

# O uso de droga no dsm: uma revisão histórica

## The use of drugs in dsm: a historical review

---

Claudia Ciribelli<sup>1</sup>  
UERJ

**Resumo:** O presente trabalho visa percorrer as alterações realizadas no Manual diagnóstico e estatístico (DSM), desde sua primeira publicação em 1952 até as tendências para sua quinta edição, cuja publicação está prevista para o ano de 2013. Buscar-se-á identificar as principais transformações ocorridas ao longo do tempo e, como objeto privilegiado de análise, como o uso de droga foi abordado nesse processo. O Manual é aqui entendido como um recurso, um instrumento de análise, acreditando-se poder encontrar nele, de maneira condensada, os princípios norteadores do campo psiquiátrico da época em que foi produzido. Dessa forma, o objetivo do trabalho ultrapassa a investigação do Manual e estende-se à reflexão sobre as transformações da própria Psiquiatria, e suas repercussões no que se refere à compreensão e intervenção sobre o uso de droga.

**Palavras-chave:** uso de droga, DSM, revisão.

**Abstract:** This work aims at following changes made to the Diagnostic and Statistical Manual (DSM), since its first publication in 1952 until the trends for its fifth edition, which is to be released in 2013. The intention is to identify the main changes over time and, as a privileged object of analysis, how drug use was addressed in this process. The Manual is here understood as a resource, a tool of analysis, in which it is believed to be condensed the guiding principles of the psychiatric field at the moment it was produced. Thus, the objective of this research goes beyond the Manual and extends to the reflection on the transformation of Psychiatry itself, and its implications with regard to understanding and intervention on drug use.

**Keywords:** drug use, DSM, review.

### Introdução

Os esforços para a construção de uma nomenclatura compartilhada de doenças em todo o território americano iniciou-se em 1927. Porém, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) – então chamada Associação Americana Médico-Psicológica – já havia introduzido uma classificação de transtornos mentais cerca de dez anos antes, inicialmente com o propósito de investigação estatística. Desde então a APA passou a se encarregar de publicações futuras, que passaram a ser chamadas de *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, ou apenas DSM (mantendo-se a sigla em inglês), ampliando o objetivo inicial ao incluir também a função do diagnóstico já

---

<sup>1</sup> Mestranda no Instituto de Medicina Social (UERJ), graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Psicanalista. Lattes de [Claudia Ciribelli](#). E-mail: [claudiaciribelli@yahoo.com.br](mailto:claudiaciribelli@yahoo.com.br).

no título da publicação (American Psychiatric Association [APA], 1952).<sup>2</sup> Estes manuais são alternativas às diferentes edições da *Classificação Internacional de Doenças*, a CID, produzida pela Organização Mundial de Saúde, cujo objetivo ultrapassa o do DSM, pois constitui uma classificação de todas as doenças. Assim, os transtornos mentais representam apenas um subconjunto desse todo, enquanto o DSM trata especificamente dessa esfera. O primeiro DSM é uma alternativa à CID-6, que pela primeira vez introduziu uma seção para os transtornos mentais. Até o presente momento foram publicadas seis versões do manual: DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000). A próxima edição é prevista para o ano de 2013 e, desde já, vem gerando muitas controvérsias. Far-se-á aqui um percurso por todas as versões do manual, observando suas transformações de maneira geral e, especificamente, como o uso de droga foi abordado por elas ao longo das últimas décadas.

### Os primeiros manuais: DSM-I (1952) e DSM-II (1968)

Na primeira versão do DSM, publicado em 1952, as *adicções* (divididas em *alcoolismo* e *drogadicção*) aparecem no conjunto dos *transtornos de personalidade* – mais especificamente no subconjunto de *distúrbios de personalidade sociopáticas* – juntamente com as categorias de *resposta antissocial* (antiga personalidade psicopática), *resposta dissocial* e *desvio sexual*.<sup>3</sup> Sobre esse assunto, recorremos a Russo e Venancio (2006), que falam sobre como os chamados transtornos de personalidade eram “terras de ninguém” (p. 469), pois tratava-se de distúrbios que não eram propriamente físicos nem psíquicos, mas morais, e por isso desafiavam tanto psiquiatras fisicalistas quanto psicanalistas, que acabaram por desconsiderar esse grupo.

Como ressalta o Manual, o caráter patológico da categoria de distúrbio de personalidade sociopática estava primariamente relacionado com a não conformidade com a sociedade e a cultura, e não apenas a qualquer tipo de mal-estar pessoal ou problemas no relacionamento interpessoal. Os transtornos pertencentes a este grupo seriam, frequentemente, sintomas de outros transtornos, e por isso dever-se-ia investigar essa possibilidade.

O DSM-II tem como contraponto a CID-8, publicada em 1965, sendo que a parte destinada ao uso de droga não difere de uma classificação para a outra. As *adicções* são agora separadas em *alcoolismo* e *dependência de drogas*, e permanecem alocadas no grupo dos *transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos*. Contudo, a configuração desse grupo sofre importante transformação em relação ao

---

<sup>2</sup> É válido ressaltar a importância das modificações ocorridas na classificação psiquiátrica em virtude dos transtornos relacionados às experiências da guerra. Cerca de 90% dos casos não se enquadravam na classificação previamente existente, o que estimulou a proliferação de novas categorias (APA, 1952). Por isso, o primeiro DSM tenta resolver o problema dessa multiplicidade não sistemática que emergiu com as experiências da guerra.

<sup>3</sup> Segundo consta na terceira edição do DSM, o uso do termo “reaction”, que traduzimos aqui por “resposta”, refletia a influência da visão psicobiológica de Adolf Meyer, segundo a qual os transtornos mentais são respostas da personalidade para fatores psicológicos, sociais e biológicos (APA, 1980, p. 1).

grupo de transtornos de personalidade da primeira edição: passam a compô-lo como subgrupos os *transtornos de personalidade*, os *desvios sexuais*, o *alcoolismo* e a *dependência de drogas*, cada um com várias especificações. Isso implica que os desvios sexuais, o alcoolismo e a dependência de drogas começam a se dissociar de uma categoria maior, no sentido de uma autonomização da patologia, deixando de serem subdivisões para possuírem suas próprias subdivisões.

O alcoolismo é subdividido em: excesso alcoólico episódico; excessos alcoólicos habituais; dependência do álcool; e outras formas de alcoolismo, ou não especificadas. Já a dependência de drogas é subdividida segundo a substância, e não segundo o padrão de consumo. Estão explicitamente excluídos dessa classificação, segundo o texto do Manual, os usos de álcool, tabaco e bebidas que contém cafeína, além do uso de medicamentos, desde que estes sejam devidamente prescritos e que se respeite a dosagem indicada.

No DSM-II aparecem as primeiras tentativas de estabelecer parâmetros para a classificação de um indivíduo nas diferentes categorias, ainda que alguns desses parâmetros sejam abstratos ou incipientes. Para que se possa afirmar trata-se de um caso de alcoolismo, por exemplo, é preciso que haja prejuízo para a saúde física ou para o funcionamento pessoal ou social, ou que a bebida seja pré-requisito para o funcionamento normal do indivíduo. Enquanto tais critérios são claramente subjetivos, a divisão dos três tipos especificados de alcoolismo pretende fornecer parâmetros objetivos para sua classificação: para o excesso alcoólico episódico, bastam quatro intoxicações ao ano, e para excessos alcoólicos habituais, mais de doze intoxicações ao ano, ou mais de um uso semanal (mesmo que não caracterize intoxicação). Já o diagnóstico de dependência é menos claro. Afirma-se como principal indício do quadro a presença de sintomas de abstinência e a incapacidade de ficar um dia sem beber. Ainda, presume-se o estabelecimento do vício caso o comportamento de beber muito (*heavy drinking*) perdure pelo período de três meses ou mais.

O mesmo intento, isto é, a objetivação dos critérios diagnósticos, não está presente na explanação sobre a dependência de drogas. Ou seja, no caso do álcool, há um esforço em estabelecer o que seria uma quantidade aceitável e o que caracterizaria excesso para determinar os parâmetros de normalidade, o que não acontece no caso das demais substâncias. Para o diagnóstico de dependência de drogas deve-se constatar o uso habitual (não especificado) ou a presença do sentimento de necessidade da droga. A verificação da ocorrência de sintomas de abstinência não se faz tão importante, já que se acreditava que algumas drogas, como a maconha e a cocaína, podem não causar nenhum sintoma quando suprimido seu uso.

De forma geral, apesar das diferenças acima apresentadas, a evolução do primeiro para o segundo DSM não representou uma ruptura significativa nas concepções dominantes no campo. Ambos são profundamente marcados pela influência da psicanálise, o segundo de maneira ainda mais evidente (Russo & Venancio, 2006). Como veremos adiante, essa tendência foi profundamente abalada a partir da terceira revisão.

Segundo Russo e Venancio (2006), até aquele momento poder-se-ia falar da hegemonia de vertentes não-fisicalistas, isto é, que não compreendem os aspectos

mentais e afetivos pela análise de sua realidade física, orgânica, concreta. Essas vertentes seriam a psicanálise e a antipsiquiatria. A primeira, fornecendo uma compreensão predominantemente psicológica, e a segunda, uma visão psico-política-social.

Contudo, nas décadas de cinquenta e sessenta, ao mesmo tempo em que se assistia ao triunfo das ideias propagadas por essas duas vertentes, acontecia o que Russo e Venancio (2006) chamam de uma “revolução silenciosa” no desenvolvimento psicofarmacológico. Se as novas descobertas medicamentosas, no princípio, se articularam bem às tendências psicanalíticas e antipsiquiátricas no campo da psiquiatria, a partir da década de setenta esse cenário apresentou rupturas radicais com o contexto no qual foram produzidas as duas primeiras edições do DSM. O que se verificou, a partir de então, foi a ascensão gradual da psiquiatria biológica emergindo como vertente dominante no campo da psiquiatria. Russo e Venancio (2006) explicam esse processo de “re-medicalização” da psiquiatria através da luta travada contra a psicanálise por parte dos “psiquiatras biológicos”, que criticavam a falta de rigor científico da vertente psicanalítica, aliados aos “psiquiatras da antipsiquiatria”, os quais por sua vez se opunham à psicanálise por considerarem que a mesma “psicologizava” questões de ordem social. Apesar de essa aliança ter sido bem sucedida em seu propósito de enfraquecer a influência psicanalítica, os resultados parecem ter sido mais favoráveis para a psiquiatria biológica do que para a psiquiatria progressista.

### **O DSM-III (1980) e a “revolução terminológica”**

O terceiro DSM, publicado em 1980, promoveu profundas transformações em relação à edição anterior. É a primeira versão que insere um sistema de eixos de investigação (multiaxial), cujo principal objetivo é esgotar ao máximo a análise do quadro clínico do indivíduo. Os eixos I e II abordam os transtornos mentais, o eixo III trata de condições físicas, e os eixos IV e V retratam a severidade dos fatores psicossociais estressores e o acompanhamento do funcionamento global. É a proposta de um modelo de investigação biopsicossocial.

Esta edição se propõe a ser ateórica, isto é, procura não privilegiar nenhuma abordagem específica em relação à etiologia dos transtornos. Para os autores do Manual, a inclusão de diferentes teorias sobre a etiologia dos transtornos seria um obstáculo para o compartilhamento deste por profissionais de orientações diversas. Por isso, optou-se por uma abordagem apenas descritiva. Dessa maneira, por exemplo, tentou-se suprimir o viés psicanalítico da compreensão da neurose presente na revisão anterior, enfatizando-se que ela deveria ser entendida somente em seu processo descritivo, sem nenhuma relação com a etiologia proposta por Freud. Essa nova característica, longe de ser uma mudança apenas terminológica ou estrutural, aponta para uma nova resposta a uma nova exigência da psiquiatria que ia se construindo. A este respeito, Russo e Venancio (2006) ressaltam que “sob a radical ruptura terminológica, portanto, encontrava-se a ruptura também radical com uma certa teoria sobre os transtornos mentais. O pressuposto empiricista implicado em uma posição ‘a-teórica’, e por isso

objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fiscalista da perturbação mental” (p. 465).

Outro aspecto interessante é o reconhecimento da dificuldade em operacionalizar o conceito de “transtorno mental”. Na tentativa de definir o termo, assume-se que:

No DSM-III, cada transtorno mental é conceituado como um comportamento clinicamente significativo, síndrome ou padrão psicológico que acomete um indivíduo e que é tipicamente associado à um sintoma doloroso (sofrimento) ou dano em uma ou mais áreas importantes do funcionamento (deficiência). Ainda, há uma suposição de que há uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica, e que o distúrbio não está somente na relação entre o indivíduo e a sociedade. (Quando o distúrbio é *limitado* ao conflito entre um indivíduo e a sociedade, isto pode representar desvio social, o qual pode ou não ser apropriado, mas não é em si um transtorno mental.) (APA, 1980, p.6).<sup>4</sup>

Contudo, o fato de não representar um transtorno em si não implica que um problema psicológico ou de comportamento não deva ser alvo de atenção e cuidado profissional. Tal afirmação é corroborada pela presença de uma seção reservada para condições não atribuídas a transtornos mentais.<sup>5</sup> Ainda, com o evidente aumento vertiginoso no número e abrangência dos transtornos mentais nessa edição do Manual, torna-se tarefa simples encontrar uma patologia que corresponda a quase qualquer comportamento “exótico”.

Outra característica importante que marca essa edição é a ênfase dada à distinção entre a classificação de doenças e de doentes: segundo os autores do Manual, não se trata de classificar indivíduos, mas tão somente as doenças. Por isso, adotam termos como “indivíduo com esquizofrenia” e “indivíduo com dependência de álcool” ao invés de “esquizofrênico” ou “alcooolista”. Com isso, assume-se a concepção de que, ao afirmar que doença é algo que se *tem*, e não algo que se *é*, o estigma produzido em relação a esses indivíduos seria menos impactante.

No que concerne ao uso de droga, o termo *transtornos relacionados ao uso de substâncias* substitui a dependência de droga. A explicação para a modificação do termo se dá pelo argumento de que “dependência” se referia tanto à dependência física quanto à dependência psicológica, enquanto no DSM-III o mesmo termo passa a se referir somente ao sentido fisiológico. Ele ainda passa a compor um grupo próprio, e não mais

---

<sup>4</sup> Tradução nossa. Grifo do autor. Dada a dificuldade de tradução de alguns termos, segue a versão original na íntegra: “In DSM-III each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in one or more important areas of functioning (disability). In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society. (When the disturbance is *limited* to a conflict between an individual and society, this may represent social deviance, which may or may not be commendable, but is not by itself a mental disorder.)”

<sup>5</sup> Essa seção inclui os seguintes casos: Malingering, Borderline intellectual functioning; Adult antisocial behavior; Childhood or adolescent antisocial behavior; Academic problem; Occupational problem; Uncomplicated bereavement; Noncompliance with medical treatment; Phase of life problem or other life circumstance problem; Marital problem; Parent-child problem; Other specified family circumstances; Other interpersonal problem.

um subgrupo dos *transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos*<sup>6</sup>.

O álcool – assim como o tabaco – passa a fazer parte do grupo de transtornos relacionados ao uso de substância, junto com as demais drogas, nas categorias de abuso de álcool episódico, abuso de álcool contínuo e dependência de álcool. Ainda em relação ao álcool, há a primeira menção à possibilidade de um fator genético na predisposição para o desenvolvimento do comportamento abusivo ou dependência. Tal premissa parte da observação de quadros de alcoolismo em filhos de portadores do transtorno, mesmo quando estes foram criados por famílias adotivas. Assim, podemos concluir tratar-se da suposição de predisposição genética, e não simplesmente hereditária, pois a segunda hipótese poderia supor a transmissão de outros fatores além dos genes.

A grande diferença em comparação ao Manual anterior está na introdução da classificação do abuso para as outras substâncias, que anteriormente só estava presente no alcoolismo (para as drogas só havia classificação das dependências).<sup>7</sup> O abuso se caracteriza por três fatores: padrão patológico de uso<sup>8</sup>, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional devido ao padrão patológico de consumo e persistência do comportamento por, no mínimo, um mês. Enquanto isso, a classificação como dependência de substância exige a presença de sintomas fisiológicos de tolerância e abstinência. Essas exigências, entretanto, não se aplicam ao tabaco e à maconha. Para essas substâncias faz-se necessário verificar apenas prejuízos sociais e ocupacionais ou padrão patológico de uso da substância. Enquanto para o tabaco só há a classificação de dependência, para outras substâncias (cocaína, fenciclidina e alucinógenos) só há a classificação de abuso.

Apesar de ressaltar o caráter contextual do uso de droga e a variação cultural na escolha de algumas substâncias, o Manual afirma tomar como transtorno padrões de consumo que resultam em mudanças comportamentais e que são consideradas indesejáveis em quase todas as subculturas. Nesse momento, o DSM já era utilizado e influenciava a prática psiquiátrica nas mais diversas partes do mundo.

A revisão da terceira edição (DSM-III-R), que data de 1987, acrescenta a dimensão do risco na conceituação de transtorno mental. Ela mantém a descrição apresentada no DSM-III, atentando para a presença de sofrimento (*distress*), deficiência

---

<sup>6</sup> A categoria de desvios sexuais também foi extraída do grupo de transtornos da personalidade, tornando-se um grupamento em si. Para detalhes sobre a evolução dos desvios sexuais nas edições do DSM consultar Russo e Venancio (2006).

<sup>7</sup> Bittencourt (1986) ressalta as consequências do caráter indefinido do termo abuso. Este, em virtude da “extensão e imprecisão de sua aplicabilidade ele alcança desde um simples possuidor de substância declarada ilegal até uma pessoa doente” (Tongue, 1979, citado por Bittencourt, 1986, p. 46).

<sup>8</sup> Manifestações que apontam para um uso considerado patológico são discriminadas em: intoxicação ao longo do dia; incapacidade de reduzir ou parar o uso; repetidos esforços para controlar o uso por períodos de abstinência temporária ou restrição do uso em determinados horários do dia; manutenção do uso da substância apesar de sério transtorno físico agravado pelo consumo desta; necessidade de uso diário para rendimento adequado; episódios de complicações por intoxicação.

(*disability*) ou o “risco significativamente aumentado de ser acometido de morte, dor, deficiência ou perda importante de liberdade” (APA, 1987, p. XXII).<sup>9</sup>

Uma evidência da tendência “organicista” que já dava notícias de sua influência no DSM-III está na afirmação de que: “presume-se que todos os processos psicológicos, normais e anormais, dependem do funcionamento cerebral” (APA, 1980, p. 98).<sup>10</sup> Essa afirmação aparece para mostrar o problema em separar um eixo específico para transtornos orgânicos, já que a compreensão fisicalista do transtorno mental ganhava cada vez mais espaço.

Acerca do uso de droga, muda-se novamente o termo utilizado para descrever o transtorno, acrescentando o adjetivo “psicoativas” ao uso de substâncias. É a primeira vez que a dimensão da “perda do controle” sobre o comportamento é diretamente mencionada como característica fundamental do quadro de dependência, sendo mais importante até que a presença ou ausência de sintomas fisiológicos de tolerância e abstinência.<sup>11</sup> Segundo o Manual, a partir desse novo critério, “a maioria dos casos de abuso de substância no DSM-III serão subsumidos na categoria de dependência do DSM-III-R” (APA, 1987, p. 418). A classificação de dependência da cocaína, fenciclidina e alucinógenos, substâncias para as quais só havia a classificação de abuso, será incluída também nessa edição, além da inclusão dos inalantes na listagem de substâncias.

Para confirmar o diagnóstico de dependência é preciso que três dos nove sintomas listados no Manual estejam presentes, e a gravidade do caso poderá variar entre leve, moderado, severo, em remissão parcial e em remissão total. Já o abuso de substâncias psicoativas consiste no padrão de uso não adaptativo, isto é, uso continuado apesar de prejuízos sociais, ocupacionais, físicos e psicológicos causados ou agravados pelo comportamento em questão, além de situações nas quais o uso é arriscado, mas que não chega a preencher os requisitos para que seja classificado como um quadro de dependência. Para ambos os casos, dependência e abuso, o tempo mínimo de persistência dos sintomas é um mês.

Com a edição do DSM-III-R pode-se perceber o aumento das informações disponíveis sobre o uso de substâncias – tais como padrões de uso, curso da doença, prevalência, problemas associados ao uso de cada substância, dentre outros – o que aponta para um possível crescimento do interesse da comunidade científica na produção de dados sobre a matéria.

---

<sup>9</sup> Tradução nossa. No original: “[...] significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom.”

<sup>10</sup> Tradução nossa. No original: “[...] it is assumed that all psychological processes, normal and abnormal, depend on brain function.”

<sup>11</sup> Apesar do fator do controle não ser claramente tratado no uso de substâncias, o DSM – III já dedicava uma categoria para transtornos que tinham este componente fundamental – Transtornos de controle do impulso não classificados em outras seções – na qual estavam agrupados: jogo patológico, cleptomania, piromania, transtorno explosivo intermitente, transtorno explosivo isolado (excluído no DSM – III – R) e transtorno de controle do impulso atípico. Na edição revisada acresce-se à esses transtornos a tricotilomania.

A quarta edição do DSM, publicada em 1994, dá continuidade ao curso cientificista inaugurado no DSM – III. Logo na introdução do documento, afirma-se que a principal inovação não reside na mudança de conteúdo, mas na modificação do processo de construção e documentação, o qual aposta na busca por evidências empíricas para a construção de diagnósticos clínicos confiáveis.

No momento de elaboração dessa versão, assistia-se ao aumento substancial da produção de pesquisas sobre os transtornos mentais, em parte possibilitado pelos DSM-III e DSM-III-R (APA, 1994, p. XVIII). Com todo o conhecimento e conjunto de dados gerados por esse intenso investimento em estudos, acreditava-se aumentar também a confiabilidade do Manual.

Apesar da constante reafirmação da necessidade de objetividade e critérios bem estabelecidos, em conformidade com uma prática psiquiátrica baseada em pressupostos empiricistas, assume-se a dificuldade ainda encontrada na definição precisa do conceito de transtorno mental. Ou seja, apesar de “transtorno mental” ser a categoria que justifica o agrupamento de todo aquele conhecimento em um manual e, no limite, justifica a existência mesma do próprio manual, ela permanece obscura.

No que tange ao uso de droga, a categoria aparece novamente intitulada *transtornos relacionados ao uso de substâncias*, e inclui tanto os transtornos de abuso e dependência quanto os que ficavam no grupo de transtornos mentais orgânicos induzidos por substâncias psicoativas, apesar de apresentá-los separadamente (transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substâncias). Isso se deve ao desaparecimento desse conjunto de transtornos mentais orgânicos dos eixos do DSM<sup>12</sup> que, como ressaltam Russo e Venancio (2006), é a radicalização do processo de aproximação do psíquico com o orgânico proposto pela psiquiatria biológica. Trata-se de eliminar a possibilidade de compreensão de que, se havia uma seção para transtornos mentais orgânicos, os demais seriam não orgânicos. Assim, elimina-se a distinção entre doenças psiquiátricas orgânicas e doenças psiquiátricas funcionais, já que a psiquiatria biológica transformou o termo “doença mental orgânica” em pleonasma.

As categorias de dependência e abuso de substâncias não sofreram profundas modificações em relação ao DSM-III. De relevância para o presente trabalho, há a afirmação de que, mesmo não estando na lista de critérios que definem a dependência, quase todos – se não todos – os indivíduos com dependência de substância apresentam o que se chama de “*craving*”. O termo original costuma ser utilizado no Brasil, ou então é traduzido por “fissura”. A palavra em inglês, em seus mais diversos usos, remete sempre ao “desejo” (desejo, anseio, cobiça, etc.).

Como já se observou anteriormente, o aumento da quantidade de dados e informações sobre cada categoria é perceptível também nos transtornos relacionados ao uso de substâncias, e persevera na versão atual do manual – o DSM-IV-TR, publicado em 2000. Compartilha-se cada vez mais informações sobre prevalência, incidência em diferentes culturas e faixas etárias, comorbidades, curso do transtorno, e outras. Na verdade, esta atualização nos dados empíricos é a grande razão da existência da edição

---

<sup>12</sup> O eixo III, antes designado como Transtornos Mentais Orgânicos, passa a se chamar Condições Médicas Gerais, e engloba condições que não estão diretamente relacionadas com transtornos mentais.



revisada, já que não há mudanças consideráveis nos transtornos, subtipos ou critérios. Contudo, considerou-se que o intervalo previsto entre a quarta e a quinta edição seria muito extensa e o manual ficaria em descompasso com as descobertas produzidas nesse período (APA, 2000).

### O DSM-V e as tendências atuais

O lançamento do próximo DSM está previsto para maio de 2013. Pelo que vem sendo apresentado sobre o trabalho de sua construção, a categoria de transtornos relacionados ao uso de substâncias sofrerá profundas transformações. Ela passará a ser chamada *transtornos por uso de substância e adictivos*.<sup>13</sup> Isso implica que ela conterà também adicções com ausência de substância, tal como o jogo, que antes estava no grupo de *transtornos de controle do impulso*. Ainda, propõe-se como condições indicadas para estudos o *transtorno associado à exposição pré-natal ao álcool*, o *transtorno de uso de cafeína* (que até então só se reconhece a intoxicação, mas não transtornos do uso) e o *transtorno de uso de internet*. Isto nos revela que, o que passa a ser central na caracterização do uso de droga como comportamento patológico é a dimensão da compulsividade, colocando o “objeto droga” em segundo plano. O “projeto forte” da Psiquiatria, no limite, parece se aproximar não mais do controle do comportamento humano, mas do controle do desejo.

### Discussão

Após esse percurso histórico sobre a evolução dos Manuais e da categoria de uso de droga, passemos à reflexão sobre alguns pontos de indagação trazidos por essa análise. Como várias questões poderiam ser retiradas para discussão, três delas foram privilegiadas, sem qualquer pretensão de esgotar os questionamentos.

A primeira delas é a evidente expansão do poder de “captura” pela Psiquiatria, seja com o aumento do número de substâncias incluídas no Manual ou pela classificação de diferentes padrões de uso. Ao longo do tempo, cada vez mais pessoas passam a serem enquadradas nas classificações nosológicas e a serem tomadas como alvo de cuidado médico-psiquiátrico. Obviamente, esse é só mais um capítulo do processo mais geral do fenômeno que chamamos de medicalização da sociedade, no qual identificamos a progressiva tomada como questões médicas de questões que não são *inerentemente* médicas (Conrad, 2007).

A segunda é o paradoxo da coexistência de uma exigência de objetividade, colocada pela busca de cientificidade pela Psiquiatria, e da continuidade de critérios claramente subjetivos, desde a própria definição de transtorno mental até os critérios de classificação do uso patológico de droga. Apesar de toda a tentativa de “purificação” e aproximação das ciências empíricas, a Psiquiatria continua, a todo tempo, tendo que retomar a discussão sobre seu estatuto epistemológico.

---

<sup>13</sup> Termo original: Substance Use and Addictive Disorders

Finalmente, a terceira e mais relevante, que fica evidente pela proposta do próximo DSM, é a ampliação da lógica inaugurada pela droga. Não só qualquer substância pode se tornar uma droga – como mostra a progressiva ampliação da lista de substâncias classificadas – como assistimos a uma propagação do modelo dos “anônimos”, que nos mostra que qualquer coisa pode se tornar uma droga, seja o jogo, a compra, o sexo, o amor... O que permite a aproximação desses comportamentos é a dimensão compulsiva, isto é, a incapacidade, a incompetência para exercer controle sobre o desejo, cuja realização transformou-se em um imperativo. E é aí que parece residir a justificativa para a patologização do comportamento e seu controle pelo “poder psiquiátrico” (Foucault, 2006): o risco da irrupção do desejo.

Se a Psiquiatria e a sociedade de maneira geral parecem passar por esse processo de “patologização do desejo” de maneira um tanto desavisada, cabe àqueles cuja ética exige uma postura radicalmente diversa – e aqui me refiro especialmente aos psicanalistas – analisar e discutir as incidências clínicas desse processo e continuar fomentando este debate.

Apostemos, então, na ética do desejo.

Submissão: dez/2012

Aceite: dez/2012

## **Bibliografia**

American Psychiatric Association (1952). DSM-I, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1968). DSM-II, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1980). DSM-III, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1987). DSM-III-R, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3a ed. revisada). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1994). DSM-IV, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-R, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4a ed. revisada). Washington, DC: Autor.

Bittencourt, L. (1986). *Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Conrad, P. (2007). CONRAD, Peter. *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.

Russo, J., & Venancio, A. T. (2006). Classificando pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-485.

## **Anexo: O uso de droga no DSM**

### **DSM-I**

#### **PERSONALITY DISORDERS**

000-x40 Personality pattern disturbance

000-x41 Inadequate personality

000-x42 Schizoid personality

000-x43 Cyclothymic personality

000-x44 Paranoid personality

000-x50 Personality trait disturbance

000-x51 Emotionally unstable personality

000-x52 Passive-aggressive personality

000-x53 Compulsive personality

000-x5y Personality trait disturbance, other

000-x60 Sociopathic personality disturbance

000-x61 Antisocial reaction

000-x62 Dyssocial reaction

000-x63 Sexual deviation. Specify Supplementary Term

000-x64 Addiction

000-x641 Alcoholism

000-x642 Drug addiction

000-x70 Special symptom reactions

000-x71 Learning disturbance

000-x72 Speech disturbance

000-x73 Enuresis

000-x74 Somnambulism

000-x7y Other

## DSM-II

### **PERSONALITY DISORDERS AND CERTAIN OTHER NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS**

#### 301 Personality disorders

- .0 Paranoid personality
- .1 Cyclothymic personality (Affective personality)
- .2 Schizoid personality
- .3 Explosive personality
- .4 Obsessive compulsive personality (Anankastic personality)
- .5 Hysterical personality
- .6 Asthenic personality
- .7 Antisocial personality
- .81 Passive-aggressive personality
- .82 Inadequate personality
- .89 Other personality disorders of specified types
- [.9 Unspecified personality disorder]

#### 302 Sexual deviations

- .0 Homosexuality
- .1 Fetishism
- .2 Pedophilia
- .3 Transvestitism
- .4 Exhibitionism
- .5 Voyeurism
- .6 Sadism
- .7 Masochism
- .8 Other sexual deviation
- [.9 Unspecified sexual deviation]

#### 303 Alcoholism

- .0 Episodic excessive drinking
- .1 Habitual excessive drinking
- .2 Alcohol addiction
- .9 Other [and unspecified] alcoholism

#### 304 Drug dependence

- .0 Drug dependence, opium, opium alkaloids and their derivatives
- .1 Drug dependence, synthetic analgesics with morphine-like effects
- .2 Drug dependence, barbiturates
- .3 Drug dependence, other hypnotics and sedatives or “tranquilizers”
- .4 Drug dependence, cocaine
- .5 Drug dependence, Cannabis sativa (hashish, marihuana)

- .6 Drug dependence, other psycho-stimulants
- .7 Drug dependence, hallucinogens
- .8 Other drug dependence
- [.9 Unspecified drug dependence]

### **DSM-III**

#### **SUBSTANCE USE DISORDERS**

Code in fifth digit: 1 = continuous, 2 = episodic, 3 = in remission, 0 =unspecified.

- 305.0x Alcohol abuse,
- 303.9x Alcohol dependence (Alcoholism),
- 305.4x Barbiturate or similarly acting sedative or hypnotic abuse,
- 304.1x Barbiturate or similarly acting sedative or hypnotic dependence,
- 305.5x Opioid abuse,
- 304.0x Opioid dependence,
- 305.6x Cocaine abuse,
- 305.7x Amphetamine or similarly acting sympathomimetic abuse,
- 304.4x Amphetamine or similarly acting sympathomimetic dependence,
- 305.9x Phencyclidine (PCP) or similarly acting arylcyclohexylamine abuse,
- 305.3x Hallucinogen abuse,
- 305.2x Cannabis abuse,
- 304.3x Cannabis dependence,
- 305.1x Tobacco dependence,
- 305.9x Other, mixed or unspecified substance abuse,
- 304.6x Other specified substance dependence,
- 304.9x Unspecified substance dependence,
- 304.7x Dependence on combination of opioid and other nonalcoholic substance,
- 304.8x Dependence on combination of substances, excluding opioids and alcohol.

### **DSM-III-R**

#### **PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS**

Alcohol

303.90 dependence

305.00 abuse

Amphetamine or similarly acting sympathomimetic

304.40 dependence

305.70 abuse

**Cannabis**

304.30 dependence

305.20 abuse

**Cocaine**

304.20 dependence

305.60 abuse

**Hallucinogen**

304.50 dependence

305.30 abuse

**Inhalant**

304.60 dependence

305.90 abuse

**Nicotine**

305.10 dependence

**Opioid**

304.00 dependence

305.50 abuse

**Phencyclidine (PCP) or similarly acting arylcyclohexylamine**

304.50 dependence

305.90 abuse

**Sedative, hypnotic, or anxiolytic**

304.10 dependence

305.40 abuse

304.90 Polysubstance dependence

304.90 Psychoactive substance dependence NOS

305.90 Psychoactive substance abuse NOS

## **DSM-IV**

### **SUBSTANCE-RELATED DISORDERS**

The following specifiers may be applied to Substance Dependence:

- With Physiological Dependence/Without Physiological Dependence
- Early Full Remission/ Early Partial Remission
- Sustained Full Remission/Sustained Partial Remission
- On Agonist Therapy/In a Controlled Environment

The following specifiers apply to Substance-Induced Disorders as noted:

- With Onset During Intoxication/With Onset During Withdrawal

## **ALCOHOL-RELATED DISORDERS**

Alcohol Use Disorders

303.90 Alcohol Dependence

305.00 Alcohol Abuse

Alcohol-Induced Disorders

303.00 Alcohol Intoxication

291.8 Alcohol Withdrawal

Specify if With Perceptual Disturbances

291.0 Alcohol Intoxication Delirium

291.0 Alcohol Withdrawal Delirium

291.2 Alcohol-Induced Persisting Dementia

291.1 Alcohol-Induced Persisting Amnestic Disorder

291.x Alcohol-Induced Psychotic Disorder

.5 With Delusions

.3 With Hallucinations

291.8 Alcohol-Induced Mood Disorder

291.8 Alcohol-Induced Anxiety Disorder

291.8 Alcohol-Induced Sexual Dysfunction

291.8 Alcohol-Induced Sleep Disorder

291.9 Alcohol-Related Disorder NOS

## **AMPHETAMINE (OR AMPHETAMINELIKE)-RELATED DISORDERS**

Amphetamine Use Disorders

304.40 Amphetamine Dependence

305.70 Amphetamine Abuse

Amphetamine-Induced Disorders

292.89 Amphetamine Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.0 Amphetamine Withdrawal

292.81 Amphetamine Intoxication Delirium

292.xx Amphetamine-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Amphetamine-Induced Mood Disorder

292.89 Amphetamine-Induced Anxiety Disorder

292.89 Amphetamine-Induced Sexual Dysfunction

292.89 Amphetamine-Induced Sleep Disorder

292.9 Amphetamine-Related Disorder NOS

## **CAFFEINE-RELATED DISORDERS**

Caffeine-Induced Disorders

305.90 Caffeine Intoxication

292.89 Caffeine-Induced Anxiety Disorder

292.89 Caffeine-Induced Sleep Disorder

292.9 Caffeine-Related Disorder NOS

## **CANNABIS-RELATED DISORDERS**

Cannabis Use Disorders

304.30 Cannabis Dependence

305.20 Cannabis Abuse

Cannabis-Induced Disorders

292.89 Cannabis Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.81 Cannabis Intoxication Delirium

292.xx Cannabis-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.89 Cannabis-Induced Anxiety Disorder

292.9 Cannabis-Related Disorder NOS

## **COCAINE-RELATED DISORDERS**

Cocaine Use Disorders

304.20 Cocaine Dependence

305.60 Cocaine Abuse

Cocaine-Induced Disorders

292.89 Cocaine Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.0 Cocaine Withdrawal

292.81 Cocaine Intoxication Delirium

292.xx Cocaine-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Cocaine-Induced Mood Disorder

292.89 Cocaine-Induced Anxiety Disorder

292.89 Cocaine-Induced Sexual Dysfunction

292.89 Cocaine-Induced Sleep Disorder

292.9 Cocaine-Related Disorder NOS

## **HALLUCINOGEN-RELATED DISORDERS**

Hallucinogen Use Disorders



304.50 Hallucinogen Dependence

305.30 Hallucinogen Abuse

Hallucinogen-Induced Disorders

292.89 Hallucinogen Intoxication

292.89 Hallucinogen Persisting Perception Disorder (Flashbacks)

292.81 Hallucinogen Intoxication Delirium

292.xx Hallucinogen-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Hallucinogen-Induced Mood Disorder

292.89 Hallucinogen-Induced Anxiety Disorder

292.9 Hallucinogen-Related Disorder NOS

### **INHALANT-RELATED DISORDERS**

Inhalant Use Disorders

304.60 Inhalant Dependence

305.90 Inhalant Abuse

Inhalant-Induced Disorders

292.89 Inhalant Intoxication

292.81 Inhalant Intoxication Delirium

292.82 Inhalant-Induced Persisting Dementia

292.xx Inhalant –Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Inhalant-Induced Mood Disorder

292.89 Inhalant-Induced Anxiety Disorder

292.9 Inhalant-Related Disorder NOS

### **NICOTINE-RELATED DISORDERS**

Nicotine Use Disorder

305.10 Nicotine Dependence

Nicotine-Induced Disorder

292.0 Nicotine Withdrawal

292.9 Nicotine-Related Disorder NOS

### **OPIOID-RELATED DISORDERS**

Opioid Use Disorders

304.00 Opioid Dependence

305.50 Opioid Abuse

Opioid-Induced Disorders

292.89 Opioid Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.0 Opioid Withdrawal

292.81 Opioid Intoxication Delirium

292.xx Opioid-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Opioid-Induced Mood Disorder

292.89 Opioid-Induced Sexual Dysfunction

292.89 Opioid-Induced Sleep Disorder

292.9 Opioid-Related Disorder NOS

### **PHENCYCLIDINE (OR PHENCYCLIDINE-LIKE)RELATED DISORDERS**

Phencyclidine Use Disorders

304.90 Phencyclidine Dependence

305.90 Phencyclidine Abuse

Phencyclidine-Induced Disorders

292.89 Phencyclidine Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.81 Phencyclidine Intoxication Delirium

292.xx Phencyclidine-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Phencyclidine-Induced Mood Disorder

292.89 Phencyclidine-Induced Anxiety Disorder

292.9 Phencyclidine-Related Disorder NOS

### **SEDATIVE-, HYPNOTIC-, OR ANXIOLYTIC-RELATED DISORDERS**

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Use Disorders

304.10 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Dependence

305.40 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Abuse

Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Disorders

292.89 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication

292.0 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal

Specify if With Perceptual Disturbances

292.81 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication Delirium

292.81 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal Delirium

292.82 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Persisting Dementia

292.83 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Persisting Amnesic Disorder

292.xx Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Mood Disorder

292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Anxiety Disorder  
292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Sexual Dysfunction  
292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Sleep Disorder  
292.9 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorder NOS

### **POLYSUBSTANCE-RELATED DISORDER**

304.80 Polysubstance Dependence

### **OTHER (OR UNKNOWN) SUBSTANCE-RELATED DISORDERS**

Other (or Unknown) Substance Use Disorders

304.90 Other (or Unknown) Substance Dependence

305.90 Other (or Unknown) Substance Abuse

Other (or Unknown) Substance Induced Disorders

292.89 Other (or Unknown) Substance Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.0 Other (or Unknown) Substance Withdrawal

Specify if With Perceptual Disturbances

292.81 Other (or Unknown) Substance Induced Delirium

292.82 Other (or Unknown) Substance-Induced Persisting Dementia

292.83 Other (or Unknown) Substance-Induced Persisting Amnestic Disorder

292.xx Other (or Unknown) Substance-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Other (or Unknown) Substance Induced Mood Disorder

292.89 Other (or Unknown) Substance-Induced Anxiety Disorder

292.89 Other (or Unknown) Substance- Induced Sexual Dysfunction

292.89 Other (or Unknown) Substance Induced Sleep Disorder

292.9 Other (or Unknown) Substance Related Disorder NOS

### **DSM-IV-TR**

Nessa edição do manual, manteve-se a classificação do DSM – IV.

## **DSM-V\***

### **Substance Use and Addictive Disorders**

#### R 00-04 Alcohol-Related Disorders

R 00 Alcohol Use Disorder

R 01 Alcohol Intoxication

R 03 Alcohol Withdrawal

R 04 Alcohol-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

#### R 05-07 Caffeine-Related Disorders

R 05 Caffeine Intoxication

R 06 Caffeine Withdrawal

R 07 Caffeine-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

#### R 08-11 Cannabis-Related Disorders

R 08 Cannabis Use Disorder

R 09 Cannabis Intoxication

R 10 Cannabis Withdrawal

R 11 Cannabis-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

#### R 12-15 Hallucinogen-Related Disorders

R 12 Hallucinogen Use Disorder

R 13 Hallucinogen Intoxication

R 14 Hallucinogen Persisting Perception Disorder

R 15 Hallucinogen-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

#### R 16-18 Inhalant-Related Disorders

R 16 Inhalant Use Disorder

R 17 Inhalant Intoxication

R 18 Inhalant-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

#### R 19-22 Opioid-Related Disorders

R 19 Opioid Use Disorder

R 20 Opioid Intoxication

R 21 Opioid Withdrawal

R 22 Opioid-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

#### R 23-26 Sedative/Hypnotic-Related Disorders

R 23 Sedative/Hypnotic Use Disorder

R 24 Sedative/Hypnotic Intoxication

R 25 Sedative/Hypnotic Withdrawal

R 26 Sedative/Hypnotic-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 27-30 Stimulant-Related Disorders

R 27 Stimulant Use Disorder

R 28 Stimulant Intoxication

R 29 Stimulant Withdrawal

R 30 Stimulant-Induced Disorders Not Elsewhere Classified

R 31-32 Tobacco-Related Disorders

R 31 Tobacco Use Disorder

R 32 Tobacco Withdrawal

R 33-36 Unknown Substance Disorders

R 33 Unknown Substance Use Disorder

R 34 Unknown Substance Intoxication

R 35 Unknown Substance Withdrawal

R 36 Unknown Substance-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 37 Gambling Disorder

R 37 Gambling Disorder

Recommended for Further Study in Section III of the DSM-5

Caffeine Use Disorder

Internet Use Disorder

Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure

\* A lista acima apresentada é a prévia divulgada pela APA no site [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).