
REFERATE GENERALE

DSM 5 (2013) și psihopatologia infanto-juvenilă

DSM 5 (2013) and infant - juvenile psychopathology

Șt. Milea

"De cele mai multe ori clinica ne oferă aparențe, în spatele lor trebuie căutat esențialul".

The clinic often gives us appearances, but behind them, one must seek the essential.

REZUMAT

Sunt prezentate și comentate noutățile cu caracter general și punctual oferite de DSM-5 în cadrul domeniului restructurat a ceea ce anterior purta numele de „Tulburări diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau în adolescență” și denumite acum „Neurodevelopmental disorders”.

Cuvinte cheie: DSM 5, tulburări neurodevelopmentale, copil, adolescent

ABSTRACT

The article presents and discusses the general and specific novelties which DSM V brings to the restructured field of what was formerly called „Disorders first diagnosed during infancy, in childhood or in adolescence” and now called „Neurodevelopmental disorders”.

Keywords: DSM 5, Neurodevelopmental disorders, child, adolescent

După cum bine se știe toate clasificările și codificările tulburărilor psihice propuse de-a lungul timpului au trebuit revizuite și nu numai pentru a asimila progresul științific acumulat pe parcurs. Nici tentativa americană demarată după cel de al doilea război mondial și finalizată în 1952 sub numele de „Diagnostic and Statistical Manual” (DSM I) nu a făcut excepție astfel că pe parcursul a 61 de ani au avut loc 7 revizuiți din care patru numai în ultimii 33 de ani. Dintre ele DSM III și DSM V sunt considerate revizuiți radicale (Vraști-2011).

OPȚIUNI ȘI SOLUȚII NOI PROMOVATE DE DSM-V.

Unele au caracter general, cele mai multe vizează aspecte relativ punctuale. Între argumente reținem:

- adecvarea la realitate prin eliminarea a ceea ce practica nu a confirmat,
- asimilarea progresului științific realizat în domeniu,
- facilitarea capacității de a ab-

- sorbi descoperirile viitoare,
- trasarea unor granițe mai riguroase între diferitele entități și între acestea și normalitate,
- alinierea la nozografia promovată de OMS,
- nevoia de a facilita capacitatea de a anticipa evoluția tulburărilor și de a aprecia severitatea și nevoile pacientului,
- reducerea numărului de false comorbidități și a excesului de cazuri neclasificate în altă parte și firește,
- destigmatizarea.

OPȚIUNI ȘI SOLUȚII NOI CU CARACTER GENERAL.

În DSM V pot fi identificate patru opțiuni metodologice noi cu caracter general și anume:

1- **Renunțarea la sistemul explicit multiaxial de clasificare.**

El a fost introdus în 1980 odată cu DSM-III. Au fost nominalizate cinci axe și anume: axa 1, cuprinde tulburările clinice cu excepția celor din axa II destinată

tulburărilor de personalitate și retardului mintal. Axa III vizează condițiile medicale generale; axa IV se referă la problemele psihosociale și de mediu prezente; și axa V, destinată evaluării globale a funcționalității.

Desigur că până la varianta actuală a DSM-ului, se sublinia avantajul că este vorba de o clasificare multi-axială explicită care răspunde nevoii de discriminare a realității clinice prin suplimentul de informații oferit. S-a minimalizat însă faptul că în realitate diagnosticul scos în față era doar biaxial. Mai trebuie spus că și clasificările clasice sunt multi-axiale, dar cu caracter implicit deoarece axele (evoluție, ipotezele cauzale, pronostic) sunt direct incluse în diagnostic fapt care din punctul de vedere al semnificației clinice oferite de diagnostic, consider că reprezintă un plus, chiar dacă limitat și uneori discutabil ca urmare a dispute-lor teoretice legate, de exemplu, de etiopatogenie. De fapt, așa cum vom vedea, DSM V se simte dator să compenseze renunțarea la sistemul multi-axial explicit prin adoptarea unei forme proprii de multi-axialitate, de această dată implicită deoarece ea se bazează pe valorificarea a ceea ce, cu un termen general, au fost numiți specificanți.

2- Trecerea de la o clasificarea categorială la una dublată de criterii cantitative.

Este cea de a doua opțiune metodologică nouă. Ea completează diagnosticul bazat doar pe elemente fenomenologice respectiv pe seturi minime necesare de simptome considerate reprezentative, cu date cantitative oferite de scale cu trei, respectiv patru trepte valorice, care apreciază severitatea principalelor elemente constitutive ale acestuia sau dimensiunea suportului necesar. Este un câștig important deoarece, de această dată, severitatea se înscrie ca o axă implicită care permite sublinierea a ce trebuie tratat cu prioritate, trasarea unui nivel minim al intensității manifestărilor de la care ele pot fi luate în considerație și deci eliminarea falșilor pozitivi, ca și un suport pentru aprecieri evolutive și prognostice.

3- Diversificarea substanțială a tipurilor de specificanți. Este cea de a treia opțiune metodologică la care recurge DSM V. Este vorba de o creștere semnificativă a numărului de parametri diagnostici și de implicarea lor în individualizarea în cadrul fiecărei categorii de tulburări mintale în parte a cât mai multor entități diagnostice, cât mai bine conturate și cât mai riguros delimitate, particularizate și nuanțate.

Din numărul mare al specificanților, diferiți de la o grupă diagnostică la alta, vom exemplifica cu cei care privesc: durata în timp; starea de diagnostic principal, de remisie parțială sau totală, caracterul tranzitor, de episod acut, unic sau recurent, detalii semnificative privind vârsta, sexul, situații ambientale sau culturale, particularități ale unora din simptome, etc. În fapt, acești specificanți, împreună cu cel de severitate se înscriu ca axe interne destinate să diversifice foarte mult entitățile diagnostice, să delimiteze ferm tipuri, subtipuri, forme aparte de manifestare și normalul de patologic și astfel să reducă falsele comorbidități ca și numărul cazurilor anterior incluse în categoria diagnosticelor fără altă specificație.

4- Opțiuni noi terminologice și diagnostice. Este cea de a patra schimbare. Ea constă în extinderea procesului început anterior pe de o parte, de marginalizare și chiar de eliminare din limbajul psihiatric a unor noțiuni, denumiri de clase, grupe sau diagnostice și chiar a unor entități clinice consacrate iar, pe de altă parte, de introducere a unora noi.

Se știe, de exemplu, că de-a lungul timpului s-a renunțat la noțiuni clasice ca cea de nevroză (DSM III), endogen, tulburare mentală organică (DSM IV) în timp ce altele au apărut ca noutăți. De această dată se trec pe un plan secundar noțiunile de demență sau de psihoză și așa cum vom exemplifica cu domeniul tulburărilor psihice ale copilului și adolescentului, se renunță la denumiri și entități diagnostice, unele cu tradiție și se introduc unele noi.

Modificări și soluții punctuale noi oferite de DSM V.

Sunt numeroase. Ele se distribuie pe patru paliere: ● cel al marilor grupe diagnostice; ● cel al claselor diagnostice subordonate acestora; ● cel al entităților cuprinse în fiecare clasă diagnostică în parte; ● și în al patrulea rând, pe palierul formelor clinice identificate și autentificate în urma implicării noilor specificanți. Ele au în vedere: reorganizări, restructurări, mutări, regroupări, dezmembrări, redenumiri, eliminări sau înființări de noi termeni, denumiri, grupe, clase și entități diagnostice.

De la început precizăm că ne vom limita doar la patologia psihică inclusă în marea grupă diagnostică acum intitulată „Tulburări neurodevelopmentale” care în DSM 5 o înlocuiește în mare parte pe cea introdusă în 1980 de DSM III și numită „Tulburări diagnosticate

de regulă prima dată în perioada de sugar în copilărie sau în adolescență”. Așa cum vom detalia, aceasta, împreună cu conținutul său, este supusă unui amplu proces de restructurare. Trebuie subliniat că această grupă diagnostică, deși este destinată să cuprindă tulburări psihice prezente la copil și adolescent, nu le acoperă pe toate. Mai mult, DSM V extinde numărul tulburărilor psihice întâlnite la copil și adolescent plasate alături de cele ale adultului. E drept, unele (Tab. 1) sunt clar delimitate cu ajutorul unui specificant care atestă apartenența lor la vârsta infancto-juvenilă.

Tabel 1

Tulburări psihice ale copilului și adolescentului plasate împreună cu cele ale adultului și delimitate prin intermediul unui specificant

1	Tulburare posttraumatică pentru copii de 6 ani și mai tineri
2	Pica la copii
3	Disforie de gen la copii
4	Tulburări de comportament la copii – sfat debut
5	Tulburări de comportament la adolescent – sfat debut
6	Copil afectat de relații parentale abusive
7	Abuzul fizic la copil
8	Child sexual abuse - 718
9	Neglijența copilului
10	Abuzul emoțional la copilului
11	Comportamentul antisocial la copil sau adolescent

Modificări și soluții punctuale noi care au în vedere procesul de constituire și conținutul grupei diagnostice intitulate „Tulburări neurodevelopmentale”.

A- Scoaterea din cadrul grupei intitulate în DSM-III, DSM-III-R, DSM IVTM și DSM IV-TRTM) „Tulburări diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau în adolescență” a unor clase diagnostice și transferul lor laolaltă cu cele ale adultului. Avem în vedere:

a- **„Tulburările de alimentare și de comportament alimentar ale perioadei de sugar sau ale miciei copilării”** prezente în DSM IVTM și DSM IV-TRTM;

b- **„Tulburările de eliminare”** prezente în DSM IVTM și DSM IV-TRTM;

c- **„Tulburările de conduită”, „Opoziționismul provocator” și „Tulburarea de comportament disruptiv fără altă specificație”** sunt scoase din cadrul grupei diagnostice intitulate „Tulburările de defi-

cit de atenție și de comportament disruptiv” prezentă în DSM IVTM și DSM IV-TRTM;

d- **„Anxietatea de separare”, „Mutismul selectiv” și „Tulburarea reactivă de atașament a sugarului și miciei copilării”** sunt scoase din cadrul grupei diagnostice intitulate **„Alte tulburări ale perioadei de sugar, ale copilăriei sau adolescenței”** prezentă în DSM IVTM și DSM IV-TRTM.

Astfel au fost dezmembrate și eliminate două clase diagnostice anterioare intitulate:

- „Tulburările de deficit de atenție și de comportament disruptiv” din care a fost reținută doar componenta care reprezintă ceea ce numim ADHD;

- „Alte tulburări ale perioadei de sugar, ale copilăriei sau adolescenței” din care au fost reținute doar „Stereotipiile motorii”.

B- Înființarea de noi denumiri, clase și entități diagnostice prin:

1- Introducerea de specificanți cu ajutorul cărora, așa cum vom vedea, are loc individualizarea de forme clinice și transformarea lor în noi entități diagnostice.

2- Constituirea grupei diagnostice numită **„Tulburări motorii”** destinată să subordoneze trei entități diagnostice anterioare și anume: „Tulburarea de coordonare”, anterior (DSM III-R, DSM IVTM, DSM IV-TRTM) entitate distinctă „Ticurile” anterior (DSM IVTM, DSM IV-TRTM) și ea entitate distinctă și „Stereotipiile motorii”, anterior (DSM III-R, DSM IVTM, DSM IV-TRTM) entitate inclusă în grupa „Alte tulburări ale perioadei de sugar, ale copilăriei sau adolescenței”. La acest nivel, ca specificanți care determină forme clinice distincte nou individualizate operează: în cazul stereotipiilor motorii, trei grade de severitate (ușor moderat și sever), prezența sau absența manifestărilor autoagresive, a unor afecțiuni medicale, genetice sau neurodevelopmentale cunoscute sau a unor factori ambientali; iar în cazul ticurilor cronice prezența de ticuri doar vocale sau doar motorii.

3- Atribuirea unui statut independent **„Tulburării de deficit a atenției/hiperactivitate”**. Pentru aceasta ea a fost scoasă din grupa diagnostică anterior (DSM IVTM, DSM IV-TRTM) numită „Tulburarea de deficit a atenției și de comportament disruptiv”.

În plus, în cadrul acestei clase diagnostice este înființată o nouă entitate clinică intitulată **„Altă tulburare specifică de deficit de atenție și hiperactivitate”** destinată cazurilor care deși suferă din această cauză nu întrunesc criteriile minim necesare diagnosticului. Mai mult, prin implicarea unor specificanți sunt

delimitate noi forme clinice în funcție de gradul de severitate (ușor, moderat și sever) și starea de remisie parțială.

4- Înființarea unei noi entități diagnostice în cadrul dizabilităților intelectuale numită **„Întârziere globală a dezvoltării”** (CIM 10 –F 88). Ea este rezervată copiilor sub cinci ani la care din diferite motive severitatea dizabilității intelectuale nu poate fi precizată. Aceștia vor trebui ulterior reevaluați.

5- Înființarea unei noi entități diagnostice în cadrul „Tulburărilor de comunicare” intitulată **„Tulburări de comunicare socială (pragmatică)”** destinată dificultăților de comunicare verbală și nonverbală a conținuturilor sociale ale mesajelor. O considerăm o opțiune importantă deoarece ea pune un obstacol real în calea riscului, astăzi posibil, ca respectivele cazuri să fie confundate cu cele care aparțin spectrului autist.

C- Schimbarea denumirii unor grupe, clase și entități diagnostice și/sau restructurări ale conținutului lor. Este de la sine înțeles că denumirile substituite sunt scoase din uz.

1- Denumirea **„Dizabilități intelectuale”** o înlocuiește pe cea de „Retard Mintal” prezentă în DSM III, DSM III-R, DSM IV™, DSM IV-TR™ și CIM-10 F 70-79. La rândul lor și formele clinice (ușoară, medie, severă, profundă și de severitate nespecificată) devin și ele dizabilități intelectuale. Se precizează că debutul este anterior vârstei de 18 ani. Mai mult, la acest nivel este introdus un specificant suplimentar cu trei grade de severitate care se referă la nivelul funcției adaptative și al suportului necesar și așa cum am menționat mai sus, o nouă formă clinică denumită „Întârziere globală a dezvoltării”. Prin aceasta, numărul formelor clinice recunoscute a crescut de la cinci la șaisprezece.

2- Denumirea de **„Tulburare de spectru autist”** ia locul celei de „Tulburări pervazive de dezvoltare” (DSM III, DSM III-R, DSM IV™, DSM IV-TR™). Noua denumire nu numai că nu se mulțumește doar să acopere conținutul categoriei diagnostice substituite reprezentat de entități diagnostice până acum considerate distincte (Tulburarea autistă, Tulburarea Rett, Tulburarea dezintegrativă a copilăriei, Tulburare Asperger și Tulburare de dezvoltare pervazivă fără alte specificații) ci o restructurează profund. O restructurează și nu doar o acoperă deoarece ea este expresia unei opțiuni radicale care pleacă de la ideea că, excepând tulburarea Rett (DSM IV™ DSM IV TR™) pe care, fără a o desființa o exclude dintre tulburările

psihice, toate celelalte entități reprezintă de fapt o realitate clinică relativ unitară. Se pleacă de la convingerea că, în acest caz, avem de a face cu aceeași realitate clinică a cărei diversitate de manifestare este determinată de: absența sau prezența afectării intelectuale sau a limbajului, severitatea afectării acestora și a celorlalte manifestări, vârstă, factori ambientali sau afecțiuni asociate, și desigur de modul în care acești parametri se combină între ei. Prin aceasta, pe de o parte, dispar ca diagnostice fiind transformate în simple variante clinice ale unui trunchi comun entități, anterior bine individualizate ca cea de „Tulburare autistă” (DSM III, DSM III-R DSM IV™ DSM IV TR™), „Tulburare dezintegrativă a copilăriei” (DSM IV™ DSM IV TR™), „Tulburare Asperger” (DSM IV™ DSM IV TR™) și „Tulburare de dezvoltare pervazivă fără alte specificații” (DSM III-R DSM IV™ DSM IV TR™). Pe de altă parte, între numeroasele forme de manifestare expresie a implicării specificanților menționați este posibilă recunoașterea, de către cei care deja le știu, a entităților clinice excluse, dar numai ca grup simptomatologic fără identitate, limite clar formulate și diagnostic explicit.

3- Denumirea de **„Tulburări specifice de învățare”** ia locul celei de „Tulburări de învățare” (DSM IV™, DSM IV-TR™). De această dată, fără nici o explicație în text, reappare vechea subliniere (CIM 10, DSM III și DSM III-R) a caracterului specific al acestor manifestări clinice. Este un detaliu la care DSM IV™ și DSM IV-TR™ au renunțat și pe care și noi în 2012 l-am apreciat ca lipsit de suport.

Dispare forma clinică intitulată „Tulburări de învățare fără altă specificație” dar de această dată, prin implicarea a 10 specificanți la care se adaugă, pentru fiecare, câte trei grade de severitate (ușor, moderat și sever) numărul formelor clinice individualizate crește de la 4 la treizeci.

4- **Tulburările de comunicare** (DSM IV™ DSM IV TR™) rămân cu aceeași denumire. Conținutul este marcat însă de:

- comasarea tulburărilor limbajului receptiv și mixt sub numele de **„Tulburare de limbaj”**.

- schimbarea numelui „Tulburare fonologică” cu cea de **„Tulburare a pronunțării sunetelor”**

- și așa cum s-a menționat mai sus, a fost introdusă o nouă formă clinică intitulată **„Tulburări de comunicare socială (pragmatică)”**

D- În DSM V, întregul context restructurat a ceea ce anterior purta numele de „Tulburări diagnosticate

de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau în adolescență” este denumit „**Tulburări neurodelementale**”. De menționat faptul că în DSM III-R o componentă a sa a fost denumită „Tulburări de dezvoltare”, denumire la care revizia DSM IV a renunțat pentru ca de această dată, să se revină și să se valorifice din nou în mod explicit ideea raportării respectivelor tulburări la procesul dezvoltării.

COMENTARII

1- Considerăm că noua denumire de „**Tulburări neurodelementale**” destinată tulburărilor psihice ale copilului și adolescentului reprezintă un mare câștig deoarece ea subliniază că boala, purtătorul ei și interacțiunea dintre cele două părți poartă amprenta specifică a caracterului lor evolutiv și a dependenței de vârstă, ceea ce e bine să fie subliniat. Trebuie menționate însă și două constatări care nu pot fi omise. Prima se referă la faptul că denumirea pune accentul exclusiv pe particula neuro deși este vorba de o clasificare a tulburărilor psihice. Cea de a doua constatare are în vedere faptul că de această dată, așa cum s-a menționat mai sus, domeniul a fost restrâns fiind privat chiar și de entități clinice cum sunt de exemplu tulburările de conduită, tulburarea reactivă de atașament, enurezisul, encoprezisul și nu numai, care la copil reprezintă cu totul altceva decât la adult.

2- Din serialul de 6 ediții revizuite de-a lungul timpului ale DSM-ului nici una nu a fost și nu și-a propus să reprezinte o biblie a psihiatriei așa cum în mod eronat și periculos au considerat cei care n-au înțeles ceea ce este cu adevărat bolnavul psihic și o carte de psihiatrie pentru care un diagnostic nu poate fi separat de aprecieri cauzale, mecanisme patogene, evoluție, prognostic și specific individual.

DSM-ul nu poate substitui realitatea clinică și manualele de psihiatrie aspect subliniat și de autorii DSM III (1980). Acest fapt este consecința: • caracterului ateoretic și etiologic; • a mutării accentului de pe bolnav pe tulburare și de pe explicarea bolii pe descrierea acesteia; • a simplificării diagnosticului redus la o schemă cadru, instantaneu, formulă prea generală, abstractă, laconică, nivelatoare, simplă descriere și grupare a unui minim de simptome și acestea la vedere, singurele considerate definitive și suficiente pentru diagnostic; • a lipsei de nuanțe sau a posibilității de a-l individualiza și reprezenta pe pacient în ceea ce privește drepturile sale, conduita terapeutică

și costul acesteia deși, de regulă și pentru aceasta este din plin folosit, pe scurt, a ignorării principiului hipocratic, **nu există boală ci numai bolnav** sau a ceea ce astăzi este de o mare actualitate, a nevoii de a personaliza intervenția, cerință care boala psihică i-a fost dintotdeauna subordonată. Nici excesul de tulburări neclasificate în altă parte nu poate fi minimalizat. Făcând o sinteză a limitelor DSM IV, Lăzărescu (2010) remarcă insuficiența clarificării a problemelor ridicate de: abuzul de comorbidități și de tipuri clinice, de noțiunile de cluster, de cele de tulburare subclinică sau de spectru malativ ca și de cea de episod și de tulburare. De fapt, nu numai nevoia racordării la progresele cunoașterii din domeniu ci și multe din neîmpliniri au impus cele 6 revizii ale DSM-ului. Trebuie subliniat în mod deosebit și faptul că limitarea la DSM este sursă de importante riscuri și consecințe negative. Avem în vedere plasarea pe un plan secundar: • a gândirii cauzale și a practicii clinice limitate la culegerea și confruntarea datelor observabile cu tabele standard • ca și a psihoprofilaxiei primare bazată pe identificarea, evaluarea și combaterea factorilor psihopatogeni. Este drept, în DSM sunt valorificate un număr de circumstanțe cauzale (Tabel 2) ele sunt departe de numărul lor real.

Tabel Nr.2

Tulburări psihice delimitate etiologic în DSM 5

1	Induse de substanțe/medicamente: tulburări psihotice, tulburări bipolare, tulburări obsesiv-compulsive tulburări asociate, tulburare de anxietate, tulburări de somn, disfuncții sexuale
2	Afecțiuni induse: tulburări psihotice, tulburări bipolare și tulburări asociate, tulburări obsesiv-compulsive și tulburări asociate, tulburări de anxietate, tulburări de somn.
3	Anxietatea de separare
4	Traume și tulburare legate de stres
5	Substanțe- tulburări relaționate
6	Tulburări neurocognitive datorită: leziuni cerebrale traumatiche, stare vasculară, infecție cu HIV, boala prion, substanțe/medicamente.
7	Medicație – tulburări de mișcare induse și alte efecte adverse a medicației
8	Probleme sociale și economice

Există și mențiuni de felul: Asociat cu ... sau mai direct Cu ..-exemplu o condiție medicală- care nu pot fi echivalente cu afirmația: Determinate de.....

3- DSM-ul un instrument necesar și valoros al psihiatriei administrative. Așa cum am mai spus (Milea 2009), psihiatria administrativă este o realitate absolut necesară, dar diferită de psihiatria clinică. Având rol de complementaritate și nu de substitut al psihiatriei clinice ea servește unor scopuri proprii absolut necesare și se bazează pe sisteme de diagnostic și clasificare a suferinței psihice motiv pentru care a găsit în ofertele periodice revizuite ale DSM-ului un instrument deosebit de important. Valoarea acestuia decurge din faptul că: ● permite identificarea, denumirea, sistematizarea și clasificare tulburărilor psihice; ● facilitează cercetarea științifică, studiile privind morbiditatea și comunicarea între specialiști; ● oferă un limbaj comun și adevăruri bazate pe media statistic semnificativă a datelor, ● minimalizează disputele contradictorii generate de orientări doctrinare; ● pune în drepturile sale semiologia și obligă la cunoașterea ei; ● se bazează pe dovezi ● reduce ponderea subiectivității (Lăzărescu -2010); ● permite realizarea de instrumente standardizate de diagnostic și tratament și ; ● protejează pe psihiatru de false acuze de malpraxis. Sunt toate argumente care susțin accep-

tarea și recunoaștere sa. Numai că sunt de reținut și două aspecte foarte importante și anume:

a- la consultație, atunci când suntem obligați să aplicăm instrumentele standardizate de diagnostic dar mai ales de tratament bazate pe adevăruri statistice semnificative, nimic nu ne spune dacă în fața noastră se află un caz care face parte din excepții care sumate pot ajunge uneori la aproape 49 la sută din ceea ce realitatea ne poate oferi și

b- faptul că nu de puține ori la suprafață, clinica oferă aparențe, respectiv dovezi care pot înșela, suntem obligați să învățăm să căutăm și să identificăm adevărata realitate. Trebuie însă recunoscut că nici psihiatria administrativă și nici DSM-ul nu ne ajută în acest sens. Dăm ca exemplu faptul că tulburarea hiperchinetică s-a substituit zeci de ani diagnosticului actual de ADHD și că aceasta este considerat deficit de atenție și nu ceea ce credem că este în realitate, o hiperprosexie involuntară (Milea 2010), ca și numeroasele entități clinice atestate de-a lungul timpului de diferitele variante ale DSM-ului la care pe parcurs s-a renunțat.

Indiscutabil că în intenția de a rezolva unele din neajunsuri, DSM V a făcut pași importanți, rămâne de văzut dacă suficienți și cât de valizi.

*

* *

As it is well known, all classifications and codifications proposed for mental disorders over time had to be reviewed not only to assimilate scientific progress gained along the way. The US tentative started after the Second World War and completed in 1952 under the name “Diagnostic and Statistical Manual” (DSM I) was no exception so that over 61 years there have been seven revisions of which four were completed in only the last 33 years. Among them, DSM III and DSM -V are considered radical revision (Vraști, 2011).

NEW OPTIONS AND SOLUTIONS PROMOTED BY DSM-V. Some are general, most of them concern relatively precise matters. Among the arguments we keep in mind the following: ● adequacy to reality by eliminating what the practice has not confirmed, ● assimilation of scientific progress attained in the field, ● facilitating the capacity to absorb future discoveries, ● drawing more rigorous borders between various entities and between them

and and normality, ● alignment to the nosography promoted by WHO, ● need to facilitate the ability to forecast the evolution of disorders and to assess the severity and the needs of the patient, ● reducing the number of false comorbidities and the excess of cases that were not classified elsewhere, and of course, ● de-stigmatization.

NEW OPTIONS AND SOLUTIONS WITH GENERAL CHARACTER. Four new general methodological options can be identified in DMS-5, namely:

1- Renunciation to the explicit multi-axial classification system. It was introduced in 1980, with the DSM-III. Five axes were nominated, i.e.: Axis 1 that includes clinical disorders except those of Axis II designed for personality disorders and mental retardation; Axis III targets general medical conditions; Axis IV refers to present psychosocial and environmental problems; Axis V is designed for the

overall assessment of functionality.

Certainly, until the current version of the DSM, specialists used to emphasize the advantage that it is an explicit multi-axial classification, which meets the need to discriminate the clinical reality, by the supplement of information provided. However, the fact that, in reality, the exposed diagnosis was only bi-axial has been minimized. It must be said that classical classifications are multi-axial by default because the axes (evolution, causal assumptions, prediction) are directly included in the diagnosis. I consider that, in terms of the clinical significance given by the diagnosis, this is a bonus, even if it is limited and sometimes questionable due to theoretical disputes relating to, for example, aetiopathogenesis. In fact, as we shall see, DSM-5 feels obliged to compensate the renunciation to the explicit multi-axial system by adopting a particular form of multi-axiality, this time an implicit one, because it relies on the practical application of what received the general term of "specifier".

2 - Transition from a categorical classification to one doubled by quantitative criteria. It is the second new methodological option. It supplements the diagnosis based only on phenomenological elements, respectively on minimal required set of symptoms considered representative, with the quantitative data provided by scales with three or four value levels, which assess the severity of its main components or the extent of the necessary support. It is an important gain because, this time, the severity registers as a default axis, which allows emphasis on what should be treated with priority, the drawing of a minimum level of intensity of manifestations from which they can be taken into account and thus eliminate false positives, as support for progressive and prognostic assessments.

3 - Substantial diversification of the types of specifiers. This is the third methodological option operated by the DSM-5. It means a significant increase in the number of diagnosis parameters and their involvement in the individualization within each category of mental disorders in part of as many well-delineated and accurately demarcated, particularised and nuanced diagnostic entities as possible. Of the large number of specifiers, different from one diagnosis group to another, we will exemplify those regarding the duration in time, the state of primary diagnosis, of partial or total remission, transient

character, character of acute, unique or recurrent episode, significant details on age, gender, cultural or environmental circumstances, characteristics of some of the symptoms, etc. In fact, these signifiers, together with the one of severity become internal axes intended to diversify greatly the diagnostic entities, to delineate firmly types, subtypes, particular forms of manifestation and the pathological normal and thus reduce false comorbidities as well as the number of cases previously included in the category diagnoses without further specification.

4- New terminology and diagnostic options. It is the fourth change. It consists, on the one hand, in the expansion of a process begun earlier, of marginalization and even elimination from the psychiatric language of some notions, names of classes, groups or diagnoses and even of some established clinical entities and, on the other hand, in the introduction of some new ones.

We know, for example, that, over time, traditional notions such as those of neurosis (DSM III), endogenous, organic mental disorder (DSM IV) have been abandoned, while others have appeared as novelties. This time, concepts of dementia or psychosis go into the background and, as we shall exemplify in the field of child and adolescent mental disorders, names and diagnostic entities, some with tradition, are put aside, and new ones are introduced.

CHANGES AND NEW PRECISE SOLUTIONS PROVIDED BY DSM V.

There are many of them. They can be distributed on four levels: ● the one of the major diagnosis groups; ● the one of their subordinate diagnosis classes; ● of the entities contained in each diagnosis class in part; ● and fourthly, on the level of clinical forms that have been identified and authenticated following the involvement of the new specifiers. They allow for reorganizations, restructurings, removals, re-groupings, disjunctions, renaming, deletions or creation of new terms, names, groups, classes and diagnostic entities.

From the beginning, we specify that we will look only at the psychic pathology included in the large diagnosis group now called "Neurodevelopmental disorders", which in DSM-5 replaced largely the one introduced in 1980 by DSM III and called "Disorders usually diagnosed for the first time in infancy, in childhood or in adolescence"

As we shall detail, this group together with its content, is subject to a wide restructuring process.

It should be emphasized that this diagnosis group, although it is intended to encompass mental disorders present in children and adolescents, does not cover them all. Furthermore, DSM-5 expands the number of mental disorders encountered in children and adolescents placed alongside those of adults. It is true that some of them (Tab. 1) are clearly delineated by means of a specifier that proves their belonging to infant-juvenile age group.

Table 1

Child and adolescent mental disorders placed together with adult disorders and defined by means a specifier

1	Posttraumatic stress disorder for children 6 years and younger 309.81
2	Pica in children 307.52
3	Gender dysphoria in children - 302.6
4	Conduct disorder childhood-onset type - 312.81
5	Conduct disorder adolescent-onset type -312.32
6	Child affected by parental relation distress -V 61.29
7	Child physical abuse – 717
8	Child sexual abuse - 718
9	Child neglect - 718
10	Child psychological abuse -719
11	Child or adolescent antisocial behaviour -726

Changes and new specific solutions regarding the constitution and the content of the diagnostic group called “Neurodevelopmental disorders.”

A- Removal of certain diagnosis classes from the group called “Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence” in the DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV™ and DSM-IV-TR™ **and their transfer into the category of adult disorders.** We mean the following:

a- «**Feeding and eating disorders in infancy or early childhood**” presented in DSM-IV™ and DSM IV-TR™;

b- «**Elimination disorders**” presented in DSM-IV™ and DSM IV-TR™;

c- «**Conduct disorders,**” “**Oppositional defiant disorder**” and “**Disruptive behaviour disorder not otherwise specified**” are removed from the diagnosis group called “Attention deficit and disruptive behaviour disorder” presented in DSM-IV™ and DSM IV-TR™;

d- “**Separation Anxiety**”, “**Selective mutism**” and “**Reactive attachment disorder of infancy and early childhood**” are removed from the diagnosis group entitled “**Other disorders of infancy, childhood or adolescence**” presented in DSM IV™ and DSM IV-TR™.

Thus, two of the previous diagnosis classes were dismantled and removed: ● “Attention deficit and disruptive behaviour disorders” of which only the component that we call ADHD was retained; and ● “Other disorders of infancy, childhood or adolescence” of which only “Motor stereotypes” were retained.

B- Establishment of new diagnosis names, entities and classes:

1- Introduction of specifiers with which, as we shall see, clinical forms may be individualised and transformed into new diagnostic entities.

2 - Establishment of a diagnostic group called “**Motor disorders**”. It was meant to subordinate three previous diagnosis entities, as follows: “*Developmental coordination disorder (DCD)*”, previously being a distinct entity (in DSM III-R, DSM IV™, DSM IV-TR™); “*Tic disorders*” also a previous distinct entity (DSM IV™ DSM IV-TR™) and “*Stereotypic movement disorder (SMD)*”, an entity which was included anteriorly into the group “*Other disorders of infancy, childhood or adolescence*” (DSM III-R, DSM IV™, DSM IV-TR™). At this level, here are the specifiers that determine distinct, newly individualized clinical forms. In the case of motor stereotypes, there are three degrees of severity, (mild, moderate and severe), the presence or absence of self-aggressive behaviour, of some known genetic or neurodevelopmental medical conditions, or of certain environmental factors. And, in the presence of chronic tics, the presence of only vocal tics or of only motor ones.

3- Assigning an independent status to the “**Attention-deficit/hyperactivity disorder**”. For this purpose, it was removed from the previous diagnosis group called “Attention deficit disorder and disruptive

behaviour disorder". (DSM IV™, DSM IV-TR™).

Furthermore, within this diagnosis class a new clinic entity is established called "**Other specific attention deficit and hyperactivity disorder**" for cases that, in spite of their suffering from this diagnosis, do not meet the minimum criteria necessary for it. Moreover, by involving some specifiers, new clinical forms are delineated depending on the degree of severity (mild, moderate and severe) and on their partial remission.

4- Establishment of a new diagnosis entity within the frame of intellectual disabilities called "**Global developmental delay**" (CIM 10 -F 88). It is reserved for children under five years of age in whom, for various reasons, the severity of intellectual disability cannot be ascertained. They will have to be re-assessed later on.

5- Establishment a new diagnostic entity within the group "**Communication Disorders**" entitled "**Social (pragmatic) communication disorder**" for difficulties in verbal and nonverbal communication of the social content of messages. We consider it an important option because it offers a real obstacle in front of the risk, which is possible today that the respective cases might be confused with those belonging to the autistic spectrum.

C- Change of the name of certain groups, classes and diagnostic entities and/or restructurings of their contents. It is understood that the substituted names are eliminated from practice.

1- The name of "**Intellectual disability**" replaces the one of "**Mental retardation**" present in DSM III, DSM III-R, DSM IV™, DSM IV-TR™ and CIM- 10 F 70-79. In turn, the clinical forms (mild, moderate, severe, profound and with unspecified severity) also become intellectual disabilities. It should be noted that the onset is situated before the age of 18 years. Furthermore, at this level, a further specifier is introduced with three degrees of severity, referring to the level of the adaptive function and of the necessary support and, as mentioned above, a new clinical form called "Global developmental delay". By this, the number of recognized clinical forms increased from five to sixteen.

2- The name "**Autism spectrum disorder**" replaces the one of "Pervasive developmental disorders" (DSM III, DSM III-R, DSM IV™, DSM IV-TR™). Besides covering the contents of the substituted diagnostic category represented by diagnosis entities hitherto

considered distinct (Autistic disorder, Rett syndrome, Childhood disintegrative disorder, Asperger disorder, and Pervasive developmental disorder –not otherwise specified), the new name restructures this category profoundly. It restructures and not just covers the former category because it is the expression of a radical option, which starts from the idea that, apart from Rett syndrome (DSM IV™ DSM IV TR™) that, it excludes without eliminating from mental disorders, all the other entities actually represent a relatively uniform clinical reality. We start from the belief that, in this case, we are dealing with the same clinical reality whose diversity of expression is determined by the absence or presence of intellectual or language impairment, by the severity of their damage and by that of the other manifestations, by age, environmental factors or associated diseases, and of course by the way these parameters combine among themselves. Consequently, on the one hand, these disorders disappear as diagnoses being transformed into simple clinical variants of a common core of previously well individualized entities such as the "Autistic disorder" (DSM III, DSM III-R DSM IV™ DSM IV TR™), "Childhood disintegrative disorder" (DSM IV™, DSM IV TR™), "Asperger Disorder" (DSM IV™, DSM IV TR™) and "Pervasive developmental disorder – not otherwise specified" (DSM III-R, DSM IV™, DSM IVTR™). On the other hand, it is possible that those who already know the clinical entities excluded should recognize them among the many forms of manifestation, as expression of the involvement of the mentioned specifiers, but only as a symptomatic group without identity, clearly formulated limits and explicit diagnosis.

3- The name "**Specific learning disorders**" replaces the one of "Learning disorders" (DSM IV™, DSM IV-TR™). This time, without any explanation in the text, the old accentuation of the specific nature of these clinical manifestations reappears (CIM 10, DSM III and DSM III-R). A detail that was dropped out in DSM IV™ and DSM IV-TR™ and one that even in 2012 we regarded as lacking support.

The clinical form entitled "Learning disorder not otherwise specified" disappears but, this time, by involving 10 specifiers plus three degrees of severity (mild, moderate and severe) for each one specifier, the number of individualized clinical forms increases from four to thirty.

4- **Communication Disorders** (DSM IVTM DSM IV TRTM) preserve the same name. But, the content is marked by:

- Combination of receptive and mixed receptive-expressive language disorders under the name of **“Language disorders”**.

- Replacement of the name “Phonological disorder” with **“Speech sound disorder”**

- And, as noted above, a new clinical form was introduced entitled **“Social (pragmatic) communication disorder”**.

D- In DSM 5, the entire restructured context of what previously was called “Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence” is now called **“Neurodevelopmental disorders”**. Note that in DSM III-R, a part of it was called “Developmental disorders”, a designation that the revision of the DSM IV gave up only to revert to it and to exploit again explicitly the idea of relating these disorders to the development process.

DISCUSSIONS

1- We believe that the new name of **“Neurodevelopmental disorders”** meant for child and adolescent mental disorders represents an important gain because it emphasizes that the disease, its carrier and the interaction between the two sides bear the specific imprint of their evolutionary nature and of their dependence on age, a fact, which should be stressed. However, two findings need to be mentioned, and cannot be omitted. The first refers to the fact that the name focuses exclusively on the “neuro” particle although it is a classification of psychic disorders. The second finding regards the fact that this time, as noted above, the area was restricted, being deprived even of clinical entities such as, for example, conduct disorders, reactive attachment disorders, enuresis, encopresis and not only, which in child are completely different from adult.

2- Of the DSM series of six revised editions over time, none was rather like a bible of psychiatry nor did it propose to be one as dangerously and erroneously considered those who did not understand what the mentally ill patient really is. It is a psychiatric book where a diagnosis cannot be separated from causal considerations, pathogenic mechanisms, evolution, prognosis and individual specific.

DSM cannot replace clinical reality and psychiatric manuals, an aspect that was emphasized by the authors of DSM III (1980). This fact is a consequence of the following issues:

- the atheoretical and aetiological characteristic;
- shifting of the focus from the patient to the disorder and from the explanation of the disease to its description;

- simplifying the diagnosis reduced to a frame scheme, a snapshot, a too general abstract, laconic, levelling formula, a simple description and grouping of a minimum of symptoms, and only the visible ones, the only considered to be defining and sufficient for diagnosis;

- the lack of nuances or of opportunities to individualize and represent the patient regarding his/her rights, therapy conduct and its cost, though even for the cost it is habitually used the most – in short, ignoring the Hippocratic principle, **there are no diseases but only sick people** or, what today is of great actuality, the need to customize the intervention, a requirement to which mental disorders have always been subject to.

The excess of disorders that are not classified in other parts cannot be minimized, either. Making a synthesis of the drawbacks of DSM IV, Lăzărescu (2010) notices the failure to clarify the issues raised by: the abuse of comorbidities and clinical types, the notions of cluster, of subclinical disorder or malady spectrum as well as that episode and disorder. In fact, not only the need to connect to the progress of knowledge in the field but also the many unaccomplishments has required the six revisions of DSM. It should also be stressed in particular that the limitation to the DSM is a source of important risks and negative consequences. We consider placing on a secondary level: ● the causal thinking and clinical practice restricted to collecting and comparing observable data with standard tables ● as well as the primary psycho-prophylaxis based on identifying, assessing and combating psycho-pathogenetic factors. It is right, in DSM 5, a number of causal circumstances are exploited (Table 2) but they are far from their real number.

Table 2

Psychiatric disorders aetiologically defined in DSM-5

1	Substance/medication induced: psychotic disorder; bipolar and related disorder; obsessive compulsive and related disorder; anxiety disorder; sleep disorder; sexual dysfunction
2	Medical condition induced: psychotic disorder; bipolar and related disorder; obsessive compulsive and related disorder; anxiety disorder; sleep disorder
3	Separation anxiety disorder
4	Trauma and stressor related disorders
5	Substance – related disorders
6	Neurocognitive disorder due to: traumatic brain injury; vascular condition; HIV infection; prion disease; substance/medication
7	Medication – induced movement disorders and other adverse effects of medication
8	Housing and economic problems

There are mentions of the kind: Associated with ... or, more directly, With....- for example a medical condition...- which cannot be equated with the statement: Determined by

3- **DSM - a valuable and necessary tool of administrative psychiatry.** As I have already said (Milea 2009), administrative psychiatry is a highly necessary reality, completely different from clinical psychiatry. Given its complementary role, it is not a substitute for clinical psychiatry but it serves its own, necessary purposes, based on diagnosis and classification systems of mental suffering for which it found a major tool in the regularly revised offers of the DSM. Its value stems from the following facts:

- enables the identification, designation, systematization and classification of mental disorders;

- facilitates scientific research and studies on morbidity and communication between specialists;
- provides a common language and truths based on the average of statistically significant data;
- minimizes conflicting disputes arising from doctrinal guidelines;
- puts semiotics in its rights and obliges researchers to know it;
- is based on evidence;
- reduces subjectivity (Lăzărescu -2010);
- enables the creation of standardized tools for diagnosis and treatment;
- protects the psychiatrist from false accusations of malpractice.

These are all arguments supporting its acceptance and recognition. However, two very important issues should be kept in mind namely:

a- At consultation, when we are obliged to apply the standardized diagnostic instruments and especially those for treatment based on statistically significant truths, nothing tells us whether in front of us there is a case that belongs to the exceptions, which, when summed up, could sometimes reach about 49 percent of what reality can offer, and

b- Not infrequently, at surface, the clinic has offered appearances, respectively misleading evidence, therefore we are obliged to learn to seek and identify the true reality. It should be recognized, however, that neither administrative psychiatry, nor DSM helps us in this regard. We give the examples with the hyperkinetic disorder that was substituted for decades to the current ADHD diagnosis and that this is considered attention deficit and not what we think it actually is, an involuntary hyperprosexia (Milea 2010). Similarly, many clinical entities have been certified over the years by the various versions of the DSM, only to be dropped out later on.

4- Without doubt, in the intention to solve some of the shortcomings, DSM 5 has taken important steps, it remains to be seen whether they are sufficient or valid enough.

BIBLIOGRAFIE / REFERENCES:

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. DSM III (1980) Washington, DC
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised. DSM III-R (1987) Washington, DC
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition DSM-IV™ (1994) Washington, DC
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition Text Revision. DSM-IVTR™ (2000) Washington, DC
5. Lăzărescu M (2010). Noile frontiere ale nosologiei. Psihiatru ro. Anul VI. Nr. 23. 4:24-27
6. Milea Șt. (2010) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) o formulare diagnostică imprecisă cu consecințe care nu pot fi minimalizate. Revista SNPCAR Vol 13. Nr 1 pg.: 9-16
7. Milea Șt (2012) Tulburări Specifice de Dezvoltare- o clasă diagnostică depășită. Revista SNPCAR nr. 1 pg.: 7-14
8. Milea Șt. (2009) Psihiatrie clinică și/sau administrativă. Orientări și perspective în gândirea psihiatrică românească actuală. Vol III Sub redacția: G Cornuțiu, D Marinescu. Pg: 78-98
9. Vraști R (2011) DSM-5, riscurile unei sarcini suprapurtate (depășite) sau o sinteză rapidă asupra dezvoltării lui. Psihiatru ro. Anul VII. Nr. 24. 1: 42-49