

Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III*

Jane Russo
Ana Teresa A. Venâncio

A terceira versão do Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III), publicado pela American Psychiatric Association em 1980, implicou uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico vigente, tanto nos Estados Unidos quanto no contexto internacional em geral. Apresentamos um pequeno histórico dessa transformação e procuramos expor e discutir a nova arquitetura do manual e sua lógica classificatória. Construimos nossa argumentação em torno do destino reservado às antigas “neuroses” e aos novos “transtornos sexuais”.

Palavras-chave: DSM III, diagnóstico, história da psiquiatria

* Este artigo vincula-se à pesquisa “A psiquiatria biológica no campo psiquiátrico contemporâneo”, realizada como parte do Projeto Integrado “A institucionalização dos saberes psicológicos no Brasil: uma contribuição para a antropologia da Pessoa Ocidental Moderna”, apoiado pelo CNPq.

Trabalho apresentado nas seguintes reuniões científicas: V Reunião de Antropologia do Mercosul, Florianópolis, SC, 30 de novembro a 3 de dezembro de 2003 e XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Salvador, BA, 13 a 16 de outubro de 2004.

Edward Shorter começa o sétimo capítulo de seu livro *A History of Psychiatry* com a seguinte frase: “Nos anos 1970 a psiquiatria biológica voltou triunfalmente à cena, substituindo a psicanálise como paradigma dominante e trazendo de volta a psiquiatria ao seio das demais especialidades médicas” (tradução nossa). De fato, a volta triunfal da psiquiatria biológica ao centro da cena psiquiátrica é um fenômeno bastante visível desde o final do século passado.¹

Nosso objetivo aqui é examinar essa mudança de paradigma através da radical mudança na classificação psiquiátrica ocorrida exatamente em 1980 com a publicação da terceira versão do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, publicado pela *American Psychiatric Association*, o famoso DSM III. Inicialmente procuraremos apresentar o cenário em que essa terceira versão foi produzida, em meio a um verdadeiro embate pela hegemonia no campo psiquiátrico. Um dos símbolos desse embate foi sem dúvida a batalha em torno do termo “neurose” e da decisão de mantê-lo ou retirá-lo do manual. Buscaremos discutir a centralidade dessa questão, argumentando que, ao mesmo tempo em que o termo “neurose” e suas subdivisões foram rejeitados, o número dos transtornos que os substituíram cresceu exponencialmente. Segundo nossa hipótese esse crescimento articula-se também a autonomização e multiplicação dos transtornos relacionados à sexualidade. Concluímos com um comentário acerca da expansão do apetite classificatório psiquiátrico e suas conseqüências.

Um breve histórico

A busca de lesões no cérebro ou disfunções físicas responsáveis pelas doenças mentais é tão antiga quanto a psiquiatria. No entanto, nem sempre a visão fisicalista foi dominante no campo psiquiátrico. Em meados do século XX, pôde-se falar da hegemonia de pelo menos duas vertentes “morais” – não fisicalistas – entre os psiquiatras. De um lado a psicanálise,

1. É importante assinalar que essa “biologização” das classificações psiquiátricas se articula a uma tendência “biologizante” mais ampla – que leva a uma compreensão fisicalista do ser humano (psicologia evolucionária, neurociências, genética) – e cuja discussão foge ao escopo deste artigo.

com sua visão eminentemente psicológica da perturbação mental; de outro, o movimento “antipsiquiátrico”, com sua visão psico-política-social. Nos dois casos, o afastamento da doença mental como fato biológico foi total.

Sabe-se que nos anos 1930, com a ascensão do nazismo e conseqüente perseguição a Freud e seus seguidores judeus, o eixo de produção e difusão da doutrina psicanalítica deslocou-se da Europa central para os países de língua inglesa, com um nítido predomínio da vertente medicalizante, que já era hegemônica nos Estados Unidos desde os anos 1910. De fato, as sociedades americanas exigiam, desde sua criação, o diploma de médico aos candidatos à formação. O pós-guerra assistiu ao triunfo da psicanálise anglo-saxã e, mais do que isso, à sua total penetração no meio médico-psiquiátrico. Estamos falando de Estados Unidos, mas é possível perceber movimento semelhante (talvez mais tardio) na psiquiatria francesa, por exemplo, e na brasileira. Nos anos 1950 e 1960 era absolutamente impossível para um psiquiatra americano fazer carreira sem ter feito formação em psicanálise. Todos os chefes de cátedra eram psicanalistas. O mesmo, ou algo parecido, ocorreu no Brasil nos anos 1960. Há nesse momento uma dominância do discurso psicanalítico e, conseqüentemente, do modo psicanalítico de compreensão da doença mental no interior da psiquiatria. Isso, como veremos a seguir, reflete-se na nosografia.

Outro importante movimento, também herdeiro da luta contra o nazi-fascismo na Europa, mas que floresceu mais intensamente a partir dos movimentos contestatários de 1968, é o que se chama genericamente de “antipsiquiatria”. Na Itália, Franco Basaglia propôs uma “psiquiatria democrática”, que previa o fechamento de todos os manicômios e a recuperação da cidadania do chamado louco. As “comunidades terapêuticas”, a “psicoterapia institucional”, a “psiquiatria de setor” francesa e outros movimentos do mesmo teor tinham como objetivo devolver a palavra ao internado, ouvir suas reivindicações, implicá-lo no funcionamento da instituição, erradicar as práticas repressivas e violentas que marcavam o funcionamento asilar e, no limite, reinserir o louco na sociedade que o havia excluído. Nesse período surgiram textos que se tornaram clássicos, como *A história da loucura*, de Michel Foucault, *O mito da doença mental* de Thomas Szasz e *Manicômios, prisões e conventos* de Erving Goffman, nos quais a psiquiatria era denunciada como uma prática de pura exclusão e violência.

Esta vertente “antipsiquiátrica”, em suas várias modalidades, fomentou mudanças importantes no funcionamento das instituições encarregadas do cuidado com os doentes mentais, produzindo novas instituições não-asilares e novos dispositivos de tratamento. Produziu, além disso, uma importante discussão política acerca da cidadania (e, portanto, da autonomia e do livre-arbítrio) do doente mental, propondo uma mudança radical no seu estatuto. Sua convivência com a psicanálise foi geralmente pacífica e, por vezes, francamente amigável,

como é o caso da “psicoterapia institucional” francesa. Ambas têm um substrato “libertário” comum, afinal Freud também buscava “liberar” a palavra do doente mental. Mas, ao passo que a vertente psicanalítica se dava mais dentro das quatro paredes dos consultórios, nos relatos íntimos produzidos sobre divãs, o movimento contra os manicômios se passava no terreno dos embates políticos, dos enfrentamentos institucionais e da produção de leis e regulamentos oficiais.

Mas foi também a partir do pós-guerra, quando se assistia à “politização democrática” e à “psicanalização” (ou psicologização) da psiquiatria, que ocorreu uma espécie de “revolução” silenciosa no campo da psicofarmacologia, que conviveu – no início muito bem – com o discurso e a ideologia psicanalíticos e mesmo com a ideologia antipsiquiátrica, e que, no entanto, iria mudar a face da psiquiatria. Podemos citar como marco inicial dessa revolução o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina. Ainda que os antidepressivos só tenham sido aceitos e receitados nos EUA no início dos anos 1960, já em 1957 foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a Imipramina. Logo depois surge outro composto também considerado antidepressivo, o Iproniazid (IMAO – Inibidor de Monoamino-oxidase). No campo dos tranqüilizantes mais leves, surgiu em 1955 o Meproboato, que seria comercializado como Miltown ou Equanil, conhecendo enorme sucesso. Em 1960 foi lançado o primeiro benzodiazepínico (também tranqüilizante e ansiolítico), o famoso Librium. Três anos depois outro benzodiazepínico, o Diazepan (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como droga mais vendida nos EUA; em 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos.²

A revolução do DSM III

Essa convivência amigável entre as vertentes morais da psiquiatria e sua vertente biológica representada pela psicofarmacologia vai encontrar seus limites no decorrer dos anos 1970,³ com a terceira revisão do DSM – o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

O DSM foi criado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), à época em sua

2. Para uma história das descobertas psicofarmacológicas ver Shorter (1997) e Healy (1997).

3. Sobre os paradoxos dessa convivência ver Swain (1987).

sexta versão, produzida pela Organização Mundial da Saúde.⁴ Desde então seu objetivo tem sido normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica, sempre alvo de críticas por sua baixa confiabilidade, tendo conhecido até o momento seis versões – I, II, III, IIR, IV e IV-TR.⁵

Sua primeira versão – posteriormente conhecida como DSM I – era baseada em uma compreensão “psicossocial” da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas individualmente. A influência exercida pela psicanálise evidencia-se pelo uso freqüente de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”. Na versão subsequente do manual, publicada em 1968 – o DSM II – o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. Nele foram abandonados tanto o uso da noção de “reação”⁶ quanto a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais, surgindo em seu lugar um modo específico de conceber a doença mental, que corresponderia a *níveis de desorganização psicológica* do indivíduo. A perturbação mental passa a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento.⁷

A substituição da primeira pela segunda versão do DSM, portanto, não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo, sendo antes expressão da hegemonia psicanalítica no que diz respeito à compreensão (e possível tratamento) da doença mental. A história das versões subsequentes do DSM demonstra que essa hegemonia já dá claros sinais de enfraquecimento no decorrer dos anos 1970.

Uma nova versão do manual (o futuro DSM III) foi preparada entre 1974 e 1979, e publicada em 1980. Sua publicação representou uma ruptura absoluta com a classificação que até então era utilizada. Essa ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si, como veremos a seguir: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas

4. Para uma breve contextualização da Classificação Internacional das Doenças nesse contexto e comparação entre as versões do DSM e da CID ver Venancio (1998)
5. A introdução do DSM IV contém uma pequena história das classificações psiquiátricas anteriores ao Manual, realizadas seja pelo governo americano, seja pelas forças armadas, cujo objetivo principal era produzir dados estatísticos confiáveis.
6. No momento da feitura do DSM I a psiquiatria norte-americana era dominada pelo pensamento de Adolf Meyer que fazia uma leitura particular da psicanálise e considerava a doença mental uma “reação” a determinadas situações de vida. O termo é abundantemente empregado na primeira versão do manual.
7. Seguimos aqui a interpretação de Gaines (1992).

uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma única *lógica classificatória*; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários.

O DSM III foi proclamado um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos. Fundamenta-se numa crítica ao modo anterior de classificação baseado em uma pretensa *etiologia* dos transtornos mentais, ou seja, em processos subjacentes, *inferidos* pelo clínico, e não passíveis de uma observação empírica rigorosa. 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. É assim que, o surgimento e a difusão da nova nomenclatura presente no DSM III corresponde à paulatina ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial (cf. Russo e Henning, 1999). O DSM III transformou-se rapidamente numa espécie de bíblia psiquiátrica. As duas primeiras versões do manual eram códigos administrativos sem grandes pretensões científicas, produzidos para consumo interno da psiquiatria americana. De um modo geral, utilizava-se em sala de aula os clássicos livros-texto de clínica psiquiátrica que incorporavam diversas tendências e modos de conceber o diagnóstico e a prática clínica. O DSM III vinha se constituir num projeto muito mais ambicioso do que sonhavam seus predecessores. Em vez de uma nomenclatura doméstica, pretendia ser uma classificação a-teórica, neutra e generalizável para todos os tempos e lugares e, na prática, levou à globalização da psiquiatria norte-americana.⁸ Segundo Healy (1997) a adesão ao DSM III foi incentivada principalmente pela inegável afinidade entre o formato do diagnóstico (através de listas de sintomas claramente objetivados, criando critérios claros de inclusão e exclusão nas categorias) e os ensaios clínicos randomizados, isto é, a pesquisa experimental. A indústria farmacêutica interessada na pesquisa sobre a eficácia de novos medicamentos a serem colocados no mercado, passava a financiar pesadamente esse tipo de pesquisa. Os tradicionais estudos clínicos de

8. A “globalização” dos critérios de classificação do DSM III é confirmada na reformulação do capítulo relativo às doenças mentais da Classificação Internacional das Doenças, produzida pela Organização Mundial de Saúde, que incorpora praticamente na íntegra a nomenclatura surgida com o DSM III e seus sucedâneos na sua décima versão (CID-X), lançada em 1993 (cf. Venancio, 1998).

caso – favorecidos pela lógica psicanalítica, em que se examina e discute um caso em profundidade – foram paulatinamente substituídos por pesquisas multicêntricas, envolvendo um grande número de pacientes, seguindo os parâmetros do ensaio clínico experimental, atendendo às exigências colocadas pela FDA (Food and Drug Administration) americana para a liberação de novos medicamentos psiquiátricos. Como se sabe, a FDA exige dos laboratórios a apresentação do resultado de pesquisas que possam ser replicadas de modo a provar sua validade. Essa exigência reforça a necessidade do diagnóstico criterial (com fronteiras claramente definidas, critérios de inclusão e exclusão etc.). A articulação entre o interesse dos grandes laboratórios e as exigências da agência reguladora americana, portanto, acaba por disseminar a lógica diagnóstica do DSM III. Como os grandes laboratórios estão sempre buscando o registro no mercado americano, os critérios diagnósticos do DSM III acabaram sendo adotados no resto do mundo, sobretudo nos periódicos científicos especializados que publicam os resultados das pesquisas. Essa articulação fica evidente quando se observa a evolução do DSM III para o DSM IV, com a inclusão constante de novos diagnósticos ocorrendo paralelamente à produção de novos medicamentos.

Comparando-se as três primeiras versões do manual, verifica-se de imediato uma diferença marcante no que diz respeito ao modo como os diagnósticos são construídos e descritos. No DSM I e no DSM II utilizava-se o que Allan Young (1995) chama “diagnóstico dimensional” – significando que a classificação ocupa uma espécie de *continuum*, não havendo fronteiras nitidamente demarcadas entre diferentes síndromes ou doenças. Isso se explica devido à forma como os sintomas eram concebidos: sendo expressões polimórficas de processos subjacentes (que ocorriam sob a superfície) – o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas poderia, em casos diferentes, estarem referidos a mecanismos diferentes. O inverso também podia ocorrer: sintomas diferentes estarem referidos a um mesmo mecanismo subjacente. Os opositores desta visão “dimensional” argumentavam que a falta de critérios objetivos para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas levava a uma baixa confiabilidade do diagnóstico – isto é, a concordância entre diferentes psiquiatras com relação a um mesmo caso tendia a ser baixa ou quase inexistente. É importante lembrar aqui o quanto essa baixa confiabilidade comprometia as pesquisas com novos medicamentos (que dependiam da possibilidade de replicar os resultados de determinada pesquisa de modo a validar seus resultados). Os autores da terceira versão utilizaram o argumento da baixa confiabilidade do diagnóstico para realizar uma reformulação completa da nomenclatura buscando, antes de tudo, definir rigorosamente fronteiras claras e empiricamente verificáveis entre o doente e o normal, e entre as diferenças doenças mentais.

Desnecessário observar que a delimitação de fronteiras claras entre os diferentes transtornos levou a uma super especificação das categorias diagnósticas. De fato, a nova classificação implicou um aumento exponencial do número de categorias. Passou-se de 180 categorias no DSM II (que já era maior em relação ao DSM I) para 295 no DSM III e 350 no DSM IV. Além disso, a “arquitetura” do manual também se modificou inteiramente.

Tanto a primeira quanto a segunda versão organizavam-se a partir da divisão clássica entre transtornos orgânicos e não orgânicos – base da nomenclatura psiquiátrica há décadas. Na introdução do DSM I lemos que “The basic division in this nomenclature is into those mental disorders associated with organic brain disturbance, and those occurring without such primary disturbance of brain functioning, and not into psychoses, psychoneuroses and personality disorders” (APA, 1952). No DSM III ainda encontramos o grupo dos Transtornos Mentais Orgânicos, mas somos advertidos no texto do manual que “Differentiation of Organic Mental Disorders as a separate class does not imply that nonorganic (“functional”) mental disorders are somehow independent of brain processes. On the contrary, it is assumed that all psychological processes, normal and abnormal, depend on brain function” (APA, 1980, p. 101) Ou seja, embora a divisão tradicional não tenha sido inteiramente abandonada, os autores fazem questão de afirmar a fisicalidade (dependência de processos cerebrais) de todo e qualquer transtorno mental. A radicalização desse processo no DSM IV fez desaparecer o grupo “Transtornos Mentais Orgânicos”, com o argumento de que sua manutenção poderia implicar a afirmação subjacente – e incorreta – de que os outros transtornos mentais não teriam uma base biológica. A divisão que acima descrevemos como clássica, entre o que é “psíquico” e o que é “orgânico”, um dia tão cara à psiquiatria, deixou de operar.

Essa transformação tão fundamental atingiu em cheio a categoria “neurose”, que até então gozava de grande prestígio no meio psiquiátrico norte-americano. A decisão sobre sua inclusão ou não no novo manual envolvia uma questão de fundo que, como vimos, dizia respeito à própria lógica da reformulação em curso. Os psicanalistas logo perceberam que sua própria hegemonia no campo profissional estava em jogo e exerceram grande pressão política para manter o termo na nova nomenclatura. Após acirrados conflitos entre o *establishment* psicanalítico e a força-tarefa encarregada de produzir o novo manual, o termo foi mantido entre parênteses ao lado de algumas das novas categorias. A semi-vitória dos psicanalistas não foi de longa duração, já que na revisão do DSM III – conhecida como DSM III R – surgida em 1987, os parênteses (e com eles a categoria “neurose”) foram abandonados.⁹

9. Sobre a disputa entre a força-tarefa encarregada de preparar o DSM III e os psicanalistas, ver Bayer e Spitzer (1985) e Wilson (1993).

Por que lutavam os psicanalistas?

É necessária aqui uma breve digressão sobre a psicanálise como importante fenômeno cultural no século que passou. Junto com a intensa difusão da psicanálise nos países centrais do ocidente (e vários dos países periféricos como o Brasil) difundiu-se – como se sabe – todo um modo de se conceber o ser humano, as relações familiares e amorosas. Difundiu-se, por exemplo, a idéia de que todo menino desejava sua mãe para si e, para tanto, queria se livrar do pai (ou da figura que o simbolizava). E também difundiu-se a idéia de que todos eram (ou podiam ser) neuróticos. A psicanálise, mais do que tratar pessoas doentes, lidava com mal-estares implicados no viver, os chamados “problemas existenciais”. A classificação “neurose” transformou-se quase que em um modo de ser – um modo de ser que, de alguma maneira (para determinados grupos de pessoas), articulava-se a um certo estilo de vida. O “sumiço” das neuroses, portanto, ultrapassa a mera querela classificatória entre diferentes escolas de psiquiatria, tendo a ver com um outro modo de se enfrentar os diversos mal-estares e desconfortos que acometem a vida de cada um. Transformá-los em doenças discerníveis, delimitadas e palpáveis implica abandonar toda a empresa de autoconhecimento e trabalho sobre si implicados na psicanálise.

E contra quem lutavam os psicanalistas? De um lado, evidentemente, contra os psiquiatras partidários de uma visão fisicalista do transtorno mental. Mas a transformação levada à cabo pelo DSM III é fruto de uma curiosa aliança: entre esses “psiquiatras biológicos” ligados à pesquisa experimental, para quem a psicanálise era um entrave à neutralidade científica e ao rigor da observação empírica, e os psiquiatras progressistas, que acusavam a psicanálise de psicologizar problemas de ordem social. Nos dois casos a ortodoxia psicanalítica era o inimigo a abater.¹⁰

Essa aliança contra o *establishment* psicanalítico, entretanto, acaba tendo um efeito oposto ao desejado pelos psiquiatras progressistas, já que a transformação produzida vai em direção a uma maior neutralidade e “asepsia” do diagnóstico psiquiátrico, que se afastará cada vez mais de qualquer preocupação com o meio social. O DSM III significou de fato uma “re-medicalização” extrema da psiquiatria. Isso pode ser verificado tanto no caso das neuroses que, longe de desaparecerem, cresceram e se multiplicaram,¹¹ quanto no caso dos antigos “desvios sexuais”.

10. Chama atenção o fato de a Associação Psiquiátrica Americana ter sido comandada por diretorias francamente progressistas durante todo o período em que o DSM III foi preparado (cf. Kutchins e Kirk, 1999).

11. Na verdade, à medida que o manual se transforma fica cada vez mais difícil reconhecer o que antigamente se chamava “neurose”. Se, como estamos argumentando, a mudança terminológica

Crescei e multiplicai-vos

No DSM I as neuroses se agrupavam sob o rótulo de “Transtornos Psiconeuróticos”, que listava sete “reações psiconeuróticas”. No DSM II os “Transtornos Psiconeuróticos” transformaram-se em “Neuroses”, com 11 categorias diagnósticas. Na nova “arquitetura” do DSM III o grupo das “Neuroses” desapareceu e se dissolveu em pelo menos três agrupamentos, com um total de 18 transtornos. No DSM IV o número de transtornos que entraram “no lugar” das neuroses subiu para 24 (Ver anexos 1, 2 e 3).

Por que era importante dissolver o grupamento das “Neuroses” distribuindo-as em grupamentos diversos e discretos? Tratava-se de negar que este grupo de transtornos tivesse de fato algo em comum, algo que os distinguísse dos demais, e afirmar ao mesmo tempo um fator etiológico único (físico) para toda e qualquer desordem. O modo de listá-las e agrupá-las corrobora essa afirmação. A palavra de ordem era “não existem mais neuroses, o que existem são transtornos psiquiátricos a serem percebidos e tratados como quaisquer outros transtornos”. Transtornos antes passíveis de um tratamento diferenciado – psicológico – transformaram-se em distúrbios que, definidos em termos estritamente médicos, deveriam ser tratados como qualquer outra doença, isto é, medicamento.

Mas não se tratava de medicalizar apenas as neuroses. No início deste trabalho referimo-nos à grande distinção entre transtornos “orgânicos” e “não-orgânicos” que fundamentava a lógica das duas primeiras versões do manual. Entre esses dois grandes grupos existia um terceiro, que era uma espécie de “terra de ninguém”, nem bem orgânico, nem bem psicológico – os chamados distúrbios da personalidade –, campo da psicopatia que englobava o chamado “comportamento anti-social” de um modo geral, incluindo desde grande criminosos, passando por cleptomaníacos, drogaditos, até chegar nas perversões sexuais. A expressão “personalidade psicopática” fazia parte do jargão psiquiátrico, designando uma pessoa desprovida de considerações morais e éticas, capaz de agir contra os interesses alheios com cinismo e frieza. A idéia, portanto, de um “distúrbio da personalidade” apontava para uma terceira forma de compreensão do transtorno mental não propriamente física nem psíquica, mas moral, que desafiava tanto as teorias então existentes – fossem elas biológicas ou psicológicas – quanto as formas de tratamento tradicionais. Psiquiatras fisicalistas de um lado,

é bem mais que terminológica, as “neuroses” de fato deixam de existir. O que fazemos nos parágrafos que se seguem é, baseadas nos parênteses do DSM III, imaginar quais dentre os novos transtornos poderiam, a partir da ótica antiga, ser classificados como uma “neurose”.

e psicanalistas de outro, não disputavam entre si o tratamento dos chamados “psicopatas”, considerado muito difícil.

Coube à nova nomenclatura também medicalizar esses distúrbios “morais”. Assim é que o grupo “Transtornos da personalidade”, embora não tenha sido dissolvido como ocorreu com as “Neuroses”, foi desmembrado, perdendo algumas de suas subdivisões mais importantes: os “desvios sexuais” e as “drogadicções”. Antes de apresentarmos a transformação sofrida pelos antigos “desvios sexuais” é importante considerar o modo como eram definidos nas duas primeiras versões do manual.

No DSM I encontramos a seguinte especificação: “The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation)” (APA, 1952, p. 39).

No DSM II a definição se transforma um pouco:

This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward objects other than people of the opposite sex, toward sexual acts not usually associated with coitus, or toward coitus performed under bizarre circumstances as in necrophilia, pedophilia, sexual sadism and fetishism. Even though many find their practices distasteful, they remain unable to substitute normal sexual behavior for them. This diagnosis is not appropriate for individuals who perform deviant sexual acts because normal sexual objects are not available to them. (APA, 1968, p. 44, grifos nossos)

e são listados os seguintes desvios: “homossexualidade”, “fetichismo”, “pedofilia”, “travestismo”, “exibicionismo”, “voyeurismo”, “sadismo”, “masoquismo”, “outros desvios sexuais”.

Qual o destino dos “desvios sexuais” no DSM III? Em primeiro lugar o número de transtornos cresceu bastante. Em vez dos nove transtornos do DSM II encontramos 22 “Transtornos psicosssexuais”, subdivididos em quatro categorias (*Gender Identity Disorders, Paraphilias, Psychosexual Dysfunctions e Other Psychosexual Disorders*). O desdobramento dos transtornos sexuais prosseguiu no DSM IV – nesta última versão o tipo de transtorno passou a se intitular “Sexual and Gender Identity Disorders”, dele fazendo parte 27 transtornos (vários com mais de uma subdivisão), agrupados em *Sexual Dysfunctions, Paraphilias e Gender Identity Disorders* (ver anexo 4).

No DSM III o grupo “parafilias” praticamente repetia a lista publicada no DSM II, que por sua vez nada mais fazia do que listar as antigas “perversões” delineadas por Krafft Ebing no final do século XIX. A novidade está no fato da “Homossexualidade” deixar a rubrica “parafilia”, transformando-se em “Homossexualidade ego-distônica” sob a rubrica “Outros transtornos

psicossexuais”. Os dois movimentos, de permanência e transformação, apontam para uma questão de suma relevância na história das classificações psiquiátricas.

Lanteri-Laura (1994), no seu excelente estudo sobre a apropriação médica da sexualidade e seus “desvios”, demonstra como a classificação das “perversões”, surgida a partir da obra de Krafft Ebing em fins do século XIX, permanece como fato indiscutível no decorrer de todo o século XX, impermeável a observações clínicas ou discussões etiológicas. Foucault (1977), referência incontornável quando se trata de história da sexualidade, argumenta que a medicalização da sexualidade implicou, entre outros processos, a focalização nas sexualidades “periféricas”, sua delimitação e especificação rigorosas. A atenção então concedida aos “desviantes” da sexualidade conjugal (e por isso procriativa) produziu a identificação do “perverso” como uma pessoa que é definida pelos seus comportamentos sexuais e eróticos. Ao invés de fazer como as instâncias religiosas e jurídicas, que condenavam e julgavam o ato em si (por exemplo, a sodomia), passava-se a circunscrever uma patologia que comprometia o sujeito como um todo, definido pelos atos que cometia (continuando com o exemplo anterior, o sujeito que pratica a sodomia passa a *ser* um homossexual). A história das parafilias, portanto, seguindo as formulações de Lanteri-Laura e Foucault, é a história de sua apropriação médica e concomitante produção de personagens sociais. O caso da homossexualidade é exemplar porque esta era, de fato, a grande “perversão”.¹²

É quase possível falar na produção de uma nova categoria de pessoa – o “perverso” – pela psiquiatria. Dado o escopo limitado deste trabalho, não poderemos aqui discutir as implicações morais de tal classificação.¹³ É importante observar, entretanto, que essa nova “identidade” – por se constituir contra a concepção propriamente criminal ou jurídica de atos passíveis de punição legal – não era de todo antipática aos sujeitos classificados.¹⁴ A história de como a homossexualidade, após ter sido circunscrita e caracterizada como “doença” pela psiquiatria, acabou por constituir um elo político-identitário entre grupos de pessoas a ponto de sustentar um importante movimento político e cultural é, a esse respeito, emblemática. O feitiço se vira contra o feiticeiro: a luta pela retirada

12. Seguimos aqui o argumento de Lanteri-Laura acerca da centralidade da homossexualidade em todo esse processo.

13. Para uma excelente discussão desse tema, remetemos ao trabalho já citado de Lanteri-Laura.

14. Harry Oosterhuis fez uma interessante análise baseada nas cartas enviadas a Krafft Ebing por pessoas que se identificavam com os diagnósticos listados em seu manual. As cartas expressavam a felicidade e o alívio dos que se reconheciam nas categorias então descritas, e ofereciam ao psiquiatra-autor histórias de vida a serem incorporadas a novas versões do livro (Oosterhuis, 1997).

do diagnóstico “homossexualismo” do DSM II empreendida no início dos anos 1970 pelo movimento gay norte-americano é extremamente bem-sucedida.¹⁵ Além disso, a idéia da produção de personagens que encontram nas definições médicas tanto uma espécie de ancoragem identitária quanto algo contra o que se bater certamente atinge outros tipos de “desviantes”.¹⁶ Como uma via de mão dupla, acreditamos que a atual afirmação da diversidade sexual e dos direitos sexuais como parte dos direitos do cidadão aponta para uma tendência à “despatologização” das antigas “parafilias”.¹⁷

Seguindo essa linha argumentativa, parece-nos que a grande novidade introduzida pelo DSM III e versões posteriores no que tange aos “Transtornos sexuais” são duas: em primeiro lugar a própria autonomização do tema da sexualidade, que passa a qualificar um grupo em si (não mais englobado por uma outra classificação mais abrangente), e, em segundo, o transbordamento das antigas “perversões”, com a inclusão de novos *tipos* de transtornos representados de um lado pelos “Transtornos de identidade de gênero” e, de outro, pelas “Disfunções sexuais”.

Os “Transtornos de identidade de gênero” subsumem as categorias “Transexualismo” e “Transtornos de identidade de gênero da infância”. Um levantamento dos artigos sobre sexualidade publicados em dois periódicos de psiquiatria (*American Journal of Psychiatry* e *British Journal of Psychiatry*) durante os anos 1970 e 1980 mostrou-nos a pregnância do tema “transexualismo” nos debates e discussões do campo psiquiátrico americano no momento da feitura do DSM III.¹⁸ No atual estágio de nossa investigação podemos tão-somente

15. Na feitura do DSM III entretanto, o diagnóstico volta, como vimos, sob a forma “homossexualidade ego-distônica”, para desaparecer somente na revisão de 1987 (DSM IIIR).

Para uma história circunstanciada desse processo ver Bayer (1987) e também Kutchins e Kirk (1999).

16. Ver por exemplo a atual constituição de uma espécie de “cultura BDSM” que agrupa os antigos “sodomasoquistas” e afirma essa opção erótico-sexual como um estilo de vida, opondo-se frontalmente à idéia de patologia.

17. É importante considerar que a “despatologização” não se opõe à “biologização” dessas identidades – há estudos em genômica, genética e em neurociências que objetivam demonstrar a “base biológica” das “parafilias”. Não será possível aprofundar aqui essa discussão, mas há evidências de que a busca de uma base biológica de determinados comportamentos não se opõe necessariamente à afirmação identitária, muitas vezes é o contrário que ocorre. Ver sobre isso o artigo de Jennifer Terry (1997) sobre o poder de sedução da ciência na constituição da subjetividade desviante.

18. A análise dessa observação implica uma leitura atenta dos artigos encontrados, bem como a discussão das relações entre as transformações no campo cultural mais amplo e a psiquiatria. Tal pesquisa está em curso e será objeto de artigo posterior.

avancar uma hipótese: a de que, naquele momento, assistia-se a um movimento de medicalização de determinado “modo de ser” ou comportamento que, embora compartilhando com as chamadas “perversões” o fato de escapar do modelo de normalidade heterossexual, não havia ainda sido capturado pela engrenagem classificatória da psiquiatria. A partir da literatura já existente sobre o tema percebe-se que tal movimento conhece atualmente importante oposição de grupos politicamente articulados de sujeitos que se auto nomeiam “transexuais”, mas negam ser portadores de um “transtorno psiquiátrico”.¹⁹ Vemos aí se repetir a questão colocada mais acima, da luta pela “despatologização” a partir da afirmação dos direitos das chamadas “minorias sexuais”. Lembramos que neste caso trata-se não apenas de colocar em xeque o “modelo heterossexual hegemônico”, mas a própria definição de gênero – já que se está lidando com a possibilidade de um sujeito optar por um gênero diferente daquele definido no momento do nascimento.²⁰

No caso das “disfunções sexuais” temos de fato algo inteiramente novo, que ultrapassa a simples persistência da concepção oitocentista de “perversão”, voltada para as “sexualidades periféricas”, ou a mera inclusão de novos “desviantes”. A “disfunção sexual” diz respeito à “sexualidade normal”, definindo-se por “uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou por dor associada com o intercurso sexual” (APA, 1995, p. 467). O ciclo de resposta sexual, por seu turno, comporta as seguintes fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução, cada fase estando referida a transtornos específicos.

De fato, é a idéia de um funcionamento ideal ou normal da sexualidade que se depreende das descrições encontradas no manual. Na página 470 do DSM IV, por exemplo, lemos que o “Transtorno de desejo sexual hipoativo” se caracteriza por uma “deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual” e que “o baixo desejo sexual pode ser global e abranger todas as formas de expressão sexual ou pode ser situacional e limitado a um parceiro ou a uma atividade sexual específica”. Ora, a idéia de “deficiência de fantasia” ou de “baixo desejo” não deixa dúvidas quanto à concepção normativa subjacente segundo a qual há um *quantum* ideal de fantasia ou de desejo.²¹

19. O termo “transexualismo” desaparece no DSM IV, que utiliza somente a forma mais genérica “Transtornos de identidade de gênero” com as especificações: “em crianças” e “em adolescentes ou adultos”. Cabe perguntar se já se observa aí uma consequência do movimento identitário “trans” (sobre esse movimento, ver Bento, 2004).

20. É claro que o fato desse sujeito necessitar redefinir seu gênero também biologicamente (através de diversos procedimentos médicos que transformem fisicamente seu corpo, adequando-o à biologia do gênero desejado) complica bastante a discussão em torno de uma afirmação identitária independente da medicina.

21. Em outro trabalho discutimos mais longamente essa normatividade, cf. Russo (2004).

É possível articular o surgimento das “disfunções sexuais” como classificação psiquiátrica tanto ao processo já descrito de multiplicação e medicalização das antigas neuroses, quanto à ruptura com a lógica psicanalítica e à própria produção de novas representações sociais sobre os indivíduos. Acusada por alguns por seu excesso de preocupação com o “sexual”, a psicanálise, em suas diversas vertentes, vê a sexualidade como a chave do adoecimento psíquico. Ao mesmo tempo, por englobar e perpassar a vida psíquica como um todo, a sexualidade não pode ser concebida de modo isolado. A transformação promovida pelo DSM III, neste caso, diz respeito à “extração” de determinados sintomas – antes vistos como parte de um transtorno mais abrangente – que passam a constituir um transtorno em si mesmo. A sexualidade deixa de ser uma “força subjacente” ou um fundamento oculto, e passa a ser um comportamento objetivamente observável e passível de disfunção. O importante no caso é que não se trata mais de avaliar e classificar comportamentos transgressores ou marginais, mas sim a performance sexual de qualquer um. Isto é, não se está mais produzindo identidades desviantes ou definindo novos sujeitos na cena pública (como foi o caso, por exemplo, da homossexualidade), mas alargando e pavimentando o caminho para uma compreensão biomédica das perturbações mais ou menos corriqueiras da vida cotidiana.

Considerações finais

A importante e radical transformação terminológica levada à cabo pela publicação do DSM III em 1980 teve, portanto, conseqüências cruciais tanto no que tange às concepções prevalentes sobre o adoecimento psíquico quanto ao seu tratamento. Como tentamos demonstrar, as “neuroses” não tanto desapareceram, mas sofreram uma transformação radical, na verdade crescendo e se multiplicando a partir de um objetivismo descritivo como critério classificatório. O termo “neurose” – que carregava, como vimos, grande peso simbólico – foi substituído por uma multiplicidade de categorias classificatórias muito mais especificadas (sendo favorecida a designação genérica “transtorno”). O surgimento da categoria “Transtornos sexuais” – autonomizada em relação ao conjunto dos “Transtornos da personalidade” para formar um grupo específico e delimitado – segundo nossa hipótese fez parte dessa multiplicação. A essa transformação conceitual correspondeu, como não poderia deixar de ser, uma transformação concomitante no modo de tratar os transtornos. A visão predominantemente biológica que fundamenta a nova nomenclatura articula-se à hegemonia do tratamento farmacológico que, presente desde pelo menos o final dos anos 1950

no campo da psiquiatria, tem se firmado como a terapêutica por excelência dos distúrbios mentais.

A discussão que aqui empreendemos não pretendeu ser conclusiva, pelo contrário. Consideramos que há mais questões em aberto a serem debatidas e investigadas, do que o contrário. Concluimos com um comentário acerca da abrangência classificatória dos DSM's e seu significado.

David Healy, estudioso atento da psicofarmacologia, afirma que “há várias maneiras de cortar o bolo psicopatológico”. O DSM III parece ter aumentado não apenas o número de fatias, mas o próprio bolo. Segundo o mesmo Healy, o crescimento desmesurado do número de categorias diagnósticas do DSM III e versões posteriores parece manter uma relação estreita com a produção de novos medicamentos. Para além do óbvio interesse econômico contido nessa relação, entretanto, há que se considerar que o conjunto de novas classificações produz e responde a uma demanda não apenas de medicamento e alívio, mas de *sentido*. A autoridade outorgada à medicina e suas especialidades para nomear e dar sentido a diversos tipos de sofrimento e perturbação é inegável. O alargamento impressionante das possibilidades diagnósticas, com um sistema classificatório que busca dar conta de todas as perturbações possíveis do comportamento humano, expressas na delimitação de um número crescente de transtornos descritos de forma cada vez mais precisa e específica, parece não ser mais que a atualização da velha pretensão ortopédica e moralizante da psiquiatria. Entretanto, sabemos que essa velha pretensão se realiza de formas diferentes em diferentes épocas. Se todos éramos neuróticos no período de hegemonia da psicanálise, hoje cada um é capaz de encontrar seu próprio transtorno. A extrema banalização do diagnóstico psiquiátrico, se por um lado contribui para diminuir o estigma associado à doença mental, favorece ao mesmo tempo e na mesma proporção uma penetração intensa da psiquiatria e de sua lógica no dia a dia das pessoas.

Os responsáveis pelas versões mais recentes do DSM assemelham-se aos cartógrafos do conto de Borges (1960) que, insatisfeitos com o resultado de mapas cada vez maiores e mais detalhados, construíram um mapa do Império que tinha o tamanho do Império, coincidindo inteiramente com ele. Do mesmo modo que um mapa “do tamanho do Império” é inútil como mapa, a atual abrangência classificatória dos DSM's, ao se estender indefinidamente, corre o risco de abolir a própria razão de ser do manual: assinalar a presença ou a ausência de patologia.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1952.

- _____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2. ed. 1968.
- _____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. 1980.
- _____. *DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BAYER, Ronald. *Homosexuality and American Psychiatry*. New Jersey: Princeton University Press, 1987.
- _____. e SPITZER, Robert. Neurosis, psychodynamics and DSM III. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 42, p. 187-96, fev. 1985.
- BENTO, Berenice. Da transexualidade oficial às transexualidades In: CARRARA, S.; GREGORI, M. F. e PISCITELLI, A. *Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- BORGES, Jorge Luis. Del rigor de la ciencia In: *El Hacedor*. Buenos Aires: Emecé, 1960.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- GAINES, Atwood D. From DSM I to III R; Voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. Psychiatric Classification. *Social Science and Medicine*, v. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.
- 476 HEALY, David. *The anti-depressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- KUTCHINS, Herb & KIRK, Stuart. *Making us Crazy – DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. New York: The Free Press, 1999.
- LANTERI-Laura, Georges. *Leitura das perversões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- OOSTERHUIS, Harry. Richard von Kraft-Ebing's "step-children of nature": psychiatry and the making of homosexual identity. In: ROSARIO, V. (org.). *Science and Homosexualities*. New York: Routledge, 1997.
- RUSSO, Jane. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na psiquiatria contemporânea In: CARRARA, S.; GREGORI, M. F. e PISCITELLI, A. *Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- _____. & HENNING, Marta. O sujeito da "psiquiatria biológica" e a concepção moderna de pessoa. *Antropolítica*, 6, p. 39-56, 1º semestre 1999.
- SHORTER, Edward. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley and Sons, 1997.
- SWAIN, Gladys (1987). Chimie, cerveau, esprit et société – Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale. In: *Dialogue avec l'insensée*. Paris: Galimard, 1994.
- TERRY, Jennifer. The seductive power of science in the making of deviant subjectivity. In: ROSARIO, V. (org.). *Science and Homosexualities*. New York: Routledge, 1997.

VENANCIO, Ana Teresa A. *O eu dividido moderno: uma análise antropológica da categoria esquizofrenia*. 1998. Tese (doutorado), PPGAS, Museu Nacional/UFRJ.

WILSON, M. DSM III and the transformation of american psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry*, v. 150, n. 3, p. 399-410, 1993.

YOUNG, Allan. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

Resumos

La tercera versión del Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III), publicado por la American Psychiatric Association en 1980, implicó un cambio de paradigma en el conocimiento psiquiátrico vigente, tanto en los Estados Unidos como en el contexto internacional en general. Presentamos un pequeño histórico de esa transformación y buscamos exponer y discutir la nueva arquitectura del manual y su lógica clasificatoria. Construimos nuestra argumentación alrededor del destino reservado a las antiguas "neurosis" y a los nuevos "trastornos sexuales".

Palabras claves: Historia de la psiquiatría, diagnóstico, DSM III

La troisième version du Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III), publié par l' American Psychiatric Association en 1980 a entraîné un changement de canon dans le savoir psychiatrique, non seulement aux États Unis, mais aussi dans les autres pays du monde. Nous présentons l'histoire résumée de cette transformation, en analysant le changement de l'architecture et de la logique sous-jacente du manuel. Notre argumentation est centrée sur le nouveau statut des névroses et des "troubles sexuels".

Mots clés: Histoire de la psychiatrie, diagnostique, DSM III

The third edition of the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III), published by the American Psychiatric Association in 1980, brought about a paradigmatic change in psychiatric knowledge in the United States, as well as in other countries around the world. In this article we present a short history of this change, and discuss the new architecture of the manual and its logic of classification. Our argument focuses around the way the concepts of "neurosis" and "sexual disorders" were dealt with in the latest version of the manual.

Key words: History of psychiatry, diagnosis, DSM III

ANEXO 1
AS NEUROSES NOS DSM I E II

DSM I

30 Psychoneurotic disorders

40 Psychoneurotic reactions

- 40.0 Anxiety reaction
- 30.1 Dissociative reaction
- 30.2 Conversion reaction
- 30.3 Phobic reaction
- 30.4 Obsessive compulsive reaction
- 30.5 Depressive reaction
- 30.6 Psychoneurotic reaction, other

DSM II

Neuroses

- 300.00 Ansiosa
- 300.10 Histérica
- 300.13 Histérica, tipo conversão
- 300.14 Histérica tipo dissociativo
- 300.21 Fóbica
- 300.30 Obsessiva-compulsiva
- 300.40 Depressiva
- 300.50 Neurastênica
- 300.60 De despersonalização
- 300.70 Hipocondríaca
- 300.80 Outras neuroses

ANEXO 2

DSM III (GRUPAMENTOS EM QUE FORAM INCLUÍDAS AS ANTIGAS NEUROSES)

Anxiety disorders

Phobic disorders (or Phobic neuroses)

- 300.21 *Agoraphobia with panic attacks*
- 300.22 *Agoraphobia without panic attacks*
- 300.23 *Social phobia*
- 300.29 *Simple phobia*

Anxiety states (or anxiety neuroses)

- 300.01 *Panic disorder*
- 300.02 *Generalized anxiety disorder*
- 300.30 *Obsessive compulsive disorder (or Obsessive compulsive neurosis)*

Post-traumatic stress disorder (*acute; chronic or delayed; Atypical anxiety disorder*)

Somatiform disorders

- 300.81 *Somatization disorder*
- 300.11 *Conversion disorder (or Hysterical neurosis, conversion type)*
- 307.80 *Psychogenic pain disorder*
- 300.70 *Hypochondriasis (or Hypochondriacal neurosis)*
- 300.70 *Atypical somatiform disorder (300.71)*

Dissociative disorders (or hysterical neuroses, dissociative type)

- 300.12 *Psychogenic amnesia*
- 300.13 *Psychogenic fugue*
- 300.14 *Multiple personality*
- 300.60 *Depersonalization disorder (or Depersonalization neurosis)*
- 300.70 *Atypical dissociative disorder*

Não estão aí incluídos a “depressão neurótica” e os vários “Transtornos Psicosexuais”

ANEXO 3

DSM IV (GRUPAMENTOS CORRESPONDENTES AOS DAS ANTIGAS NEUROSES)

Anxiety disorders

- 300.01 *Panic Disorder without Agoraphobia*
- 300.21 *Panic Disorder with Agoraphobia*
- 300.22 *Agoraphobia without History of Panic Disorder*

- 300.29 Specific Phobia
Specify Type: Animal Type/Natural Environment Type/Blood-
Injection-Injury Type/Situational Type/Other Type
- 300.23 Social Phobia
Specify if: Generalized
- 300.3 Obsessive-Compulsive Disorder
Specify if: With Poor Insight
- 309.81 Posttraumatic Stress Disorder
Specify if: Acute/Chronic
Specify if: With Delayed Onset
- 308.3 Acute Stress Disorder
- 300.02 Generalized Anxiety Disorder
- 293.89 Anxiety Disorder Due to... [*Indicate the General Medical Condition*]
Specify if: With Generalized Anxiety/With Panic Attacks/With
Obsessive-Compulsive Symptoms
- ____. Substance-Induced Anxiety Disorder (*refer to Substance-Related
Disorders for substance-specific codes*)
Specify if: With Generalized Anxiety/With Panic Attacks/With
Obsessive-Compulsive Symptoms/With Phobic Symptoms
Specify if: With Onset During Intoxication/ With Onset During
Withdrawal
- 300.0 Anxiety Disorder NOS

Somatoform disorders

- 300.81 Somatization Disorder
- 300.81 Undifferentiated Somatoform Disorder
- 300.11 Conversion Disorder
Specify Type: with Motor Symptom or Deficit/ with Sensory
Symptom or Deficit/with Seizures or Convulsions/with Mixed
Presentation
- 307.xx Pain Disorder
.80 Associated with Psychological Factors
.89 Associated with Both Psychological Factors and a General Medical
Condition
Specify if: Acute/Chronic
- 300.7 Hypochondriasis
Specify if: with Poor Insight
- 300.7 Body Dysmorphic Disorder
- 300.81 Somatoform Disorder NOS

Dissociative disorders

- 300.12 Dissociative Amnesia
- 300.13 Dissociative Fugue
- 300.14 Dissociative Identity Disorder
- 300.6 Depersonalization Disorder
- Dissociative Disorder NOS

ANEXO 4

LISTA DE DESVIOS/TRANSTORNOS SEXUAIS EM TRÊS VERSÕES DO MANUAL (II, III E IV)

DSM II – DISTÚRBIOS DAS PERS. E OUTROS DIST. MENTAIS NÃO -PSICÓTICOS

Desvios Sexuais

- Homossexualidade
- Fetichismo
- Pedofilia
- Travestismo
- Exibicionismo
- Voyeurismo
- Sadismo
- Masoquismo
- Outros desvios sexuais

481

DSM III – PSYCHOSEXUAL DISORDERS

Gender identity disorders <i>Transsexualism</i> <i>Gender identity disorder of childhood</i> <i>Atypical gender identity disorder</i>	Psychosexual dysfunctions <i>302.71 Inhibited sexual desire</i> <i>302.72 Inhibited sexual excitement</i> <i>302.73 Inhibited female orgasm</i> <i>302.74 Inhibited male orgasm</i> <i>302.75 Premature ejaculation</i> <i>302.76 Functional dyspareunia</i> <i>306.51 Functional vaginismus</i> <i>302.70 Atypical psychosexual dysfunction</i>
Paraphilias <i>Fetishism</i> <i>Transvestism</i> <i>Zoophilia</i> <i>Pedophilia</i> <i>Exhibitionism</i> <i>Voyeurism</i>	Other psychosexual disorders <i>302.00 Ego-dystonic homosexuality</i>

<i>Sexual masochism</i> <i>Sexual sadism</i> <i>Atypical paraphilia</i>	302.89 <i>Psychosexual disorder not elsewhere classified</i>
---	--

DSM IV – SEXUAL AND GENDER IDENTITY DISORDER

Sexual dysfunctions

The following specifiers apply to all primary Sexual Dysfunctions:

Lifelong Type/Acquired Type/Generalized Type/Situational Type/Due to Psychological Factors/Due to Combined Factors

• *Sexual Desire Disorders*

302.71 Hypoactive Sexual Desire Disorder

302.79 Sexual Aversion Disorder

• *Sexual Arousal Disorders*

302.72 Female Sexual Arousal Disorder

302.72 Male Erectile Disorder

• *Orgasmic Disorders*

302.73 Female Orgasmic Disorder

302.74 Male Orgasmic Disorder

302.75 Premature Ejaculation

• *Sexual Pain Disorders*

302.76 Dyspareunia (Not Due to a General Medical Condition)

306.51 Vaginismus (Not Due to a General Medical Condition)

• *Sexual Dysfunction Due to a General Medical Condition*

625.8 Female Hypoactive Sexual Desire Disorder Due to...

608.89 Male Hypoactive Sexual Desire Disorder Due to...

607.84 Male Erectile Disorder Due to...

625.0 Female Dyspareunia Due to...

626.0 Male Dyspareunia Due to...

625.8 Other Female Sexual Dysfunction Due to Other Male Sexual Dysfunction Due to...

____. Substance-Induced Sexual Dysfunction

Specify if: With Impaired Desire/ With Impaired Arousal/ With Impaired Orgasm/With Sexual Pain

Specify if: With Onset During Intoxication

302.70 Sexual Dysfunction NOS (Not otherwise specified)

Paraphilias

Exhibitionism

302.81 Fetishism

302.89 Frotteurism

302.2 Pedophilia

Specify if: Sexually Attracted to Males/Sexually Attracted to Females/
Sexually Attracted to Both

Specify if: Limited to Incest

Specify type: Exclusive Type/Nonexclusive Type

302.83 Sexual Masochism

302.84 Sexual Sadism

302.3 Transvestic Fetishism

Specify if: with Gender Dysphoria

302.82 Voyeurism

302.9 Paraphilia NOS

Gender identity disorders

302.xx Gender Identity Disorder

.6 in Children

.85 in Adolescents or Adults

Specify if: Sexually Attracted to Males/Sexually Attracted to Females/
Sexually Attracted to Both/ Sexually Attracted to Neither

302.6 Gender Identity Disorder NOS

302.9 Sexual Disorder NOS