo que outros sintomas como discurso

incoerente, neologismos, sintomas negativos, flexibilidade cérea, alucinações com idéias sobrevaloradas, retraimento social, etc. são complementares, necessitando estar presentes simultaneamente para que se realize o diagnóstico.

Em seguida, a classificação convencionada um período maior ou igual a um mês para a ocorrência dos sintomas e realização do diagnóstico, critério quantitativo com fins de separar os diagnósticos e realizar uma distinção entre transtorno psicótico (F23) e esquizofrenia (F20) baseado na duração dos sintomas.

Apesar deste modo de distinguir as duas entidades ser bastante simples, os autores da classificação consideraram este critério adequado aos fins descritivos da classificação já que para realizar uma distinção mais acurada inevitavelmente teriam que aludir a autores tradicionais e descrições bastante detalhadas para distinguir os dois grupos.

Após a descrição da esquizofrenia (F20) encontra-se o transtorno esquizotípico (F21), que conforme citado apenas encontra-se neste bloco devido à semelhança com a esquizofrenia. Além disso, cita-se que ocasionalmente tal transtorno pode evoluir para a esquizofrenia franca, além de um certo envolvimento em indivíduos geneticamente aparentados com esquizofrênicos. Em seguida encontram-se os transtornos delirantes, caracterizados pela manifestação de delírios isolados, e em seguida os transtornos psicóticos, episódios com teor semelhante ao da esquizofrenia mas de caráter agudo e transitório.

Os transtornos esquizoafetivos (F25) conforme a própria CID-10 descreve, possuem uma natureza controversa porém foram mantidos neste bloco, não

havendo uma explicação muito detalhada a respeito desta decisão dos organizadores.

Em seguida (F30-F39) são apresentados os transtornos afetivos ou do humor. São apresentados preferencialmente com base em critérios descritivos quantitativos como tempo de duração dos sintomas e presença de grupos de sintomas determinados para que o diagnóstico seja estabelecido. Apresenta a herança implícita de autores tradicionais como Schneider, envolvendo conceitos como o da ciclotimia, e Leonhard com sua contribuição referente às formas mistas dos transtornos do humor, notadamente o transtorno afetivo bipolar. Na introdução ao bloco da classificação(OMS, 1993)

encontra-se:

“A relação entre etiologia, sintomas, processos bioquímicos subjacentes, resposta ao tratamento e evolução dos transtornos do humor ainda não é suficientemente bem compreendida para permitir sua classificação de forma a receber a aprovação universal (...)”

Portanto os autores compreendem a dificuldade de se realizar tais divisões, e afirmam que esta é uma tentativa de se criar algo relativamente aceitável neste sentido, a partir de pesquisas e estudos realizados, porém sujeitos a mudanças que tornem as divisões criadas mais aceitáveis no futuro.

“Os principais critérios pelos quais os transtornos afetivos tem sido classificados foram escolhidos por razões práticas, de maneira que eles permitam que transtornos clínicos comuns sejam facilmente identificados.

Episódios únicos foram distinguidos de transtornos bipolares e de outros transtornos de episódios múltiplos, porque proporções substanciais de pacientes têm somente um episódio de doença e é dada proeminência à gravidade por causa das implicações para o tratamento e para a oferta de diferentes níveis de serviços(...)"

Portanto características como presença de um ou mais episódios foram levadas em conta, bem como a gravidade do quadro, por razões envolvendo a praticidade do diagnóstico, ainda que haja uma grande dificuldade para se firmar características universais que possam diferenciar os diferentes tipos de transtornos. Assim, existem os episódios isolados, como por exemplo o episódio depressivo (F32) e o episódio maníaco (F30), e o transtorno afetivo bipolar (F31) que engloba vários episódios ao longo da vida. A diferenciação com relação à intensidade dos sintomas pode ser verificada em blocos como o F32 (episódio depressivo), que é subdividido em episódio leve (F32.0), moderado (F32.1) e grave (F32.3), com base preferencialmente em critérios quantitativos como tempo de duração de sintomas.

O próximo bloco (F40-F49) descreve os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. É apresentado logo após os transtornos afetivos talvez pelo seu freqüente envolvimento com estes. O termo neurose é mencionado na classificação para orientar profissionais que já estejam familiarizados com ele, porém não é intenção da classificação preservar esta denominação, que é apenas citada por motivos práticos:

“Os transtornos neuróticos, relacionados a estresse e somatoformes foram colocados juntos em um grande grupo global devido à sua associação histórica ao conceito de neurose e à associação de uma substancial, embora incerta, proporção desses transtornos à causação psicológica. Como ressaltado na introdução geral a esta classificação, o conceito de neurose não foi conservado como um princípio organizador superior, mas tomou-se o cuidado de permitir a identificação fácil de transtornos que alguns usuários ainda possam, se desejarem, considerar como neuróticos em seu uso próprio do termo”

Os autores demonstram conhecimento de que algumas denominações ainda apresentam aceitação em certas escolas psiquiátricas ou psicanalíticas e pretendem com isto facilitar o emprego da classificação também por estes grupos, embora não considere estas denominações adequadas ao uso cotidiano.

Em primeiro lugar são descritos transtornos fóbico-ansiosos (F40) , nos quais a ansiedade é gerada a partir de determinadas situações bem definidas que passam a ser evitados pelo paciente. Inclui a agorafobia, as fobias específicas e a fobia social. O restante é descrito em F41 (Outros transtornos de ansiedade):

“Manifestações de ansiedade são os sintomas principais desses transtornos e não estão restritas a qualquer situação ambiental em particular. Sintomas depressivos e obsessivos e mesmo alguns elementos de ansiedade fóbica

podem também estar presentes, desde que sejam claramente secundários ou menos graves.”

A esta descrição corresponde o transtorno de pânico (F41.0) e o transtorno de ansiedade generalizada (F41.1), além de outros transtornos e o transtorno misto de ansiedade e depressão, porém com presença controversa no bloco por sua própria definição, na qual nem ansiedade nem depressão deveriam predominar para que fosse firmado o diagnóstico.

No próximo grupo (F42) trata-se do transtorno obsessivo compulsivo, descrito separadamente provavelmente devido a descobertas que o relacionam a determinadas alterações cerebrais, diferentemente do que ocorre nos outros subgrupos. Em seguida (F43) são apresentados transtornos relacionados às reações a estresse e transtornos de ajustamento, cuja diferença com relação ao primeiro bloco descrito seria de que o transtorno surgiria após um evento de vida excepcionalmente estressante, porém com base em substrato genético de cada paciente, já que determinados eventos estressantes não produzem o mesmo transtorno em todos os pacientes que os vivenciam.

O subgrupo seguinte relaciona os transtornos dissociativos ou conversivos, relacionados geralmente ao termo histeria:

“Esses transtornos foram anteriormente classificados como tipos diversos de “histeria de conversão”, mas agora parece melhor evitar o termo “histeria” tanto quanto possível, em virtude de seus muitos e variados significados.(...) Conceitos derivados de qualquer teoria em particular, tais como “motivação

inconsciente” e “ganho secundário” não estão incluídos entre as diretrizes ou critérios para o diagnóstico.”

Novamente demonstra-se a preocupação da classificação em não seguir doutrinas, porém a necessidade de aludir a temas que ainda possuem aceitação no meio psiquiátrico. O termo “conversão” ainda é aceito, e representa que o “afeto desprazeroso produzido pelos problemas e conflitos que o paciente não pode resolver é de alguma forma transformado nos sintomas.”

Transtornos somatoformes são descritos logo em seguida (F45) e apresentam grande relação com os anteriores, porém neste caso as experiências frustrantes de vida levariam à produção de sintomas físicos que não podem ser justificados com base em investigações médicas ou resultados de exames. Neste caso o paciente também pode desenvolver certo histrionismo em relação aos sintomas que estaria apresentando, já que os repetidos exames e resultados negativos levam à sua incapacidade de persuadir as outras pessoas a respeito de suas queixas. Isto pode ser encontrado no transtorno hipocondríaco que também faz parte deste subgrupo.

O próximo bloco apresenta síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos (F50-F59). Este bloco apresenta relação com os transtornos ansiosos, daí sua proximidade ao grupo F40-F49, no entanto a sintomatologia somática é muito marcante, com a presença de alguns casos extremos em que o transtorno assume a gravidade necessária para uma nova codificação em transtorno delirante (F22). Compreende as

anorexias e a bulimia, cujas causas fundamentais permanecem obscuras. Segundo a CID-10(OMS, 1993):

“Embora as causas fundamentais da anorexia nervosa permaneçam imprecisas, há evidência crescente de que a interação sociocultural e fatores biológicos contribuem para sua causação, assim como mecanismos psicológicos menos específicos e uma vulnerabilidade de personalidade (...)”

Portanto este grupo compreende afecções que são relativamente intermediárias aos outros transtornos psiquiátricos, com componentes de diversas outros transtornos atuando de maneira incerta. Talvez este seja um dos motivos pelo qual este grupo ocupe um bloco intermediário ao longo da classificação.

Outros transtornos que fazem parte deste bloco são os transtornos de sono, transtornos relacionados a disfunção sexual não causados por transtorno orgânico, e transtornos mentais associados ao puerpério.

O próximo grupo, F60 a F69, relaciona transtornos de personalidade e de comportamento em adultos. Possui grande influência da classificação norte-americana DSM-3R e tem a sua presença assegurada para a resolução de questões jurídicas ou relacionadas à psiquiatria forense.

Num primeiro subgrupo são descritos transtornos de personalidade mais próximos da psicose. São eles o Transtorno de personalidade paranóide (F60.0) e transtorno de personalidade esquizóide (F60.1). Em seguida há uma descrição de transtornos relacionados à falta de controle dos impulsos: Transtorno de personalidade emocionalmente instável (F60.3), inclui

personalidades impulsivas e *borderline* . Também inclui o transtorno de personalidade histriônica e anti-social, que de alguma forma também estão relacionados à falta de controle dos impulsos.

Em seguida descreve-se um grupo semelhante às neuroses, com alterações de personalidade após experiências catastróficas e outras (F62). O subgrupo seguinte pode ser correlacionado ao espectro obsessivo-compulsivo e compõe os transtornos de hábitos e impulsos (F63), que inclui jogo patológico , piromania, cleptomania e outros.

Os subgrupos F64, F65 e F66 descrevem alterações de identidade e preferência sexual (parafilias), como transexualismo , transvestismo, fetichismo , voyeurismo, pedofilia e sadomasoquismo. Há certa influência política e psicanalítica para a existência deste subgrupo na classificação. Vale notar que homossexualidade e bissexualidade não são identificados como um transtorno , mas podem ser codificados como um quinto caractere complementar para o diagnóstico.

O grupo F70-F79 da classificação descreve o retardo mental. A introdução da CID-10 para este grupo descreve:

“(...) é uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente , a qual é especialmente caracterizada por comprometimento de habilidades manifestadas durante o período do desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais.”

Percebe-se que a CID-10 nota a importância da existência de uma alteração ao longo do desenvolvimento individual. No entanto, devido à necessidade intrínseca à classificação de apresentar critérios descritivos e padronizados, esta utiliza o teste de QI como parâmetro para diferenciar os diferentes graus de retardo mental, embora este teste esteja sujeito a erros na técnica de execução, alterações de nível cultural, ou ainda problemas do próprio teste que não o tornam um instrumento muito confiável para o diagnóstico, ainda que a classificação o aceite como parâmetro. Assim, divide-se o retardo mental em leve (F70), moderado (F71) e grave (F72) e há faixas esperadas para o QI correspondentes a cada diagnóstico. Existe uma descrição do desenvolvimento dos pacientes com retardo mental leve, moderado e grave mas aparentemente estas descrições são complementares e o diagnóstico da CID-10 depende da pontuação do teste de QI em suas diretrizes diagnósticas.

O próximo bloco F80-F89 discute transtornos do desenvolvimento psicológico. Este bloco possui influência marcante da psiquiatria infantil, daí as prováveis vantagens de se agrupar os transtornos relacionados à infância em um único bloco. São critérios para a ocorrência destes transtornos, segundo a CID-10(OMS, 1993):

- “ (a) um início que ocorre invariavelmente durante a infância
- (b) um comprometimento ou atraso no desenvolvimento de funções que são fortemente relacionadas à maturação biológica do sistema nervoso central e
- (c) um curso estável que não envolve as remissões e recaídas que tendem a ser características de muitos transtornos mentais. “

Na maioria dos casos há evidência presuntiva de um componente genético, porém fatores ambientais também podem aparentemente estar envolvidos, com a etiologia sendo desconhecida para a maioria dos transtornos discutidos no bloco.

O primeiro bloco discute transtornos do desenvolvimento da fala e linguagem, F80, e o seguinte transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares.

Em seguida são descritos transtornos que afetam a função motora. O Autismo é descrito no subgrupo F84 e suas características não se encaixam completamente nas diretrizes descritas acima para o grupo F80-F89, o que a classificação(OMS, 1993)

procura explicar da seguinte forma:

“ (...) Há transtornos que são definidos primariamente mais em termos de desvio do que de um atraso no desenvolvimento de funções; isto se aplica especialmente ao autismo. Os transtornos autistas são incluídos neste bloco porque, embora definidos em termos de desvio, um atraso de desenvolvimento de algum grau é quase invariável. Ademais, há coincidência com os outros transtornos do desenvolvimento em termos de ambos os aspectos de casos individuais e agrupamento familiar. “

Portanto os transtornos autistas fazem parte deste bloco por causa de suas semelhanças com outros transtornos do desenvolvimento e porque na maioria dos casos existe um certo atraso do desenvolvimento, por exemplo retardo

mental. Para formas distintas como na síndrome de Asperger na qual freqüentemente não há atraso no desenvolvimento global, verifica-se que estas não se enquadram adequadamente nos requisitos pré-determinados pela CID-10 para serem classificadas no bloco de F80 a F89.

No último bloco, F90 a F98, descrevem-se transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência. Aparentemente um apêndice da categoria anterior, apresentando transtornos da infância que não devem ser descritos em F80-F89 por não afetar o desenvolvimento global. Transtornos semelhantes aos de personalidade (F60-69) são descritos aqui, na seção referente a transtornos de conduta (F91, F92), além dos transtornos hipercinéticos (F90), transtornos envolvendo tiques (F95) e outros que não puderam ser classificados como tal e que comportam certa semelhança (F98), envolvendo enurese não-orgânica, encoprese, gagueira, transtornos de alimentação na infância, pica na infância, movimentos estereotipados, fala desordenada e outros.

Ao último item da classificação, F99, correspondem transtornos mentais não especificados. Este item não está presente em nenhum dos blocos e seu uso é reservado a ocasiões onde uma impressão diagnóstica não foi realizada, portanto seu uso não é geralmente recomendado pelos autores desta classificação.

5. Conclusão

Verifica-se ao longo da classificação o empenho dos autores em realizar uma padronização de inúmeros transtornos psiquiátricos a partir de critérios predominantemente descritivos, como por exemplo duração de sintomas, frequência de determinados sintomas, presença ou não de certos sintomas que permitem ou não o diagnóstico. Foi resultado de pesquisas que apresentaram resultados da mesma maneira descritivos, segundo um modelo epidemiológico de descrição, sistematização e quantificação de dados, e portanto este modelo predomina na classificação de transtornos mentais da CID-10.

Esta abordagem foi utilizada preferencialmente por suas vantagens práticas, pois permite a rápida idealização de uma classificação como a presente, com utilidade imediata para classificar os diferentes transtornos seguindo estes critérios.

No entanto, tal método apresenta falhas, que decorrem do fato da psiquiatria ser tema de grande profundidade, e em muitos casos dificuldade para o diagnóstico. É provavelmente uma das especialidades médicas que envolvem um maior número de temas subjetivos, necessitando da impressão geral do psiquiatra e seu conhecimento prévio de quadros e evolução de sintomas.

Muitas vezes a simples presença de determinados itens que possibilitam o diagnóstico da CID-10, portanto, não correspondem ao diagnóstico efetivo do paciente devido a certas particularidades de cada caso. Isto não significa que a classificação foi um esforço inútil de seus idealizadores, mas que deve ser

aprimorada e rever certos critérios diagnósticos que utiliza, talvez adicionando especificadores ou introduzindo descrições mais detalhadas. Uma das dificuldades inerentes ao projeto é a tentativa de evitar correntes doutrinárias dentro da psiquiatria, pois em alguns casos, uma descrição mais detalhada como a de autores tradicionais pode ser muito mais elucidativa para o diagnóstico do que a simples listagem de sintomas, ou duração de sintomas. É o caso da descrição da CID-10 para esquizofrenia que, enquanto possibilita o diagnóstico rápido e preciso seguindo seus critérios, não descreve adequadamente o quadro, sendo necessária a leitura complementar dos autores tradicionais a respeito do tema e observação de pacientes para se entender melhor a respeito do assunto.

A própria classificação reconhece a deficiência dos critérios para alguns blocos, que foram definidos com base nas necessidades de se haver um diagnóstico determinado. É o caso das gradações realizadas para os transtornos afetivos, por exemplo, as divisões do transtorno depressivo em quadros leves, moderados, e graves, baseadas principalmente em critérios quantitativos bastante simples. Em outros blocos enfatiza critérios que não deveriam ocupar o destaque apresentado: é o caso dos transtornos relacionados ao retardo mental, onde o resultado do teste de QI é apresentado como diretriz diagnóstica para as diferentes gradações do quadro, em detrimento de uma análise mais detalhada a respeito do desenvolvimento global do indivíduo.

A classificação em blocos também não possibilitou o encaixe adequado de alguns transtornos. É o caso do transtorno esquizoafetivo, que, por definição, não poderia fazer parte nem do grupo das esquizofrenias, nem do grupo dos

transtornos afetivos, tendo sido no entanto colocado no primeiro grupo. A síndrome de Asperger foi colocada em um grupo cujo pré-requisito são alterações globais do desenvolvimento, sendo que a maior parte dos pacientes não os apresenta.

Portanto, a classificação representa a possibilidade de sistematizar os diferentes diagnósticos em psiquiatria, mas apresenta imprecisões e deve ser aprimorada; talvez minimizar a presença de critérios quantitativos e a apresentação de descrições mais detalhadas seja necessário para a evolução de suas próximas edições.

6. Bibliografia

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993

JASPERS, K: Psicopatología General. México, DF, Fondo de Cultura Económica, 1993

SCHNEIDER, K: Psicopatologia Clínica. São Paulo, Mestre Jou, 1968

MIRANDA-SÁ JR. L. S. de: O Diagnóstico Psiquiátrico. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1993 (Sinopse de Psiquiatria)

GELDER, M; GATH, D & MAYOU, R – Concise Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford, New York, Tokyo, Oxford University Press, 1994 [Chapter three]

CERTCOV, D: Psicopatología general dialéctica. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1985 Cap.3, pg 105 [Classif. De Kraepelin de 1906]