

Perturbações pela utilização de substâncias: Abuso, Dependência e Descontrolo (1)

Thomas A. Widiger & Gregory T. Smith

RESUMO: O objectivo deste artigo é a revisão dos conceitos de diagnóstico de abuso e dependência de substâncias estabelecidos pelo DSM-III, pelo DSM-III-R, e pelo próximo DSM-IV. A revisão inclui os princípios seguintes: que não existem critérios infalíveis que permitam identificar se um indivíduo não possui controlo suficiente sobre a utilização de uma droga; que o descontrolo existe em continuum; que o descontrolo de utilização de uma substância partilha muitas propriedades formais com o descontrolo comportamental dentro de outros domínios; e que o diagnóstico de uma perturbação mental deveria estar isento de conotações moralistas. Concluimos este artigo com uma proposta de alterações: que no DSM-IV os diagnósticos de abuso e dependência sejam reunidos dentro de um diagnóstico de perturbação por uso descontrolado de substâncias; e que a dependência fisiológica de uma substância seja considerada dentro do diagnóstico de intoxicação e privação.

ABSTRACT: The purpose of this paper is to review the diagnostic concepts of substance abuse and substance dependence provided in DSM-III, DSM-III-R, and the forthcoming DSM-IV. The review incorporates the principles that there are no infallible criteria for identifying when a person lacks sufficient control over the usage of a drug, that dyscontrol exists on a continuum, that substance use dyscontrol shares many formal properties with behavioral dyscontrol within their domains, and that the diagnosis of a mental disorder should be free of moralistic connotations. We conclude the paper with an alternative proposal, wherein the DSM-IV diagnoses of abuse and dependence are collapsed within one diagnosis of substance dyscontrol disorder and physiological substance dependence is placed with the diagnoses of substance intoxication and substance withdrawal.

RESUMÉ: L'objet de cet article c'est la revision des concepts de diagnostique d'abus et de dépendance de drogues établis par le DSM-III, le DSM-III-R, et le futur DSM-IV. L'étude concerne les principes suivants: qu'il n'existe pas de critères immanquables qui permettent d'identifier une personne qui n'a pas de contrôle suffisant sur l'usage d'une substance; que le décontrole existe en continuum; que le décontrole de l'usage d'une substance partage beaucoup de propriétés formelles avec le décontrole comportemental dans d'autres domaines; et que le diagnostique d'un trouble mental devrait être absent de rapports moralistes. On fini cet article avec une proposition d'altérations: que dans le DSM-IV les diagnostiques d'abus et de dépendance soient reunis dans un diagnostique de trouble par usage décontrolée d'une substance; et que la dépendance physiologique d'une drogue soit considérée dans le diagnostique d'intoxication et de privation.

(1) Substance use disorder: abuse, dépendance and dyscontrol – *Adiction*, 1994, 89, 267-282

Introdução

Uma perturbação mental "é essencialmente um enfraquecimento involuntário do organismo no funcionamento psicológico" (Widiger & Trull, 1991, p. 112). Uma perturbação mental envolve o descontrolo e enfraquecimento, ou o que Wakefield (1992a, 1992b) descreveu como "disfunção prejudicial". As pessoas são livres (provavelmente) de se envolverem em actos prejudiciais, ilegais e/ou irresponsáveis. Um acto desadaptado é o resultado de uma perturbação mental na medida em que é ocasionado por um enfraquecimento do organismo no funcionamento psicológico. O uso de drogas, por si só, não é necessariamente uma perturbação mental: podemos escolher entre violar a lei ou tomar uma droga que nos é nociva. O uso de drogas transforma-se numa perturbação pela utilização de substâncias quando as pessoas são incapazes, de forma significativa, de controlar a sua utilização.

A terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA) (DSM-III; APA, 1980) inclui muitas revisões inovadoras e importantes (Akistal, 1989; Kendell, 1983). Entre elas destaca-se a distinção entre abuso e dependência de substâncias (Nathan, 1991; Spitzer, Williams & Skodol, 1980). Diversos estudos longitudinais indicaram que muitas pessoas com aparente descontrolo na utilização de uma substância não desenvolveram uma dependência fisiológica evidente (Cahalan, 1970; Fillmore, 1988; Hassin, Grant & Endicott, 1990; Roizen, Cahalan & Shanks, 1978). Assim, o DSM-III estabeleceu o diagnóstico de abuso de substâncias com o intuito de identificar as pessoas com descontrolo aparente, que ainda não desenvolveram ou que poderão nunca vir a apresentar dependência fisiológica. O objectivo deste documento é rever os esforços dos autores do DSM-III, do DSM-III-R e do DSM-IV na definição dos conceitos de abuso e dependência de substâncias, e proporcionar uma proposta alternativa baseada nos princípios a seguir mencionados.

Propomos que um sistema de diagnóstico para a perturbação pela utilização de substâncias deve estar de acordo com os princípios seguintes. Em primeiro lugar, não existem critérios infalíveis que permitam identificar quando uma pessoa não tem controlo suficiente sobre o uso de uma droga. O descontrolo é um constructo hipotético (Meehl, 1986; Moore, 1975); uma questão crucial na elaboração de qualquer sistema de diagnóstico das perturbações pela utilização

de substâncias é o modo como avaliar adequadamente este constructo. Devemos apoiar-nos em diversos indicadores falíveis, tais como o uso continuado, apesar de existência de sofrimento subjectivo, e/ou a presença de custos significativos no funcionamento social e profissional. Um dos indicadores com mais peso nas abordagens deste problema efectuadas em cada DSM, foi a dependência fisiológica. Este é um indicador válido do descontrolo, mas é também falível, como referiremos. É de facto questionável se as pessoas podem escolher livremente tomar uma substância quando também têm que continuar a usá-la para evitar os sintomas de privação. Clinicamente, tem sido admitido que o uso continuado de diversas substâncias é devido, em grande parte, à dependência fisiológica (Caetano, 1985; Hassin et al., 1988). No entanto, poderão existir situações em que haja dependência fisiológica relevante sem descontrolo comportamental significativo. A dependência fisiológica, por si só, não constitui condição necessária nem suficiente para estabelecer o descontrolo comportamental.

Em segundo lugar, o descontrolo existe num *continuum* (Cf. Edwards, 1986; Pattison, Sobell & Sobell, 1977; Sanchez - Craig, 1986; Skinner, 1988, 1990). A amplitude do descontrolo pode variar de acordo com as pessoas, as situações e o tempo, no que respeita a uma pessoa em particular. Os clínicos necessitam de um sistema que lhes permita descrever o grau de descontrolo e não só a sua presença *versus* ausência.

Em terceiro lugar, as perturbações pela utilização descontrolada de substâncias partilham muitas características com perturbações comportamentais noutros domínios, como, por exemplo, o jogo patológico (Bradley, 1990; Goodman, 1990; Marks, 1990a). É claro que existem importantes distinções diagnósticas em função do objecto do descontrolo, mas existem evidências crescentes de que o processo de descontrolo adictivo possui muitas semelhanças a nível comportamental.

Em quarto lugar, o diagnóstico de uma perturbação mental (incluindo perturbações pela utilização de substâncias) deveria ser isento de conotações moralistas ou pejorativas. Muitos dos comportamentos associados ao descontrolo por uso de substâncias podem causar danos ao utilizador ou a outros e, por isso, podem ser alvo de condenação por parte da sociedade. Isto, por si só, não constitui, no entanto, base suficiente para o diagnóstico de uma perturbação mental.

Dependência de substâncias

O conceito de dependência era bastante claro no DSM-III (APA, 1980). "No DSM-II, o termo 'dependência' incluía tanto a dependência psicológica como a fisiológica. No DSM-III, o termo dependência é usado, unicamente, no sentido fisiológico e exige a presença de tolerância ou privação" (APA, 1980, p. 381). A tolerância e a privação, no entanto, são elas próprias muito falíveis na avaliação de uma dependência fisiológica (i.e., Grant et al., 1992). A tolerância pode ter lugar através de diferentes mecanismos; aspectos diferentes do efeito de uma droga podem ser susceptíveis de tolerância (e.g., o efeito de euforia é mais susceptível à tolerância do que o efeito da depressão respiratória no caso de barbitúricos); podem existir diferenças individuais substanciais na quantidade de uma droga que irá produzir tolerância; a tolerância pode ocorrer muito depressa para algumas drogas (e.g., opiáceos); e uma diminuição do efeito desejado pode ter pouco a ver com a verdadeira tolerância fisiológica (e.g., pode reflectir uma perda de novidade ou uma memória deficiente para os efeitos prévios) (Rounsaville, 1987).

Rounsaville (1987) verificou também falibilidades comparáveis para o critério de privação. Os sintomas de privação variam segundo as drogas e são muitas vezes não específicos. As náuseas, o mal estar e a irritabilidade são sintomas observados na privação do álcool mas podem também ocorrer após um único episódio de uso excessivo. Os sintomas mais específicos (e.g., convulsões e tremores grosseiros) podem não ser, por si só, suficientemente sensíveis. Para além disso, a privação pode ser evitada por largos períodos de tempo se houver uma utilização regular, de modo especial se a droga possuir uma vida-média longa (Barbor et al., 1987).

Rounsaville (1987) verificou, também, que "um adicto por iatrogenização" (p. 187) (e.g. alguém que se tornou fisicamente dependente de uma droga incluída na terapêutica de um pós-operatório) seria abrangido pelos critérios do DSM-III para a dependência de substâncias mas, segundo Rounsaville, não sofreria, de facto, de uma perturbação pela utilização de substâncias. Rounsaville (1987) sugeriu que, "dados os aspectos potencialmente estigmatizantes de um diagnóstico de dependência, poderia considerar-se que o diagnóstico deveria ser reservado" (p. 188) a pessoas que evidenciassem também outros indicadores de descontrolo, como foi indicado (naquele tempo) nos critérios do DSM-III para abuso.

Para além disso, considerando que a dependência de substâncias é simplesmente uma questão de dependência fisiológica,

o tratamento deveria ser linear e bem sucedido. O tratamento bem sucedido deveria simplesmente corresponder a uma desabilitação que eliminasse tanto a privação como a tolerância. Uma vez ultrapassada a dependência fisiológica, a perturbação teria desaparecido. No entanto, ficou claramente estabelecido que o tratamento bem sucedido deve também centrar-se na prevenção de uma recaída ao longo de um período de tempo prolongado, que ocorreria independentemente da remissão da tolerância e da privação (Marlatt & Gordon, 1985). A patologia dos doentes com dependência de substâncias parece envolver mais do que, simplesmente, a dependência fisiológica.

Rounsaville (1987) preferiu a definição de dependência de substâncias desenvolvida por Edwards e colaboradores (Edwards, 1986; Edwards & Gross, 1976) e que foi adoptada na sua maior parte pela Organização Mundial de Saúde (Edwards, Arif & Hodgson, 1981). Neste modelo, a dependência não se reporta a uma dependência fisiológica, mas antes a uma dependência comportamental (desenvolvida na teoria explicativa de Edwards através do condicionamento operante). As características principais desta "síndrome de dependência" incluem uma limitação do repertório comportamental (o uso de substâncias torna-se estereotipado segundo um modo regular de utilização diária ou quase contínua), uma maior importância dos comportamentos relacionados com a obtenção das substâncias (é dada maior prioridade ao uso das substâncias do que a outras actividades consideradas previamente como importantes, apesar das consequências negativas do seu uso), uma utilização compulsiva (sensações subjectivas de "ânsias" e diminuição do controlo sobre a quantidade e a frequência do uso), aumento da tolerância, sintomas de privação repetidos, o uso para evitar os sintomas de privação (e.g., beber de manhã), e susceptibilidade à recaída (tendência para um reaparecimento rápido deste quadro quando é retomado o uso após um período de abstinência).

A síndrome de dependência tem um suporte empírico substancial (Bryant, Rounsaville & Babor, 1991; Hodgson et al., 1978; Kosten et al., 1987; Skinner & Allen, 1982) e consigna muitas das críticas à formulação de dependência fisiológica do DSM-III identificada por Rounsaville e colaboradores. Como resultado, a versão do DSM-III-R de dependência de substâncias foi largamente baseada neste modelo (Rounsaville & Kranzier, 1989; Rounsaville, Spitzer & Williams, 1986). Antes de se fazer uma crítica a esta revisão, é conveniente discutir primeiro o diagnóstico de abuso de substâncias do

DSM-III, dado que as dificuldades surgidas na dependência de substâncias do DSM-III-R requerem uma compreensão das dificuldades com o conceito e diagnóstico de abuso.

Abuso de substâncias

O DSM-III não forneceu uma definição conceptual do abuso de substâncias; foi caracterizada, simplesmente, por exclusão. Envolve os casos de uso inadequado que aparentemente não eram devidos a dependência fisiológica (APA, 1987; Spitzer et al., 1980). Foi operacionalizada por três indicadores: (a) modo (aparente) de uso patológico (e.g., intoxicação durante todo o dia, incapacidade para diminuir ou interromper o consumo, persistência no consumo apesar das consequências físicas graves e da necessidade de um consumo quotidiano para manter o funcionamento adequado); (b) insuficiência no funcionamento social ou profissional causado pelo modo de utilização (e.g., incapacidade do indivíduo assumir as suas obrigações, acidentes, actos criminosos, absentismo no trabalho ou perda do emprego associadas ao uso de substâncias); e (c) duração do uso patológico aparente por um período de, pelo menos, um mês.

A diferença entre abuso de substâncias e dependência obtive, desde então, apoio empírico (e.g., Hassin et al., 1988; Hermos et al., 1988; Kosten & Kosten, 1990; Rounsaville et al., 1987). Contudo, segundo Nathan (1991), poderiam ser obtidos resultados comparáveis através de qualquer indicador da gravidade da perturbação (e.g., idade de início, duração, intensidade do uso, número de drogas envolvidas, grau de insuficiência no funcionamento social, profissional ou físico; Schuckit, 1985). Existem poucos estudos (se é que existem alguns) sobre a distinção conceptual entre abuso e dependência fisiológica. A nossa crítica à classificação de abuso no DSM-III evidencia, em particular, a ausência de qualquer significado conceptual, a falibilidade dos critérios de diagnóstico e as suas conotações moralistas.

Abuso versus dependência psicológica

Pela afirmação seguinte podemos inferir que o abuso de substâncias envolvia casos de "dependência psicológica". "No DSM-II o termo 'dependência' incluía quer a dependência psicológica quer a fisiológica (enquanto) no DSM-III o termo dependência é usado unicamente no sentido fisiológico" (APA, 1980, p. 381). Contudo, esta afirmação não implica, efectivamente, que abuso seja sinónimo de depen-

dência psicológica; indica, simplesmente, que tais casos cairiam no âmbito do diagnóstico de abuso. De qualquer modo, não é evidente o que se quer dizer com dependência psicológica. Dependência física implica que a pessoa necessita de uma ingestão regular da substância para um desempenho físico adequado (satisfatório); uma dependência psicológica implicaria então que a pessoa necessitasse de uma utilização regular para um desempenho psicossocial adequado (satisfatório). No entanto, "a necessidade diária do uso da substância para um desempenho adequado" (APA, 1987, p. 164) era apenas um de vários indicadores para o diagnóstico de abuso no DSM-III. Podemos encontrar o critério para abuso sem existir dependência psicológica.

Rinaldi et al., (1988) definiram dependência psicológica como "o estado emocional de desejo imperioso de uma droga tanto pelo seu efeito positivo como para evitar os efeitos negativos associados à sua ausência" (p. 557). Por exemplo, pode ficar-se psicologicamente dependente de uma droga para minimizar, suportar ou evitar os afectos negativos (ansiedade, depressão ou raiva) que podem (ou não) estar associados a conflitos pessoais ou interpessoais. Mais uma vez, no entanto, é notório que se pode ser abrangido pelo critério de diagnóstico para o abuso de substâncias do DSM-III (uso descontrolado que resulta numa insuficiência significativa do ponto de vista social e profissional) sem se estar psicologicamente dependente da droga. O descontrolo ocorrerá por razões diferentes da dependência psicológica.

Falibilidade dos critérios de abuso

Uma segunda dificuldade com o diagnóstico de abuso no DSM-III foi a falibilidade dos critérios utilizados. A maioria deles, senão todos, podiam ocorrer em pessoas com dependência fisiológica. A impossibilidade de reduzir o uso e uma necessidade de utilização diária, podem ocorrer na maioria dos casos de dependência fisiológica.

As únicas pessoas com dependência fisiológica que poderiam não evidenciar indicadores de abuso seriam as que são capazes de manter um fornecimento adequado (e.g., doentes com prescrição de narcóticos, médicos ou farmacêuticos que se auto-medicam, ou pessoas dependentes de drogas facilmente acessíveis tais como a nicotina, a caféina e, por vezes, o álcool). Para essas pessoas, o acesso à substância poderá permitir-lhes não desenvolver os problemas comportamentais descritos nos critérios de abuso do DSM-III. Foi, de facto, considerado no DSM-III que "quase de

modo invariável (em casos de dependência) existe também um padrão de uso patológico que provoca insuficiência no desempenho social ou profissional” (APA, 1980, p. 165). Era, de facto, necessário, para o diagnóstico de dependência do álcool e da cannabis um padrão aparente de uso patológico ou de insuficiência (mas não para o diagnóstico de dependência de barbitúricos, opiáceos ou anfetaminas, que requeria apenas tolerância ou privação). Para a dependência do tabaco os critérios foram a impossibilidade de diminuir a utilização, o uso continuado apesar das consequências clínicas prejudiciais ou os sintomas de privação (i.e., qualquer dos dois indicadores de abuso abrangiam o critério para dependência física).

Moral versus abuso clínico

Uma crítica final à classificação do abuso de substâncias era o rótulo de “abuso”. Nos DSM-I e DSM-II a dependência de drogas e o alcoolismo estavam agrupados com o comportamento anti-social e os desvios sexuais. As suas semelhanças aparentes eram a discordância e a condenação por parte da sociedade (Nathan & Harris, 1975). “O DSM-III ... afastou-se da moralização implícita ... fixando uma categoria separada para as perturbações ocasionadas pela utilização de substâncias, eliminando, assim, a culpa que existia implicitamente nas concepções do DSM-I e do DSM-II” (Nathan, 1991, p. 356). O diagnóstico de abuso de substâncias é feito não por ser um comportamento imoral, ilegal ou repreensível, mas por ser um comportamento perturbado (descontrolado) com consequências nocivas (Wakefield, 1992a).

No entanto, o termo “abuso” continua a ter uma conotação moralista ou pejorativa (Blackwell, 1987; Peyser & Gitlow, 1988), comparável a uma censura parental por mau comportamento (e.g., a masturbação, em determinada altura, foi caracterizada como “abuso de si próprio”). O termo abuso não implica, na verdade, um descontrolo ou uma perturbação, mas sim uma violação condenável de uma norma social (e.g., a pessoa abusou do privilégio de existir droga disponível). Até mesmo as tentativas científicas para definir o conceito de abuso estão cheias de conotações moralistas. O Conselho para os Assuntos Científicos sobre Abuso de Drogas e Alcoolismo da Associação Médica Americana, propôs como definição para abuso de droga, “qualquer uso de drogas que dê origem a danos do ponto de vista físico, psicológico, económico, legal ou social ao

utilizador ou a outros afectados pelo comportamento dos utilizadores” (Rinaldi et al., 1988, p. 557). Esta definição não faz referência ao descontrolo; como consequência, o abuso deve ser diagnosticado perante qualquer uso que seja provavelmente condenável, criticável ou censurável. Assim, qualquer utilização de uma substância ilegal (e.g., heroína), ou que possa causar prejuízo a outrem (e.g., fumar numa sala superlotada) ou a si próprio (e.g., beber álcool apesar da presença de uma úlcera) constituiria abuso. Estes são comportamentos que podem, na verdade, justificar críticas ou condenações, mas que não reflectem, necessariamente, uma perturbação mental. De novo, as pessoas são livres de tomar decisões irresponsáveis, indelicadas e mesmo prejudiciais.

O ICD-9 e o ICD-10 usaram, antes, termos tais como “uso prejudicial” e “uso perigoso” em vez de abuso (Organização Mundial de Saúde, 1992). Estes termos são preferidos ao termo abuso porque são isentos de conotações moralistas e pejorativas. No entanto, são problemáticos, porque também não sugerem uma perturbação ou descontrolo. De acordo com o atrás mencionado, as pessoas que se envolvem no uso prejudicial ou arriscado de uma droga não sofrem necessariamente de uma perturbação mental (i.e., descontrolo na forma de uso de drogas). Podem ser insensatas, imprudentes ou irresponsáveis, mas têm (presumivelmente) competência e liberdade para tomar estas decisões. A diferença entre uma perspectiva clínica e moralista é problematizada pela diferenciação entre utilização não patológica (normal mas potencialmente imoral) e utilização patológica (descontrolada). Nenhum dos indicadores do diagnóstico de abuso do DSM-III são infalíveis na sua avaliação do descontrolo. À medida que as pessoas se envolvem em comportamentos que resultem em danos físicos, psicológicos, económicos, legais e/ou sociais para si próprias (ou outros) aumenta a probabilidade de perderem o controlo adequado, uma vez que não se espera que as pessoas continuem a prejudicar-se (ou aos outros) por vontade própria ou intencionalmente. No entanto, é facilmente concebível que se possa escolher ou decidir usar uma droga apesar de ter conhecimento das suas consequências prejudiciais. O DSM-III tentou evitar estes diagnósticos falsamente positivos exigindo uma variedade de indicadores de uso descontrolado, a ocorrência de insuficiências sociais e profissionais e uma duração de tempo superior a um mês. A presença destes três factores aumenta a probabilidade (mas nunca asseguraria) que a pessoa perdeu o controlo adequado. O facto destes indicadores falíveis de descontrolo poderem

variar ao longo do tempo e das situações (Miller & Gold, 1989) dificulta ainda mais a diferença entre uso prejudicial voluntário e uso descontrolado. As consequências do descontrolo no âmbito social, profissional e legal podem variar substancialmente segundo as sociedades e ao longo do tempo dentro de uma sociedade. Rounsaville et al., (1986), foram ao ponto de sugerir que “as acções de uma legislatura num determinado Estado (através da revisão das leis respeitantes ao uso de substâncias) podem determinar o número de residentes abrangidos pelos critérios do DSM-III para uma perturbação mental (i.e., abuso do álcool)” (p. 464). Por exemplo, o princípio para uma convicção DUI mudou substancialmente em muitas comunidades americanas ao longo da última década e talvez pudessem ou deveriam mudar também as implicações de uma condenação DUI para avaliação do descontrolo. Do mesmo modo, aquilo que constitui uma “incapacidade para reduzir” (APA, 1980, p. 164) pode variar consoante as culturas ou as sociedades variem nas suas restrições do uso de drogas. Uma pessoa educada numa sociedade que aceitasse o uso substancial de drogas, deveria ser diagnosticada como tendo uma perturbação pelo abuso de substâncias, no caso de não conseguir abster-se da continuação do seu uso, uma vez inserida numa sociedade que não o permitisse?

Helzer e Canino (1989) sublinham a relação das consequências sociais do uso de drogas com diversas culturas e Halzer (1994) alega que, mesmo que as normas mudem (ao longo do tempo e segundo as sociedades), é da responsabilidade de cada um adaptar-se a um novo conjunto de padrões. A pessoa que se muda de um local liberal (tolerante) para um conservador (restritivo) teria, certamente, uma perturbação na sua capacidade de controlo do uso de drogas caso não conseguisse diminuir o uso, de modo a ajustar-se aos novos padrões. Poderia escolher desafiar os novos padrões e, neste caso, o diagnóstico teria que considerar outros indicadores de descontrolo (também falíveis) (e.g., uso continuado sendo responsável por conflitos matrimoniais e complicações médicas a acrescentar a complicações legais).

Helzer (1994) no entanto, não pode apreciar as implicações da mudança dos padrões para as pessoas antes inseridas em locais mais liberais (tolerantes). Se a pessoa carecia do controlo adequado em local mais restritivo porque era incapaz de se adaptar aos novos padrões, então também carecia de controlo adequado nos locais mais liberais? De facto, existem diversas possibilidades no que se refere ao

nível do descontrolo de um indivíduo. A pessoa poderia ter um “descontrolo latente”: existia dificuldade do controlo do uso, mas o “setting” liberal, facilitando a disponibilidade da droga, bem como normas permissivas do seu uso impediam a pessoa de desenvolver sofrimento e permitiam que a disfunção social e profissional se mantivesse abaixo do limiar para um diagnóstico clínico. Ou, em vez disso, a pessoa possuía o controlo adequado para manter o uso ao nível tolerado pela sociedade liberal, mas carecia do controlo suficiente para reduzir o uso para o nível exigido pela sociedade mais restritiva. A ambiguidade desta avaliação ilustra a falibilidade de tentar caracterizar o descontrolo dentro de um determinado contexto social ou situacional (Rounsaville & Kranzier, 1989).

Dependência e abuso no DSM-III-R

Como indicámos anteriormente, a dependência e abuso de substâncias no DSM-III-R basearam-se, na sua maior parte, nas críticas feitas ao DSM-III por Rounsaville e pelos seus colegas e na síndrome de dependência de acordo com o conceito de Edwards et al. (1981).

A distinção entre abuso e dependência de substâncias foi minimizada. Aquilo a que se costumava chamar abuso (é agora) incluído de um modo lato num conceito alargado de dependência comportamental. O DSM-III evidenciou uma distinção entre abuso e dependência baseada num conceito fisiológico de tolerância ou privação. O Comité Consultivo considera que esta distinção é muitas vezes difícil de fazer e que a verdadeira questão é: até que ponto o envolvimento com drogas tende a dominar a vida de um indivíduo. Ao fazer esta mudança, estamos ... a aproximar-nos da ... proposta ICD-10 que inclui o conceito de dependência comportamental (Spitzer & Williams, 1988, pp. 268-269).

Quadro 1 Critérios de diagnóstico de Abuso de Substâncias do DSM-III-R

- A. Um padrão inadaptativo de utilização de substâncias psicoactivas, indicado, pelo menos, por uma das características seguintes:
- (a) utilização continuada de uma substância psicoactiva, apesar de saber que provoca ou exacerba problemas

- persistentes ou recorrentes de carácter social, profissional, psicológico ou físico;
 - (2) utilização recorrente em situações nas quais o seu uso é fisicamente perigoso (conduzir intoxicado).
- B.** Persistência de alguns sintomas durante, pelo menos, um mês, ou ocorrência repetida durante um período de tempo mais longo.
- C.** Ausência de critérios de Dependência de Substância Psicoactiva para a substância em causa.

Os quadros 1 e 2 mostram os critérios para abuso e dependência de drogas (respectivamente). Estas revisões, contudo, foram alvo de várias críticas (e.g., Miller & Gold, 1991). Uma das críticas consistiu na impossibilidade de representar, de igual modo, todos os critérios de dependência comportamental segundo Edwards et al. (e.g., Stripp et al., 1990; Ziedonis & Kosten, 1992). No entanto, a nossa discussão limitar-se-á à preocupação que constitui o ponto fulcral deste documento, nomeadamente a distinção entre dependência fisiológica e abuso.

Abuso como categoria residual

Aquilo que no DSM-III teria sido um mero caso de abuso atinge agora, no DSM-III-R, critérios para dependência. Uma pessoa utilizando quantidades superiores às pretendidas, a conduzir intoxicada e apresentando períodos frequentes de intoxicação atingiria os critérios para dependência no DSM-III-R. Os critérios no DSM-III-R para dependência verificam-se quando “os sintomas resultam num défice moderado no desempenho profissional, nas actividades sociais habituais ou no relacionamento com outras pessoas (APA, 1987, p. 168). De acordo com a perturbação pelo abuso de substâncias no DSM-III-R, é difícil imaginar como um caso de abuso clinicamente relevante pode envolver um nível de gravidade inferior a nível moderado para dependência.

No DSM-III-R, o abuso é, principalmente, uma categoria residual, no estilo de “caixote de lixo” (Nathan, 1991). Era esta, de facto, a intenção dos autores, conforme foi explicitamente mencionado nas págs. 165, 169 do DSM-III-R (APA, 1987). O objectivo da revisão foi “reclassificar como dependentes todos os indivíduos abrangidos pelos critérios do DSM-III tanto para dependência como para abuso” (Rounsaville & Kranzier, 1989, p. 324).

“Apesar do diagnóstico de abuso do álcool ser ainda utilizado ... pretende-se contudo que seja uma categoria residual. Só deve ser usada em circunstâncias igualmente raras” (Rounsaville & Kranzier, 1989, p. 324).

O abuso de drogas no DSM-III-R é conceptualmente equivalente a uma “categoria residual”. É o “sem outra especificação” disponível para todos os tipos de perturbações mentais que não se insiram nos critérios para perturbação oficialmente reconhecidos. A dependência de substâncias sem outra especificação “é uma categoria residual para dependência (APA, 1987, p. 185), como é o abuso de substâncias (APA, 1987, pp. 165, 169). A distinção entre eles consiste em que o abuso exige um período de um mês, enquanto a dependência de substâncias (sem outra especificação), não tem requisito de tempo. Não existe, virtualmente, nenhuma distinção entre abuso e dependência de substâncias nesta categoria, a não ser que se considere significativa a existência de uma categoria residual. Ambas são categorias residuais na dependência de substâncias.

Quadro 2 Critérios de diagnóstico de Dependência de Substâncias do DSM-III-R

- A.** Pelo menos três das seguintes características:
- (1) substância tomada em quantidades crescentes ou durante um período de tempo maior do que o pretendido pelo indivíduo;
 - (2) desejo persistente ou uma ou mais tentativas, sem êxito, de parar ou controlar a utilização de substâncias;
 - (3) dispêndio de muito tempo em actividades necessárias à obtenção da substância (por exemplo: o roubo), ao seu consumo ou à recuperação dos seus efeitos;
 - (4) sintomas frequentes de intoxicação ou abstinência quando é necessário cumprir obrigações profissionais, escolares ou domésticas importantes, ou quando a utilização da substância é fisicamente perigosa (conduzir intoxicado);
 - (5) afastamento ou redução de importantes actividades sociais, profissionais ou recreativas devido à utilização da substância;
 - (6) utilização continuada da substância apesar de saber que é este uso que causa ou exacerba problemas sociais, psicológicos ou físicos recorrentes (e.g., continua a usar heroína apesar dos argumentos familiares, depressão induzida pela cocaína ou agravamento da úlcera por ingestão de álcool);
 - (7) tolerância acentuada: necessidade de quantidades cada vez

maiores de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado ou diminuição acentuada deste com a utilização continuada da mesma quantidade;

- (8) sintomas de abstinência característicos;
- (9) utilização frequente da substância para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

B. Persistência por mais de um mês de alguns sintomas da perturbação ou ocorrência repetida durante um período de tempo mais longo.

Dependência de substâncias sem dependência fisiológica

Nos DSM-I e DSM-II o termo "dependência" referia-se tanto à dependência psíquica como à fisiológica; no DSM-III referia-se unicamente à dependência fisiológica e no DSM-III-R refere-se a uma dependência comportamental que agrupa a maior parte dos abusos mas não todos os casos de dependência fisiológica. Podemos agora conhecer os critérios do DSM-III-R para dependência de substâncias sem qualquer dependência fisiológica aparente (ver Quadro 2). São necessários apenas três dos nove critérios e apenas três deles envolvem explicitamente tolerância e/ou privação. A maioria dos clínicos, contudo, continua provavelmente a considerar a dependência de substâncias como fisiológica (Skodol, 1989).

Quadro 3

Critérios de diagnóstico de Jogo Patológico do DSM-III-R (dependência de substâncias)

A. Comportamento de jogo desadaptado (utilização de substâncias) como indicam pelo menos quatro (três) das seguintes características:

- (1) frequentemente, jogo envolvendo maiores quantidades de dinheiro ou mais tempo do que o pretendido inicialmente (substância tomada em maiores quantidades ou durante um período de tempo maior do que o indivíduo pretendia);
- (2) esforços repetidos para reduzir ou parar o jogo (desejo persistente ou uma ou mais tentativas sem êxito de parar ou controlar a utilização de substâncias);
- (3) frequente preocupação com jogo ou com obtenção de dinheiro para jogar (dispêndio de muito tempo em actividades necessárias à obtenção da substância, ao seu consumo ou à recuperação dos seus efeitos);

- (4) actividade de jogo em alturas em que teria obrigações sociais ou profissionais a cumprir (sintomas frequentes de intoxicação ou abstinência quando é necessário cumprir obrigações profissionais, escolares ou domésticas);
- (5) sacrifício de actividades importantes, sociais, recreativas ou profissionais em favor do jogo (afastamento ou redução de importantes actividades sociais, profissionais ou recreativas devido à utilização da substância);
- (6) continuação do jogo apesar da incapacidade de jogar as dívidas acumuladas, ou apesar do surgimento de significativos problemas sociais, profissionais ou legais que se sabe serem exacerbados pelo jogo (utilização continuada da substância apesar de saber que é este uso que causa ou exacerba problemas recorrentes sociais, psicológicos ou físicos);
- (7) necessidade crescente de aumentar a quantidade ou a frequência das apostas no sentido de obter a desejada excitação (necessidade de quantidades cada vez maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado);
- (8) inquietude e irritabilidade se existe impossibilidade de jogar (sintomas de abstinência característicos);
- (9) perdas monetárias repetidas ao jogo e regresso no dia seguinte para as recuperar (utilização frequente da substância para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência).

Nota: A ordem dos itens foi alterada para corresponder à ordem na Dependência da Substância. Os critérios correspondentes para substância estão colocados entre parêntesis.

Os critérios do DSM-III-R para a dependência de substâncias assemelham-se muito aos critérios do DSM-III-R para o jogo patológico (Goodman, 1990). Existe praticamente uma associação isomórfica de um a um no leque de critérios, como se verifica no Quadro 3, incluindo talvez mesmo o critério para tolerância e privação. A fusão destas duas perturbações numa síndrome comum, não é coincidência. Isto reflecte o facto de que uma dependência comportamental de uma substância é comparável a uma dependência comportamental de qualquer outra actividade ou objecto.

Equacionar o jogo patológico ou qualquer outro comportamento "adictivo" como a dependência de uma substância é um anátema para alguns investigadores e clínicos (Jaffe, 1990; Miele et al., 1990). Identificar paralelos entre dependência de substâncias e vários outros padrões comportamentais compulsivos e/ou impulsivos pode fomentar conceitos inconsistentes e

suposições inadequadas. A classificação de "adição sexual" do DSM-III-R (incluído na categoria das perturbações sexuais sem outra especificação) está a ser retirada do DSM-IV dada a convicção de que o termo "adição" implica uma fenomenologia, etiologia e/ou patologia partilhada com dependência de substâncias (Wise & Schmidt, 1994).

Contudo, parece de facto ser o caso, de que a dependência de substâncias compartilha muitas propriedades com uma dependência comportamental noutras actividades, tais como jogar, competir, fazer exercício, fazer compras e sexo (Donegan et al., 1983; Marks, 1990a, 1990b; Oxford, 1985). Uma vez que se reconheça que uma dependência comportamental dum substância pode ocorrer independentemente de uma dependência fisiológica (APA, 1987) seguir-se-á naturalmente uma generalização do padrão comportamental noutros domínios. "Isto permite-nos evitar mistificar as adições tratando-as como sendo qualitativamente diferentes" (Bradley, 1990, p. 1418) de outros padrões comportamentais comumente observados (ver também Peele, 1989). Pode aprender-se muito com esta generalização (Bradley, 1990; Goodman, 1990; West, 1991). De facto, muitos contributos que melhoram ou prometem melhorar a avaliação e o tratamento, têm origem nesta generalização. Por exemplo as avaliações comportamentais da história do beber (cf. Sobell et al., 1988; Vuchinich, Tucker & Harlee, 1988) são baseadas em conclusões que o comportamento dos alcoólicos segue. Os princípios do reforço e da punição (cf. Nathan & Lisman, 1976). Inúmeros modelos etiológicos são baseados em princípios psicológicos extraídos tanto da literatura corrente como da experiência com outras adições (cf. Blane & Leonard, 1987); os recentes estudos empíricos do risco evidenciaram que tanto os factores de aprendizagem (cf. Chrisansen et al., 1989; Stacy, Newcomb & Bentler, 1991) como de personalidade ou de temperamento podem influenciar um certo número de disfunções comportamentais (Chassin et al., 1993). Nos últimos anos, o modelo geral de mudança de Prochaska & DiClemente (1986) foi proveitosamente aplicado ao tratamento de adições. Claro que estes são apenas alguns dos muitos exemplos possíveis.

As preocupações dos que se opõem a esta generalização reflectem na sua maioria o facto de se igualar a dependência de substâncias à dependência fisiológica (e.g.,

Wise & Schmidt, 1994), abandonada no DSM-III-R. Na medida em que a dependência de substâncias é essencialmente fisiológica, poderia ser desadequado e enganador equiparar o jogo patológico à síndrome de dependência de substâncias, mas esta, como dependência comportamental, está muito mais perto do jogo patológico do que o jogo patológico da dependência fisiológica.

Há uma distinção importante entre o processo de uma dependência comportamental e o objecto de uma dada dependência (Jaffe, 1990; Miele et al., 1990). A dependência de diferentes objectos (e.g., drogas, jogo, compras) acarreta diferenças importantes no que diz respeito às implicações no tratamento (tais como a necessidade e o processo de desintoxicação). No entanto, parece existir um processo global de dependência de base comportamental comum a muitos objectos.

Dependência fisiológica sem descontrolo comportamental aparente

Os autores do DSM-III-R tencionavam explicitamente não voltar a diagnosticar pessoas com uma perturbação mental que sofressem de dependência fisiológica sem um "uso patológico" aparente da substância. "Algumas pessoas com tolerância e privação podem não sofrer da síndrome de dependência tal como foi aqui definida. Por exemplo, muitos pacientes submetidos a cirurgia desenvolvem tolerância a opiáceos prescritos e sofrem sintomas de privação sem evidenciarem quaisquer sinais de défice de controlo do seu uso" (APA, 1987, p. 166). Estas pessoas não seriam consideradas como sofrendo de uma perturbação, porque aparentemente não apresentavam um descontrolo comportamental no uso da droga (Rounsaville, 1987).

No entanto, estas pessoas podem, de facto, não ter controlo no uso da droga. O verdadeiro controlo está nas mãos de uma outra pessoa (e.g., um médico) que continua a fornecer-lhes a droga. O seu estatuto é comparável ao de qualquer utilizador que tem um fornecimento fácil e que, por isso, é capaz de evitar desenvolver sequelas comportamentais de uma procura de droga que contribuam para um diagnóstico, tal como os médicos ou os farmacêuticos que têm acesso fácil a uma droga da qual se tornam fisicamente dependentes. Seria enganador e talvez irresponsável não tomarmos conhecimento

de que tais pessoas sofrem, de facto, de dependência. A dependência da cafeína estabelece um problema idêntico. Está bem documentado que o uso continuado da cafeína (e.g., ingestão diária continuada de café) pode resultar numa dependência física com sintomas de privação manifestados por cefaleias, sonolência, e fadiga que em alguns casos pode interferir de modo significativo com o desempenho social e profissional (Griffiths, Bigelow & Liebson, 1986; Hughes et al., 1991; Griffiths et al., 1990). "Estes sintomas foram considerados como sendo devidos à privação específica da cafeína, têm uma duração limitada, podem ocorrer com uma ingestão moderada de cafeína, e numa proporção substancial de bebedores de café parecem contribuir para a auto administração de cafeína" (Hughes, et al., 1992, p. 35). A cafeína possui efeitos ligeiros mas aparentemente idênticos aos das anfetaminas (e.g., Holtzmann, 1986), pode originar ou exacerbar sintomas de ansiedade e disforia (e.g., Charney, Heninger & Jatlow, 1985) e agravar situações clínicas prévias tais como arritmias, palpitações, taquicardia, esofagites e perturbações gastro-intestinais (Hughes, Amori & Hatsukam, 1988). No entanto, raramente aparece a síndrome de dependência comportamental. Porque a droga é de fácil acesso, podemos não observar o muito tempo gasto na obtenção da substância, na sua toma ou na recuperação dos seus efeitos; podemos não observar consequências graves a nível social, profissional ou recreativo devido à cafeína; nem apercebermo-nos da existência de limitações ao nível comportamental (Hughes et al., 1992). Além disso, a dependência fisiológica da cafeína raramente exige intervenção profissional para o seu tratamento. No entanto, pode de novo ser enganador não tomarmos conhecimento da existência da perturbação e dos seus efeitos prejudiciais simplesmente porque a droga é de fácil acesso e o seu tratamento não exige a intervenção de médicos especializados em saúde mental.

Rounsaville et al. (1986) concluíram, de facto, que pessoas com dependência física sem sequelas a nível do comportamento sofrem de uma perturbação, mas não de uma perturbação mental. Sugeriram a criação de um diagnóstico diferente para tais casos.

Criar uma nova categoria, a de "síndrome de neuroadaptação a substâncias psicoactivas" para indivíduos cuja adaptação fisiológica a doses elevadas de substâncias psicoactivas não resultasse do seu próprio comportamento e nos quais a síndrome de dependência ... não estivesse presente (e.g., os

recém-nascidos heroína-dependentes). O termo "neuroadaptação" é utilizado para sublinhar que, enquanto a tolerância mediada pelo SNC e a privação podem estar presentes, os elementos comportamentais e cognitivos da dependência de substâncias (i.e., o uso apesar das consequências, a preocupação) não existem. (Rounsaville et al., 1986, p. 465).

Quadro 4 Critério proposto pelo DSM-IV para dependência de substâncias*

- A.** Qualquer dos seguintes:
- (1) tolerância, definida como qualquer dos seguintes:
 - (a) necessidade de quantidades cada vez maiores da substância para atingir a intoxicação ou os efeitos desejados;
 - (b) efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
 - (c) desempenho adequado com doses ou níveis sanguíneos da substância que produziriam inadaptabilidade significativa num utilizador casual.
 - (2) síndrome de privação característico da substância;
 - (3) a mesma substância é muitas vezes tomada para aliviar ou evitar os sintomas de privação.
- B.** Um padrão de problemas repetidos com a substância, tal como é indicado, pelo menos, em três (?) dos seguintes:
- (1) a substância é muitas vezes consumida em maiores quantidades ou por um período de tempo superior ao desejado;
 - (2) qualquer esforço mal sucedido ou desejo persistente de reduzir ou controlar o uso de substâncias;
 - (3) muito tempo dispendido em actividades necessárias à obtenção da substância (e.g., visitar muitos médicos ou conduzir por percursos longos), consumir a droga ou recuperar dos seus efeitos;
 - (4) uso recorrente de drogas do qual resulte incapacidade do cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
 - (5) uso recorrente de drogas em situações arriscadas do ponto de vista físico;
 - (6) desistência ou redução de actividades de importância social, profissional ou recreativa devido ao uso de drogas;
 - (7) problemas recorrentes de ordem legal ou interpessoal relacionados com a droga (e.g., prisões, acidentes de trânsito e lutas fisiológicas relacionadas com o uso de drogas);

- (8) uso continuado de drogas apesar do conhecimento de problemas persistentes ou recorrentes ocasionados ou exacerbados pelo uso de drogas.

Rounsaville, Spitzer e Williams (1987) evidenciaram, subsequentemente, que esta síndrome de dependência puramente fisiológica não seria classificada como uma perturbação mental. Não se "considera uma perturbação mental e deve ser mencionada no Eixo III" (p. 259) em conjunto com outras perturbações físicas. Esta proposta, no entanto, não foi aprovada pelo Grupo de Trabalho do DSM-III-R. Estes casos de dependência física sem sequelas comportamentais continuam por esclarecer.

Abuso e dependência no DSM-IV

Na revisão dos critérios para abuso e dependência do DSM-III-R, a introduzir no DSM-IV, foi tida em conta uma variedade de opções (Nathan, 1991; Grupo de Trabalho do DSM-IV, 1991). Uma das propostas era conservar o conjunto de itens para dependência de substâncias (com revisões mínimas para alguns deles) mas exigir a presença de qualquer um dos três itens que implicavam uma dependência fisiológica (a acrescentar à presença de uma dependência comportamental). No Quadro 4 é apresentado um projecto desta proposta.

Esta proposta é na sua essência um compromisso entre o DSM-III e o DSM-III-R. O diagnóstico de dependência de substâncias exigiria a presença de dependência fisiológica para responder à crítica de que a classificação da dependência do DSM-III-R podia ser efectuada na ausência de qualquer dependência fisiológica (Nathan, 1991) e exigiria a presença de muitos dos sintomas de dependência comportamental para responder às críticas de que a classificação da dependência no DSM-III podia ser efectuada na ausência de qualquer perturbação comportamental aparente (Rounsaville, 1987) (uma versão semelhante desta proposta foi apresentada por Nathan, 1991). A principal limitação desta proposta era poder originar um diagnóstico demasiado restritivo (exigindo dependência tanto fisiológica como comportamental) perdendo de vista as implicações conceptuais do DSM-III e do DSM-III-R (nem todos os casos de dependência comportamental ou fisiológica atingiriam os critérios propostos).

O conjunto de critérios para dependência de substâncias a incluir provavelmente no DSM-IV é apresentado no Quadro 5. Mais do que exigir dependência fisiológica, ele fornece a opção de criar sub-tipos para a presença (versus ausência) de uma dependência fisiológica. Esta opção representa unicamente uma revisão mínima do DSM-III-R, embora responda, pelo menos em parte, à crítica de que no DSM-III-R se ignorava a importância de identificar a presença de uma dependência fisiológica. Os três itens que implicam explicitamente dependência fisiológica foram também colocados no início da lista para evidenciar a sua especial importância clínica (mas esta colocação não tem, de facto, muito peso no diagnóstico, dado que cada critério conserva o mesmo valor).

O conjunto de critérios para abuso de substâncias que provavelmente será incluído no DSM-IV está indicado no Quadro 6. A intenção desta revisão era responder à crítica de que o abuso de substâncias no DSM-III-R era apenas uma categoria residual. O conjunto de critérios do DSM-IV é aumentado para 4 itens.

Quadro 5 Projecto dos critérios DSM-IV para dependência de substâncias*

- A.** Um padrão de inadaptação no uso de substâncias, conduzindo a dificuldades ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes, ocorrendo em qualquer altura num mesmo período de doze meses.
- (1) tolerância, definida por qualquer dos seguintes:
 - (a) necessidade de aumento substancial de quantidades de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - (b) efeito substancialmente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
 - (2) privação, como é definida por qualquer dos seguintes:
 - (a) a síndrome de abstinência característica para esta substância (diz respeito aos critérios A e B do conjunto de critérios para privação da substância específica);
 - (b) a mesma substância (ou estreitamente relacionada) é tomada para aliviar ou evitar os sintomas de privação.
 - (3) a substância é usada muitas vezes em maiores quantidades e por um período de tempo superior ao planeado;
 - (4) um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para eliminar ou controlar o uso de substâncias;

- (5) muito tempo gasto em actividades necessárias à obtenção da substância (e.g., visita a muitos médicos ou condução por longos percursos), usando a substância ou recuperando dos seus efeitos;
- (6) desistência ou redução de actividades de cariz social, profissional ou recreativo devido ao uso de drogas;
- (7) uso continuado apesar do conhecimento da existência de problemas persistentes ou recorrentes de ordem fisiológica ou psicológica que provavelmente foram causados ou exacerbados pela substância (e.g., uso recorrente de cocaína apesar do reconhecimento de que a cocaína induz depressão, ou ingestão de bebidas apesar do reconhecimento que uma úlcera piorou devido ao consumo de álcool).

B. Especificar:

- (1) com dependência fisiológica (evidência de tolerância ou privação, como indicado pela presença quer do item 1 quer do item 2);
- (2) sem dependência fisiológica (sem evidência de tolerância ou privação, como indicado pela ausência quer do item 1 quer do item 2).

Presumivelmente, os itens não envolvem o padrão comportamental encontrado na síndrome de dependência comportamental (e.g., muito tempo gasto na obtenção ou no uso da substância), representando em vez disso, diz-se, as insuficiências mais prováveis resultantes de qualquer descontrolo no uso da substância (i.e., impossibilidade de cumprir obrigações de maior vulto, o uso em situações fisicamente arriscadas, problemas legais, e/ou interpessoais, familiares ou conjugais). Apenas é exigida uma das insuficiências, mas o conjunto de critérios tenta diferenciar o descontrolo do abuso voluntário exigindo que este seja recorrente (ou contínuo) dentro de um período de doze meses.

Uma alternativa ao conjunto de critérios do DSM-IV

Os autores do DSM-III e DSM-III-R teceram valiosas críticas e considerações. No entanto, encontrar um compromisso pode não ser a melhor solução. Nós sugerimos que a resolução do debate implicaria alargar as revisões do DSM-III-R. Sugerimos o seguinte: (a) abandonar a categoria de abuso de substâncias; (b) alargar a categoria de dependência de substâncias no sentido de incluir o abuso do DSM-III-R e do DSM-IV; (c) substituir o

termo dependência de substâncias por perturbação causada por descontrolo do uso de substâncias; e (d) incluir a dependência fisiológica de substâncias (utilizando o critério do DSM-III) como um diagnóstico separado em conjunto com a intoxicação e a privação. O fundamento lógico para cada uma destas propostas será apresentado seguidamente.

Abandonar do abuso de substâncias

O abuso de substâncias do DSM-III-R era uma categoria residual sem significado, e o DSM-IV veio muito simplesmente alargar os critérios para esta categoria residual. Continua a não existir uma distinção significativa entre abuso e dependência de substâncias. Ambas constituem "um padrão inadequado do uso de substâncias, que conduz a um sofrimento ou alteração clinicamente significativos" (Grupo de Trabalho, 1993, pp. H:1 e H:3). Grant et al. (1992) demonstraram, num esforço para validar um primeiro estudo sobre a distinção abuso-dependência do DSM-IV, como alterações aparentemente menores e inconsequentes no respectivo conjunto de critérios tinham efeitos substanciais sobre quem era diagnosticado com abuso versus dependência. Na melhor das hipóteses, o abuso de substâncias é simplesmente uma variante menos grave (e coincidente) da dependência (exigindo um e não três indicadores de descontrolo). A distinção entre abuso e dependência foi criada pelo DSM-III no sentido de definir dependência como dependência fisiológica. Com o alargamento do conceito englobando dependência comportamental (a qual, em muitos casos, pode não envolver qualquer dependência fisiológica) perde-se a necessidade e a utilidade da categoria de abuso. Seria conceptualmente consistente reduzir o conjunto de critérios a um diagnóstico. O abandono da categoria de abuso relacionar-se-ia também com os aspectos moralistas e pejorativos do abuso.

Quadro 6 Projecto dos critérios do DSM-IV para abuso de substâncias

- A.** Um padrão inadaptativo de utilização de substâncias conduzindo a um sofrimento ou perturbação clinicamente significativos, indicado por uma ou mais das seguintes caracte-

terísticas, ocorrendo em qualquer momento durante o mesmo período de doze meses.

- (1) utilização repetida de uma substância originando incapacidade no cumprimento das principais obrigações no trabalho, na escola ou em casa (e.g., repetidas ausências ou mau rendimento no trabalho originados pela utilização de substâncias, faltas, suspensões ou expulsões da escola devido ao consumo de substâncias; atitudes negligentes com os filhos ou nas tarefas domésticas);
- (2) utilização repetida de uma substância quando se torna fisicamente perigoso (e.g., conduzir um automóvel ou manobrar uma máquina quando perturbado pelo uso de substâncias);
- (3) repetidos problemas legais relacionados com a utilização da substância (e.g., detenção por conduzir intoxicado);
- (4) utilização continuada de uma substância apesar da persistência ou recorrência de problemas sociais ou interpessoais causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (e.g., discussões com o cônjuge devido à intoxicação, confrontos físicos).

B. Ausência de critérios de dependência de substâncias para a substância em causa.

Reduzir o abuso e dependência do DSM-III a um conjunto de critérios

As pessoas abrangidas pelos critérios de abuso do DSM-III-R (ou do DSM-IV) seriam mesmo assim, na nossa proposta, alvo de um diagnóstico de perturbação pelo uso de substâncias mas estariam num nível de gravidade ligeiro no diagnóstico de dependência de substâncias do DSM-III-R (e DSM-IV), correspondendo apenas a uma "insuficiência ligeira no desempenho profissional ou social" (APA, 1987, p. 168). O nível moderado de gravidade aproximar-se-ia da distinção entre abuso *versus* dependência do DSM-III-R (e do DSM-IV), conservando, assim, a informação fornecida por esta distinção sem criar uma diferença ilusória e sem significado do ponto de vista conceptual entre duas entidades de diagnóstico arbitrariamente definidas. Proporcionaria também uma definição mais significativa de gravidade moderada do que a que foi fornecida pelo DSM-III-R (que definiu gravidade moderada simplesmente como envolvendo uma insuficiência funcional, algures "entre 'ligeira' e 'grave'", APA, 1987, p. 168).

Uma característica atractiva da síndrome de dependência de Edwards et al. (1981) é o reconhecimento de que o descontrolo no uso de substâncias ocorre num modo *continuum*. Existem níveis variáveis de descontrolo (Skinner, 1988, 1992). Não se trata de ter o controlo completo ou uma perda total do controlo. É uma distinção óbvia que representa um modelo arcaico de doença para as perturbações causadas pelo uso de substâncias. A nossa proposta forneceria um reconhecimento mais explícito e profundo do grau de descontrolo alargando o diagnóstico de dependência do DSM-III-R ao domínio do descontrolo previamente indicado pelo abuso de substâncias no DSM-IV e no DSM-III-R.

Como foi indicado por Skinner (1992), o diagnóstico de dependência desempenha um papel importante de "porteiro" e "é preciso dedicar uma maior atenção ao espectro do uso do álcool e das drogas" (p. 146). Um estudo recente encomendado pelo Congresso dos Estados Unidos e conduzido pela Academia Nacional das Ciências sublinhou também a necessidade de se ampliar a base da definição da dependência do álcool (Instituto de Medicina, 1990). A nossa proposta retrataria com maior sucesso todo o alcance do descontrolo ligeiro a grave dentro de uma única rubrica de perturbação causada por descontrolo pela utilização de substâncias.

Substituir o termo "dependência de substâncias" por "perturbação de descontrolo por utilização de substâncias"

O termo "dependência" sugere a muitos clínicos uma dependência fisiológica (Nathan, 1991; Skodol, 1989), e pode ainda significar uma dependência comportamental (Edwards et al., 1981) e uma dependência psicológica (Rinaldi et al., 1988). O DSM-IV vem aumentar esta confusão sublinhando a possibilidade de existir dependência de substâncias sem dependência fisiológica. O termo "dependência" tem uma grande variedade de significados e falta de clareza no DSM-III-R e no DSM-IV. A nossa proposta de agrupar o diagnóstico de abuso e dependência numa única categoria permitir-nos-ia fornecer simplesmente o diagnóstico de perturbação pelo descontrolo do uso de substâncias, o qual sugere um descontrolo comportamental que pode variar segundo três níveis de gravidade (ligeiro, moderado e grave). Um termo alternativo seria "perturbação causada pelo uso de

substâncias” (dado que o termo perturbação sugere já descontrolo) mas o termo descontrolo é necessário para distinguir o descontrolo comportamental dos diagnósticos de intoxicação, privação (propomos nós) e dependência fisiológica de substâncias.

Incluir dependência fisiológica de substâncias como um diagnóstico separado do de intoxicação e privação

A nossa última recomendação seria agrupar a dependência fisiológica de substâncias com a intoxicação e a privação. A dependência fisiológica de substâncias seria definida aqui simplesmente como uma dependência fisiológica (i.e., a dependência da substância do DSM-III sem os indicadores de descontrolo comportamental do DSM-III-R). Este diagnóstico poderia ser utilizado como acessório da perturbação causada pelo descontrolo do uso de substâncias, para permitir que os clínicos registassem a presença ou (por omissão) a ausência de dependência fisiológica. Talvez pudéssemos diagnosticar as pessoas que sofrem de dependência fisiológica mas que aparentemente não sofrem de descontrolo comportamental e/ou insuficiências (e.g., dependência física iatrogénica, crianças, médicos, e farmacêuticos heroíno-dependentes bem como outras pessoas com um fornecimento adequado de droga). Isto era possível com o DSM-III, mas não o foi com o DSM-III-R e provavelmente não o será com o DSM-IV. A nossa proposta permitiria ao clínico identificar as pessoas cuja perturbação está confinada a uma dependência fisiológica, e não ignorá-las ou agrupá-las com pessoas que sofrem de descontrolo comportamental sem dependência fisiológica.

Rounsaville et al. (1986, 1987) reconheceram que essas pessoas sofrem de uma perturbação mas sugeriram que se trata de uma perturbação física (“síndrome de neuroadaptação a drogas psicoactivas”) mais do que uma perturbação mental que deveria ser classificada no Eixo III (com outras perturbações de ordem física). No entanto, a fronteira entre perturbações físicas e mentais é pouco clara e por vezes arbitrária para muitas perturbações mentais do DSM-III-R incluindo a esquizofrenia, a dor somática, a depressão Major e as perturbações do sono (Frances et al., 1990; Spitzer et al., 1989; Widiger & Trull, 1991). Muitos médicos concordariam que é importante continuar a aceitar o papel dos clínicos especializados em pertur-

bações causadas pelo uso de substâncias na compreensão e no tratamento de pessoas com dependência fisiológica. Colocar a dependência fisiológica no Eixo III sugeriria que o seu tratamento e pesquisa não se encontram no âmbito de acção dos clínicos de saúde mental.

Em qualquer dos casos a colocação ideal da dependência fisiológica é claramente indicada pelos diagnósticos de intoxicação e de privação. A intoxicação e a privação foram incluídas nas perturbações mentais orgânicas no DSM-III-R porque a sua patologia era claramente fisiológica. Uma inovação do DSM-IV será o abandono da categoria das perturbações mentais orgânicas devido à dedução incorrecta de que as outras perturbações mentais não têm uma componente “orgânica” significativa (Spitzer et al., 1989). Daí resulta que a intoxicação e a privação de substâncias serão agrupadas com as perturbações causadas pelo uso de substâncias no DSM-IV. Seria então inconsistente colocar a dependência fisiológica no Eixo III (com as perturbações físicas) e a privação no Eixo I (com as perturbações causadas pelo uso de substâncias). De facto, torna-se agora consistente a nível conceptual e clínico incluir o diagnóstico de dependência fisiológica no de intoxicação e privação. A dependência fisiológica, em conjunto com a intoxicação e a privação, diz respeito a “efeitos directos de várias substâncias psicoactivas no sistema nervoso” (APA, 1987, p. 123). A dependência de substâncias do DSM-III, sendo restricta à dependência fisiológica, pertencia tanto às perturbações mentais orgânicas (em conjunto com a intoxicação e a privação) como às perturbações pelo uso de substâncias.

A nossa proposta é idêntica em vários pontos a uma proposta considerada pelo DSM-III-R. Rounsaville et al. (1986) propuseram também o abandono do conceito de abuso mas conservaram o termo dependência e restringiram este diagnóstico ao conceito de dependência comportamental. A nossa proposta consiste em alargar este diagnóstico de modo a abranger o espectro completo do descontrolo (incluindo o abuso e a dependência do DSM-IV), e a substituição do termo dependência por descontrolo para evidenciar que este não supõe nem envolve um determinado modelo explicativo (tanto dependência comportamental, como fisiológica ou psicológica).

A acrescentar a isto e como foi mencionado acima, englobaríamos a dependência fisiológica nas perturbações mentais, em conjunto com a intoxicação e a privação. O nosso

diagnóstico de descontrole do uso de substâncias incluiria sintomas de tolerância, privação e intoxicação (actualmente nos diagnósticos DSM-III-R e DSM-IV de dependência de substâncias) porque são na verdade indicadores de descontrole válidos (mas falfíveis). As pessoas seriam então diagnosticadas quer pela dependência fisiológica quer pelo descontrole do uso da substância quando as duas estivessem presentes, tal como são vulgarmente diagnosticadas quer pela dependência quer pela privação (ou dependência e intoxicação) quando ambas estão presen-

tes. Um diagnóstico apenas de intoxicação, privação ou dependência fisiológica sem um diagnóstico de descontrole indica explicitamente a presença de intoxicação, privação ou dependência fisiológica sem o descontrole comportamental (e vice versa). ■

Thomas A. Widiger & Gregory T. Smith 1
 Departamento de Psicologia,
 Universidade de Kentucky,
 Lexington, USA

B I B L I O G R A F I A

- AKISKAL, H. S., 1989, *The classification of mental disorders*, in: KAPLAN, H. & SADOCK, B. (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol.1, 5th edn, pp. 583-598, Baltimore, MD, Williams & Wilkins.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd edn) (Washington, DC, Author).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, rev. 3rd edn, Washington, DC, Author.
- BABOR, T. F., LAUERMAN, R. J. & COONEY, N. L., 1987, *In search of the alcohol dependence syndrome: a cross-national study of its structure and validity*, in: PAAKKANEN, P. & SULKUNEN, P. (Eds), *Cultural Studies on Drinking and Drinking Practices*, pp. 75-82, Helsinki, Finland, Social Research Institute on Alcohol Studies.
- BLACKWELL, J., 1987, *Proposed changes in DSM-III substance dependence criteria (letter)*, *American Journal of Psychiatry*, 144, p. 258.
- BLANE, H. T. & LEONARD, K. E., 1987, *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, New York, Guilford Press.
- BRADLEY, B. P., 1990, *Behavioural addictions: common features and treatment implications*, *British Journal of Addiction*, 85, pp 1417-1419.
- BRYANT, K. J., ROUNSAVILLE, B. J. & BABOR, T. F., 1991, *Coherence of the dependence syndrome in cocaine users*, *British Journal of Addiction*, 86, 1299-1310.
- CAETANO, R., 1985, *Two versions of dependence: DSM-III and the alcohol dependence syndrome*, *Drug and Alcohol Dependence*, 15, pp. 81-103.
- CAHALAN, D., 1970, *Problem drinkers: A National Survey*, San Francisco, Jossey-Bass.
- CHARNEY, D. S., HENINGER, G. R. & JATLOW, P. I., 1985, *Increases anxiogenic effects of caffeine in panic disorders*, *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 233-243.
- CHASSIN, L., PILLOW, D. R., CURRAN, P. J., MOLINA, B. G. & BERRERA, M., 1993, *Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms*, *Journal of Abnormal Psychology*, 102, pp. 3-19.
- CHRISTIANSEN, B. A., SMITH, G. T., ROEHLING, P. V. & GOLDMAN, M. S., 1989, *Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp. 93-99.
- DONEGAN, N. H., RODIN, J., O'BRIEN, C. P. & SOLOMON, R. L., 1983, *A learning theory approach to commonalities*, in: LEVISON, P. K., GERSTEIN, D. R. & MALOFF, R. D. (Eds), *Commonalities in Substance Abuse and Habitual Behavior*, pp. 111-156, Lexington, MA, Lexington Books.
- EDWARDS, G., 1986, *The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry*, *British Journal of Addiction*, 81, pp. 171-183.
- EDWARDS, G., ARIF, A. & HODGSON, R., 1981, *Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems*, *Bulletin of WHO*, 59, pp. 225-242.
- EDWARDS, G. & GROSS, M. M., 1976, *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome*, *British Medical Journal*, 1, pp. 1058-1061.
- FILLMORE, K. M., 1988, *Alcohol Use Across the Life Course: A Critical Review of 70 Years of International Longitudinal Research*, Toronto, Addiction Research Foundation.
- FRANCES, A. J., PINCUS, H. A., WIDIGER, T. A., DAVIS, W. W. & FIRST, M. B., 1990, *DSM-IV: work in progress*, *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 1439-1448.
- GOODMAN, A., 1990, *Addiction: definition and implications*, *British Journal of Addiction*, 85, pp. 1403-1408.
- GRANT, B. F., CHOU, S. P., PICKERING, R. P. & HASIN, D. S., 1992, *Empirical subtypes of DSM-III-R alcohol dependence: United States, 1988* *Drug and Alcohol Dependence*, 30, pp. 75-84.

- GRANT, B. F., HARFORD, T. C., HASIN, D. S., CHOU, P. & PICKERING, R., 1992, *DSM-III-R and the proposed DSM-IV alcohol nosological comparison*, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, pp. 215-221.
- GRIFFITHS, R. R., BIGELOW, G. E. & LIEBSON, I. A., 1986, *Human coffee drinking reinforcing and physical dependence producing effects of caffeine*, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 239, pp. 416-425.
- GRIFFITHS, R. R., EVANS, S. M., HEISHMAN, S. J., PRESTON, K. L., SANNERUD, C. A., WOLF, B. & WOODSON, P. P., 1990, *Low-dose caffeine physical dependence in humans*, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 225, pp. 1123-1132.
- HASIN, D. S., GRANT, B. F. & ENDICOTT, J., 1990, *The natural history of alcohol abuse: Implications for definitions of alcohol use disorders*, *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 1537-1541.
- HASIN, D. S., GRANT, B. F., HARFORD, T. C. & ENDICOTT, J., 1988, *The drug dependence syndrome and related disabilities*, *British Journal of Addiction*, 83, pp. 45-55.
- HELZER, J. E., 1994, *Psychoactive substance use and its relation to dependence*, in: WIDIGER, T. A., FRANCES, A. J., PINCUS, H. A. et al. (Eds), *DSM-IV Sourcebook* (vol. 1), Washington, DC, American Psychiatric Press, (in press).
- HELZER, J. E. & CANINO, G. J., 1989, *The implications of cross-national research for diagnostic validity*, in: ROBINS, L. N. & BARRETT, J. E. (Eds), *The validity of Psychiatric Diagnosis*, New York, Raven Press.
- HERMOS, J. A., LOCASTRO, J. S., GLYNN, R. J., BOUCHARD, G. R. & DELABRY, L. O., 1988, *Predictors of reduction and cessation of drinking in community-dwelling men: Results from the normative aging study*, *Journal of Studies on Alcohol*, 49, pp. 363-368.
- HODGSON, R., STOCKWELL, T., RANKIN, H., et al., 1978, *Alcohol dependence: the concept, its utility and measurement*, *British Journal of Addiction*, 73, pp. 339-342.
- HOLTZMANN, S. G., 1986, *Discriminative stimulus properties of caffeine in the rat: noradrenergic mediation*, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 239, pp. 706-714.
- HUGHES, J. R., AMORI, G. & HATSUKAMI, D. K., 1988, *A survey of physician advice about caffeine*, *Journal of Substance Abuse*, 1, pp. 67-70.
- HUGHES, J. R., HIGGINS, S. T., BICKEL, W. K., HUNT, W. K., FENWICK, J. W., GULLIVER, S. B. & MIREAULT, G. C., 1991, *Caffeine self-administration, withdrawal, and adverse effects among coffee drinkers*, *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 611-617.
- HUGHES, J. R., OLIVETO, A. H., HELZER, J. E., HIGGINS, S. T. & BICKEL, W. K., 1992, *Should caffeine abuse, dependence, or withdrawal be added to DSM-IV and ICD-10?* *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 33-40.
- INSTITUTE OF MEDECINE, 1990, *Broadening the base of treatment for alcohol problems*, Report of a study for US Congress, Washington, DC, National Academy of Science Press.
- JAFFE, J. H., 1990, *Trivializing dependence*, *British Journal of Addiction*, 85, pp. 1425-1427.
- KENDELL, R. E., 1983, *DSM-III: A major advance in psychiatric nosology*, in: SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W. & SKODOL, A. E. (Eds), *International Perspectives on DSM-III*, pp. 55-68, Washington, DC, American Psychiatric Press.
- KOSTEN, T. A. & KOSTEN, T. R., 1990, *The dependence syndrome concept as applied to alcohol and other substances of abuse*, Unpublished manuscript, Yale University.
- KOSTEN, T. R., ROUNSAVILLE, B. J., BABOR, T. F., SPITZER, R. L. & WILLIAMS, J. B., 1987, *Substance use disorders in DSM-III-R: evidence for the dependence syndrome among narcotic users*, *British Journal of Psychiatry*, 151, pp. 834-843.
- MARKS, I., 1990a, *Behavioural (non-chemical) addictions*, *British Journal of Addiction*, 85, pp. 1389-1394.
- MARKS, I., 1990b, *Reply to comments on 'behavioural (non-chemical) addictions'*, *British Journal of Addiction*, 85, pp. 1429-1431.
- MARLATT, G. A. & GORDON, J. R., 1985, *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, New York, Guilford Press.

- MEEHL, P., 1986, *Diagnostic taxa as open concepts: Metatheoretical and statistical questions about reliability and construct validity in the grand strategy of nosological revision*, in: MILLON, T. & KLERMAN, G. (Eds), *Contemporary Directions in Psychopathology*, pp. 215-231, New York, Guilford Press.
- MIELE, G. M., TILLY, S. M., FIRST, M. & FRANCES, A., 1990, *The definition of dependence and behavioural addictions*, *British Journal of Addiction*, 85, pp. 1421-1423.
- MILLER, N. S. & GOLD, M. S., 1989, *Suggestions for changes in DSM-III-R criteria for substance use disorders*, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, pp. 223-230.
- MILLER, N. S. & GOLD, M. S., 1991, *Dependence syndrome: A critical analysis of essential features*, *Psychiatric Annals*, 21, pp. 282-290.
- MOORE, M. S., 1975, *Some myths about "mental illness"*, *Archives of General Psychiatry*, 32, pp. 1483-1497.
- NATHAN, P.E., 1991, *Substance use disorders in the DSM-IV*, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp. 356-361.
- NATHAN, P. E. & HARRIS, S. L., 1975, *Psychopathology and Society*, New York, McGraw-Hill.
- NATHAN, P. E. & LISMAN, S. A., 1976, *Behavioural and motivational patterns of chronic alcoholics*, in: TARTER, R. A. & SUGARMAN, A.A. (Eds), *Alcoholism*, pp. 479-522, Reading, MA, Addison-Wesley.
- ORFORD, J., 1985, *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*, Chichester, Wiley.
- PATTISON, E. M., SOBELL, M. B. & SOBELL, L. S., 1977, *Emerging Concepts of Alcohol Problems*, New York, Springer.
- PEELE, S., 1989, *Diseasing of America: Addiction Treatment Out of Control*, Lexington, MA, Lexington Books.
- PEYSER, H. S. & GITLOW, S. E., 1988, *Substance abuse category in DSM-III-R* (letter), *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 279-280.
- PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C., 1986, *Toward a comprehensive model of change*, in: MILLER, W.R. & HEATHER, N. (Eds), *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*, pp. 3-27, New York, Plenum Press.
- RINALDI, R. C., STEINDLER, E. M., WILFORD, B. B. & GOODWIN, D., 1988, *Clarification and standardization of substance abuse terminology*, *Journal of the American Medical Association*, 259, pp. 555-557.
- ROIZEN, R., CAHALAN, D. & SHANKS, P. (1978) *Spontaneous remission among untreated problem drinkers*, in: KANDEL, D. B. (Ed.), *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues*, pp. 197-221, Washington, DC, Hemisphere.
- ROUNSAVILLE, B. J., 1987, *An evaluation of the DSM-III substance-use disorders*, in: TISCHLER, G. (Ed.), *Treatment and Classification in Psychiatry*, pp. 175-194, New York, Cambridge University Press.
- ROUNSAVILLE, B. J., DOLINSKY, Z. S., BABOR, T. F. & MEYER, R. E., 1987, *Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics*, *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 505-513.
- ROUNSAVILLE, B. J. & KRANZLER, H. R., 1989, *The DSM-III-R diagnosis of alcoholism*, *Annual Review of Psychiatry*, 8, pp. 323-340.
- ROUNSAVILLE, B. J., SPITZER, R. L. & WILLIAMS, J. B. W., 1986, *Proposed changes in DSM-III substance use disorders: Description and rationale*, *American Journal of Psychiatry*, 143, pp. 463-468.
- SANCHEZ-CRAIG, M., 1986, *It is useful to think of alcohol dependence as a continuum?* *British Journal of Addiction*, 81, pp. 187-190.
- SCHUCKIT, M. A., 1985, *The clinical implications of primary diagnosis groups among alcoholics*, *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 1043-1049.
- SKINNER, H. A., 1981, *Toward the integration of classification theory and methods*, *Journal of Abnormal Psychology*, 90, pp. 68-87.
- SKINNER, H. A., 1988, *A model for the assessment of alcohol use and related problems*, *Drugs in Society*, 2, pp. 19-30.

- SKINNER, H. A., 1990, *Spectrum of drinkers and intervention opportunities*, Canadian Medical Association Journal, 143, pp. 1054-1059.
- SKINNER, H. A., 1992, *Commentary*, in: LANGENBUCHER, J. W., MCCRADY, B. S., FRANKENSTEIN, W. & NATHAN, P. E. (Eds), *Annual Review of Addictions Research and Treatment*, pp. 145-148.
- SKINNER, H. A. & ALLEN, B. A., 1982, *Alcohol dependence syndrome: Measurements and validation*, Journal of Abnormal Psychology, 91, pp. 199-207.
- SKODOL, A., 1989, *Problems in differential diagnosis: from DSM-III to DSM-III-R*, Washington, DC, American Psychiatric Press.
- SOBELL, L. C., SOBELL, M. B., LEO, G. I. & CANCELLA, A., 1988, *Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations*, British Journal of Addiction, 83, pp. 393-402.
- SPITZER, R. L., & WILLIAMS, J. B. W., 1988, *The revision of DSM-III: process and change*, in: MEZZICK, J. & VON CRANACH, M. (Eds), *International classification in psychiatry: unity and diversity*, pp. 263-283, New York, Cambridge University Press.
- SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W., FIRST, M. B. & KENDLER, K., 1989, *A proposal for DSM-IV: solving the "organic/nonorganic" problem*, Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 1, pp. 126-127.
- SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W. & SKODOL, A. E., 1980, *DSM-III: the major achievements and an overview*, American Journal of Psychiatry, 137, pp. 151-160.
- STACY, A. W., NEWCOMB, M. D. & BENTLER, P. M., 1991, *Cognitive motivation and drug use: a nine year longitudinal study*, Journal of Abnormal Psychology, 100, pp. 502-515.
- STRIPP, A. M., BURGESS, P. M., PATTISON, P. E., PEAD, J. & HOLMAN, C. P., 1990, *An evaluation of the psychoactive substance dependence syndrome in its application to opiate users*, British Journal of Addiction, 85, pp. 621-627.
- TASK FORCE ON DSM-IV, 1991, *DSM-IV Options Book. Work in Progress*, Washington, DC, American Psychiatric Association.
- TASK FORCE ON DSM-IV, 1993, *DSM-IV Draft criteria*, Washington, DC, American Psychiatric Association.
- VUCHINICH, R. E., TUCKER, J. A. & HARLEE, L. M., 1988, *Behavioral assessment of drinking behavior and alcohol dependence*, in: DONOVAN, D. M. & MARLATT, D. A. (Eds), *Assessment of addictive behavior: Behavioral, cognitive, and physiological procedures*, pp. 51-83, New York, Guilford.
- WAKEFIELD, J. C., 1992a, *The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values*, American Psychologist, 47, pp. 373-388.
- WAKEFIELD, J. C., 1992b, *Disorder as harmful disfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder*, Psychological Review, 99, pp. 232-247.
- WEST, R., 1991, *Psychological theories of addiction*, in: GLASS, I. B. (Ed), *The international handbook of addiction behavior*, pp. 20-24, London, Routledge.
- WIDIGER, T. A. & TRULL, T. J., 1991, *Diagnosis and clinical assesment*, in: ROSENZWEIG, M. R. & PORTER, L. W. (Eds), *Annual Review of Psychology*, 42, pp. 109-134.
- WISE, T. N. & SCHMIDT, C. W., 1994, *Paraphilias*, in: WIDIGER, T. A., FRANCES, A. J., PINCHUS, H. A. et al. (Eds), *DSM-IV sourcebook*, Washington, DC, American Psychiatric Press, (In Press).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992, *The ICD-10 classification of mental and behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva, Author.
- ZIEDONIS, D. M. & KOSTEN, T. R., 1992, *Behavioural pathology*, in: LANGENBUCHER, J. W., MCCRADY, B. S., FRANKENSTEIN, W. & NATHAN, P. E. (Eds), *Annual Review of Addictions Research and Treatment*, pp. 109-123.