

DSM-5, O SARCINA PESTE TERMEN SAU O PRIVIRE FUGARA ASUPRA DEZVOLTARII LUI

Radu Vrasti

(Crisis Intervention Program, Huron-Perth Healthcare Alliance, Stratford General Hospital, Ontario, Canada)

Preambul

In numarul de inceput de an la revistei Psychiatric News din 2010 Dr. Alan F. Schatzberg, Directorul Asociatiei Psihiatrice Americane (APA) anunta si explica de ce aparitia manualului DSM-5 va fi amanata pana in primavara anului 2013 (Schatzberg, 2010). Iata si motivele: procesul de revizuire a consistentei definitiilor dimensiunilor inventariate in clasificare si adaugarea de noi dimensiuni pentru unele entitati merge incet, necesitatea furnizarii unei perioade de trei luni pentru cei care vor sa trimita comentatii si pentru prelucrarea lor, ceea ce va impinge inceperea “field trial” tarziu in 2010 si dorinta unei mai bune alinieri cu Clasificarea Internationala a Bolilor a Organizatiei Mondiale a Sanatatii, versiunea 10 (CIB -10), clasificare care este pe cale sa fie adoptata de sistemul de asigurari medicale din SUA.

Astfel, noul calendar al activitatilor grupurilor de lucru DSM-5 arata asa: intre februarie – mai 2010: testare pilot; mai 2010- martie 2011: studiul de teren, faza 1-a; martie – aprilie 2011: revizuirea criteriilor propuse in fazele anterioare; aprilie – mai 2011: revizuirea criteriilor modificate; mai-iulie 2011: postarea on-line a criteriilor revizuite pentru a fi comentate de comunitatea internationala; august 2011 – februarie 2012: studiul de teren, faza 2-a; februarie – august 2012: prepararea textului versiunii finale a DSM-5; septembrie – noiembrie 2012: revizia finala a criteriilor DSM-5; decembrie 2012: supunerea DSM-5 spre aprobarea comitetului APA; mai 2013: publicarea DSM-5 (<http://www.dsm5.org/timeline>).

Dr. John Oldham (2010), editorul al Journal of Psychiatric Practice anunta in numarul din noiembrie ca in perioada dintre 10 februarie si 20 martie s-au primit 8.600 de de comentarii facute de public la versiunea de lucru DSM-5 postata pe internet. Dupa aceasta, 50 de aplicatii au fost revizuite si 11 centre au fost alese pentru faza 1-a a “field trial”. El atragea atentia

asupra provocarilor pe care noul DSM-5 trebuie sa le faca fata, precum felul cum se va reflecta asupra psihiatriei legale, asupra asigurarilor de sanatate si asupra cercetarilor epidemiologice. Nu in ultimul rand este vorba si de armonizarea DSM-5 cu Clasificarea Internationala a Bolilor (CIB).

Conform ultimelor informatii lucrurile sunt “in time” fata de calendarul oficial si in prezent se deruleaza faza 1-a a studiului de teren prin recrutarea de psihiatrii clinicieni si colectarea raspunsurilor primite in vederea verificarea validitatii si confidentei definitiilor dimensiunilor si entitatilor clinice propuse in versiunea de lucru DSM-5.

Scurta istorie a aparitiei si dezvoltarii versiunilor succesive ale DSM

Originile clasificarii americane a bolilor psihiatrice merg inapoi pana in anul 1849 cand Isaac Ray, director al spitalului Butler din Rhode Island, a prezentat o lucrare care propunea un sistem uniform de denumire, clasificare si inregistrare a bolilor mentale. In 1913 Dr. James May face aceiasi solicitare pentru ca mai tarziu, in 1933, Academia de Medicina din New York sa produca primul manual de statistica a bolilor mentale care a fost adoptat de Asociatia Americana de Neurologie.

In anii celui de al doilea razboi mondial devenise necesar identificarea pe baza unei metodologii si concepii unitare a calitatii mentale a recrutilor din armata Americana in vederea deosebirii bolii mentale de sanatate, atat in cazul soldatilor combatantii cat si a veteranilor. Astfel in anii 40's-a dezvoltat o clasificare si o codificare a bolilor psihice recunoscute pana in acel moment. Consecutiv aparitiei din anul 1949 a CIB-1, Asociatia Psihiatrica Americana (APA) hotaraste publicarea acestei versiuni sub denumirea de Diagnostic and Statistical Manual (DSM) (APA, 1952). Aici tulburarile mentale au fost grupate in: i) tulburari cauzate sau asociate functiilor creierului; ii) tulburari de origine psihogena sau fara o cauza fizica sau structurala in creier si iii) tulburarile de personalitate. Tulburarile psihotice si psihoneurotice au fost denumite “reactii” ca rezultat al doctrinei psihanalitice dominante in aceea vreme si a influentei covarsitoare a doctrinei lui Adolf Meyer care considera ca tulburarile mentale nu sunt altceva decat “dificultati de adaptare”.

In virtutea recunoastrii ca in ciuda stradanilor comunitatii stiintifice internationale nu se cunoaste inca cauzalitatea bolilor psihice si a dezvoltarii tratamentelor somatice pentru bolile psihice, in anul 1968 apare editia DSM-2 (APA, 1968). Aici termenul de reactie a fost

inlaturat si astfel schizofrenia apare mentionata fara de vreun calificativ pentru ca *“desi comitetul s-a straduit, nu a reusit sa stranga nici un consens privitor la ceea ce este aceasta boala”* (Pierre, 2010). Tot acum apare *“sindromul organic cerebral”* si *“psihozele neatribuite conditiilor organice”* ce cuprindeau atat tulburarile psihotice cat si tulburarile afective. Ceea ce este important de subliniat este ca DSM-2 este prima taxonomie psihiatrica care doreste sa nu faca nici o referire la aspectele etiopatogenice ale bolilor psihice.

Este evident ca DSM-1 si DSM-2 nu au intrepris eforturi de a elabora o schema a clasificarii bolilor psihice, aceasta din cauza ca la acea vreme se considera ca simptomele psihiatrice nu sunt decat o deghizare a conflictelor subjacente care nu se pot exprima direct. Anii '70 au fost foarte critici pentru psihiatria Americana mai ales pentru ca teoria psihanalitica si psihoterapia erau inca dominante. Karl Menninger, cea mai proeminenta figura a timpului, spunea ca separarea bolilor psihice pe baza simptomelor este o gresala. El vedea toate bolile psihice *“reductibile la un proces psihosocial bazal...suferinta reprezinta esecul adaptarii la ambianta...esecul adaptarii intinzandu-se de la minor (nevroza) la major (psihiza), iar acest process nu este discret”* (Wilson, 1993). DSM- 3 este expresia cautarii iesirii din criza psihiatriei anilor '70 si cautarea unei legitimitati alaturi de alte ramuri ale medicinei.

DSM-3 a fost prima clasificare oficiala a APA si se considera a avea trei radacini: i) articolului esential a lui Eli Robin si Samuel Guze (1970) prin care se stabileste modul de validare a bolilor psihice, ii) articolul lui Feighner si colab.(1972) prin care se postuleaza primele criterii de diagnostic pentru entitatile clinice valabile in acel moment al dezvoltarii psihiatriei, asa zisele criterii Fighner si iii) aparitia in 1978 a *“Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer si Robins, 1978) si Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (Endicott & Spitzer, 1978), criteriologie si instrument de evaluare standardizate care mai apoi au fost utilizate in cercetari longitudinale care au rafinat si pregatit aparitia celorlalte veriuni ale DSM-ului. Conform acestor lucrari, o entitate diagnostica ar trebui validata prin separarea de alte entitati clinice pe baza simptomatologiei, a cursului clinic, a agregarii genetice in familie, a deznodamantului si a raspunsului la terapie, in absenta factorilor etiologici si a intelegerii psihopatologice a dezvoltarii acesteia. Aceste criterii au stat la baza aparitiei DSM-3 si a versiunii revizuite DSM-3-R. DSM-3 a introdus importante inovatii metodologice printre care criterii de diagnostic explicite, sistemul multiaxial, ca o aderare la*

modelul biopsihosocial si o descriere clinica neutrata cu privire la etiologia tulburarii respective (“abordare ateoretica”).

Aparitia DSM-3 a constituit o revolutie in clasificarea bolilor mentale si a scos psihiatrie dintr-o criza de legitimitate. Aceasta nosologie a reprezentat prima schimbare de paradigma (a doua schimbare de paradigma se considera a o face DSM-5) spre o clasificare bazata pe simptome si criterii care reflecta nu numai acumularea cunostintelor stiintifice ci si cresterea medicalizarii bolilor psihice, fiecare din ele fiind pasibile de a raspunde la un tratament specific; se asista la un process de standardizare realmente a psihiatriei. Aceasta standardizare a permis o mai buna formulare a politicilor de sanatate mentala comunitara, a facut ca psihiatrii sa-si poate demonstra eficacitatea in spatiul public, a condus la o comunicare adecvata intre cercetatori si la implicarea politicului in bunastarea mentala generala (Mayers si Hosowitz, 2005).



Dar nu totul a fost perfect pentru DSM-3. Desi DSM-3 a furnizat criterii explicite pentru fiecare tulburare psihiatrica, el nu a putut sa faca o distinctie clara intre entitati si o separare de tulburarile comorbide care inundau fiecare entitate. Astfel a aparut necesitatea revizuirii versiunii initiale si Robert Spitzer, chairman-ul verisunii a luat si responsabilitatea revizuirii ei. Multe categoriile au fost recatalogate si au primit alte nume, sase categorii au fost indepartate si au aparut altele noi, fata de 265 diagnostice in DSM-3 versiunea revizuita colecteaza 292 diagnostice si totul a fost pus in acord cu ceea ce cercatara clinica,

psihofarmacologica, epidemiologica si genetica furnizase pana in acel moment (vezi tabelul nr. 1). Astfel DSM-3-R (1987) ramanea fidel paradigmei din care a izvorat DSM-3: o entitate clinica se deosebeste de alta prin simptome, curs clinic, agregare in familia de origine, deznodamant si raspuns la terapie, lucru congruent cu modelul medical general al bolii. DSM-3 introduce si un mod nou de validarea acestor categorii. Aceasta validare s-a facut de un comitet larg de experti prin intalniri periodice in vederea atingerii unui consens prin utilizarea “tuturor datelor disponibile” ca si “gold standard” si nu prin trimiterea de scrisori de adeziune asa cum s-a facut in cazul versiunilor anterioare.

Versiune	An aparitie	Numar diagnostice	Numar pagini
DSM – I	1952	106	130
DSM – II	1968	182	134
DSM – III	1980	265	494
DSM – III – R	1987	292	567
DSM – IV	1994	297	886
DSM – IV – TR	2000	365	943
DSM - V	2012 (?)	(?)	(?)

Tabelul Nr. 1: Versiunile successive ale DSM (modificat dupa Mayes si Horowitz, 2005)

Versiunea DSM-3-R a reprezentat si un pas inainte spre o abordare “ateoretica” care a insemnat tendinta de a trece de la o clasificare bazata pe explicarea bolii la o clasificare bazata pe descrierea bolii, cu alte cuvinte DSM-3-R si versiunile care au urmat au generat clasificari mai mult “empirice” legate de experienta clinica si experimente fara nici un recurs la ipoteze sau teorii psihopatologice. Aceasta tendinta a fost denumita si revolutia “neo-kraepeliniana” pentru ca readuce in nosografie tendinta categoriala de clasificare a bolilor psihice.

In sedinta din 1987 a Comitetul de conducere APA s-a decis inceperea procesul de constituire a unei noi versiuni a DSM-ului, desi au fost voci care spuneau ca este prea devreme, clinicianii deabia au inceput sa se obisnuiasca cu versiunea in vigoare iar cercetatorii si-ar vedea cercetarile curente in pericol prin schimbarea nosologiei si a criteriologiei. Castig de

cauza au avut reformistii care s-au prevalat de aparitia CIM-10 si de necesitatea alinierii cu acesta (Frances si colab. 1989).

In afara dorintei clar exprimate de a se alinia la nosologia promovata de Organizatia Mondiala a Sanatatii, DSM-4 si-a dorit sa ofere: i) o nosologie comprehensiva si ateoretica care sa interactioneze pozitiv cu progresele psihofarmacologiei si biologiei psihiatrice ii) sa fie utilizabila de un grup larg de clinicieni si cercetatori de diferite orientari doctrinare si in diferite contexte clinice precum sectii clinice, ambulatorii, practica privata, ingrijire primara, psihiatrie de legatura, etc., iii) sa furnizeze un limbaj comun pentru diferite specialitati implicate in ingrijirea sanatatii mentale si iv) sa se constituie intr-un instrument capabil sa colecteze date si sa permita analize statistice.

Grupul de lucru a fost condus pe tot parcursul procesului de constituire a DSM-4 de Dr. Allen Frances, iar acest process a cuprins trei stagii de revizuire empirica: i) trecerea in revista a literaturii care a generat 150 de sinteze pe problemele cruciale ale clasificarii (Widiger si colab. 1990); ii) reanalizarea datelor colectate din diferite surse clinice si de cercetare grupate in cele 4 "sourcebooks"; iii) cercetarea aplicabilitatii pe teren (field trial) care a cuprins 12 astfel de actiuni care au incorporate subiecti variati din punct de vedere etnic si cultural pentru a putea raspunde la standardele actuale de aplicabilitate cross-culturala a oricarei taxonomii (Widiger si colab. 1991).

DSM-4 a vrut sa fie cat mai conservativ, sa nu produca modificari radicale fata de DSM-3-R, sa nu introduca multe categorii noi in clasificare si sa conduca la o armonizare cu clasificarea CIB-10.

Principalele beneficii ale DSM-4 au fost: abordarea empirica a nosologiei bazate pe descrierea observationala, evidentierea confidentei si generalitatii diagnosticelor propuse, validitatea criteriilor de diagnostic si aspectul heuristic care permite discutarea si adaugarea unor noi categorii in masura in care acestea vor trece de proba de validitate si confidenta (Frances si colab. 1995). Astfel, DSM-4 s-a constituit in patru componente: clasificare diagnostica, sistem de codificare, seturi de criterii diagnostice si text descriptive pentru fiecare categorie de prim ordin. Diagnosticul se bazeaza pe culegerea de simptome si potrivirea lor cu o categorie diagnostica, pe existenta de criterii de includere si excludere, fiecarai entitati clinice fiindu-i furnizata o descriere "incapsulata" si compacta, conceputa a fi un "prototip" si pe conformitatea cu descrierea narativa furnizata de manual. In fond, procesul de diagnostic

conform DSM-4 inseamna a gasi un cadru clinic cat mai aproape de prototipul furnizat de manual.

De la publicarea lui in 1994, DSM-4 a fost vandut in peste un milion de copii si a fost tradus in peste 20 limbi, ceea ce reprezinta “*testamentul atat al utilitatii clinice cat si a profundeii influente care a exercitat-o DSM-4 asupra dezvoltarii psihiatriei in general*” (Pierre, 2010).

Versiunea revizuita ale DSM-4, respectiv DSM-4-TR (2000), s-a nascut din necesitatea actualizarii versiunii de baza si incorporarea datelor acumulate intre timp, a corectarii unor inadvertente ale versiunii initiale si din dorinta de a se alinia mai bine la versiunea CIB-9-CM care a fost intre timp adoptata de guvernul Statelor Unite. Procesul de revizuire a inceput in 1994 sub conducerea Dr. A. Frances si s-a terminat in 1999, iar editorul versiunii a fost Dr. M. First.

Dar nu totul s-a terminat cu bine pentru DSM-4 pentru ca mentinerea atitudinii ateoretice privind geneza bolilor psihice, descrierea lapidara a simptomelor, nararea incapsulata a entitatilor prototipice si folosirea unui limbaj simplificat care sa fie accesibil tuturor profesionistilor din sanatate mentala, a permis accesul publicului larg la acest manual si astfel DSM-4 a inceput sa fie asimilat cu o “carte de bucate” in care fiecare incerca sa-si gaseasca descrierea potrivita pentru “tulburarea” pe care avea pretentia ca o are sau cu care se putea identifica. S-a ajuns astfel la o trivializare a nosologiei psihiatrie de catre publicul larg si la un mod generalizat de perpetuare a etichetarii publice si a stigmei sociale atasate tulburarilor psihice.

Promovarea diagnosticului pe baza de simptome a facut ca culegerea de date necesare diagnosticului sa fie facuta numai intr-un singur registru, cel fenomenologic (culegerea datelor observabile) ceea ce a descurajat clinicienii pentru culegerea si analizarea altor date disponibile (care sa conduca la evidentierea mecanismelor ce genereaza si sustin tulburarile psihice), a condus la posibilitatea multiplicarii entitatilor clinice si la alinierea lor la concepte politice, precum “politically correctness”, si la o nepotrivire cu standardele juridice, pentru ca manualul nu permite o delimitare fara echivoc a ceea ce se intelege prin “tulburare”, “defect” sau “dizabilitate”. O alta critica a fost ca DSM-4 introduce o distinctie arbitrara intre entitatile clinice prin promovarea unei stricte clasificari categoriale inradacinata de aderarea la

conceptia Kraepeliniana (Bentall, 2006) si ca nu permite evaluarea simptomelor intr-un context cultural specific ci doar vest versus non-vest.

Initierea si dezvoltarea DSM-5

Procesul de revizuire a DSM a inceput in 1999 printr-o intalnire intre reprezentantii Institutului National de Sanatate Mentala (NIHM) a SUA si a Asociatiei Psihiatrilor Americani (APA), ocazie cu care s-a stabilit ca prioritatea noii versiunii a DSM-ului sa fie capacitatea lui de a absorbi noutatile generate de studiile neurobiologice, genetice si psihofarmacologice privind tulburarile psihice si sa constituie o premiza pentru incorporarea viitoare a unei abordari biologizante in clasificare, deci un mic pas spre o viziune etiologizanta a nosologiei psihiatrice, drept pentru care la aceasta intalnire au fost invitati o serie larga de experti din domeniul geneticii, a neurobiologiei, cognitivisti si behavioristi, psihoendocrinologi si psihofarmacologi. Lipsa unei delimitari clare dintre entitatile clinice din DSM-4 a fost un alt subiect care a generat procesul de revizie. Structura hierarhica a tulburarilor psihiatrice “pure”, pletora de tulburari atasate ca si comorbiditate si frecventa utilizare a tulburarilor “neclasificate in alta parte” au condus la confuzie si la incapacitatea de a identifica si oferi un tratament adecvat tulburarii celei mai dizabilitante.

La procesul de revizie s-au atasat ulterior si reprezentanti al Asociatiei Mondiale de Psihiatrie (WPA) si ai Organizatiei Mondiale a Sanatatii (WHO). Cand a fost vorba de finantari suplimentare, comitetul executiv al DSM-5 a apelat la Institutul National de Abuz de Droguri (NIDA) si la Institutul National de Alcoolism si Abuz de Alcool (NIAAA) al USA si s-a stabilit un parteneriat in valoare de 1,1 miliarde de dolari.

In 2002 reprezentantii acestor institut care si-au unit eforturile in generarea versiunii a 5-a a DSM si-au dat mana in cadrul Institutului American de Psihiatrie pentru Cercetare si Educatie si l-au numit pe Dr. Darrel A. Regier, directorul acestui institut, ca investigator principal al DSM-5. El a organizat o serie de 13 conferinte in diferite locuri de pe glob pentru a antrena cati mai multi experti din comunitatea internationala psihiatrica si sa dea DSM-5 o legitimitate multinationala. In 2006 APA l-a numit pe Dr. D.J. Kupfer ca director si pe Dr. D.A.Regier ca director adjunct al comitetului de revizuire a DSM-5 Ei au organizat 13 grupe de lucru corespunzand cu cele 13 categorii diagnostice ale DSM-4 si fiecare din ele a avut ca sarcina revizuirea capitolului respectiv. In aceasta formula echipa a ramas pana astazi cu

sarcina de a duce la final aceasta intreprindere ce s-a dovedit atat covarsitoare cat si ambitioasa.

Ce-si propune sa faca DSM-5

De la inceput DSM-5 si-a propus sa schimbe “paradigma” clasificarii prin rescrierea vechii taxonomii psihiatrice care inca platea tribut criteriilor lui Fightner. Schimbarea paradigmei a fost prima oara mentionata in “A Research Agenda for the DSM-5”, lucrare publicata in 2002, prin care comitetul director al revizuirii DSM-5 postula nevoia schimbarii fundamentale a paradigmei diagnostice neo-kraepeliniene si chiar a definitiei tulburarii mentale, incarcata de conotatii sociopolitice si biomedicale (Kupfer si colab. 2002).

Esecul principiului ierarhizarii tulburarilor psihice de la principal la secundar, de la major la minor si a stradaniei evidentierii tulburarii pure a condus la promisiunea ca DSM-5 va gasi un model care sa ia in considerare felul cum tulburarile psihice se pot grupa intr-o mai larga si supraordonata categorie clinica ceea ce va reduce importanta clasificarii categoriale si va deschide portile unei flexibilitati diagnostice care sa permita identificarea formelor usoare sau intermitente, a influentei factorilor culturali, a genului si a evolutiei de-alungul ciclurilor vietii (Regier si colab., 2009).

DSM-5 isi propune mult mai explicit ceea ce orice alta clasificare nosologica avea in subtext: 1. sa ajute la comunicarea intre clincieni; 2. sa ofere criterii pentru selectarea unei interventii eficiente; 3. sa faca predictie asupra cursului/ prognosticului tulburarii a si asupra nevoilor pacientului; 4. sa diferentieze tulburarea de non-tulburare sau cu alte cuvinte de a identifica cine poate si cine nu beneficia de tratament (First, 2010).

Nu in ultimul rand DSM-5 isi propune sa fie un “receptacol” pentru noile descoperiri ale biochimiei cerebrale, ale neurostiintei si geneticii moleculare si astfel sa permita o revizuire rapida a infrastructurii in functie de rezultatele cercetarilor in curs sau viitoare.

Care sunt cele mai proeminente schimbari propuse de DSM-V

Prima si cea mai importanta schimbare fata de precedentele versiuni ale DSM ar fi modificarea ponderii clasificarii de la categorical la dimensional (Regier si colab. 2009). Aceasta schimbare de optica a fost generate de lipsa de evidenta a granitelor dintre asa-zisele sindroame categoriale (de exemplu, sindromul depresiv versus anxios, maniacal versus schizofren, etc.), de nevoia de eradicare a problemei comorbiditatii, care facea la un moment

dat imposibila distingerea a ceea ce trebuie tratat cu prioritate si a necesitatii de distingerea a adevaratilor pozitivi de adevaratii negative prin creierea de praguri de severitate pe un continuum simptomatologic (Rounsaville si colab. 2002). Astfel, DSM-5 furnizeaza practicantilor o masurare cantitativa a celor mai importante arii clinice (depresie, anxietate, manie, folosire de substante, tulburare de somn, obsesie, arii ale personalitatii, etc.), arii relevante pentru un diagnostic clinic, dar care nu sunt specifice unei entitati anume. La sfarsitul descrierii fiecarei arii clinice este prevazuta o scala de severitate, care permite evaluarea cantitativa a acesteia. Aceasta scala permite stabilirea unui nivel de baza de la care se poate evalua evolutia clinica longitudinala. DSM-5 furnizeaza si un sistem de evaluare a deznodamantului: *“Patient-Reported Outcome Measurement Information System”* (PROMIS) care consta intr-un mic chestionar care evalueaza statutul pacientului in relatie cu normele nationale, furnizand un scor pe doua nivele de evaluare: evaluarea facuta de clinician si evaluarea facuta de pacient sau informanti proximali (www.nihpromis.org).

Intr-un sedinta de interviuri din Mai 2009, Dr. William Narrow, unul din membrii *“task force-ului”* insarcinat cu revizia DSM-5, spunea: *“Ne asteptam sa oferim clinicienilor si cercetatorilor oportunitatea de evaluare a pacientii lor dincolo de categoriile stricte si de a folosi o masurare dimensionala a severitatii diferitelor simptome care apar in aceste tulburari. Actualmente nu exista criterii de evaluare a anxietatii din cadrul depresiei majore desi noi cunoastem ca depresia si anxietatea apar frecvent impreuna”*. Dr. Katherine A. Phillips, conducatoarea grupului de lucru pentru tulburarile anxioase, care cuprinde si tulburarile obsesionale, postraumatice si dissociative, spunea ca grupul de lucru ia in considerare si o *“dimensiune supraordonata”* care apare la toti pacientii indiferent de diagnostic. O astfel de dimensiune supraordonata este anxietatea, atacul de panica sau nivelul de evitare a situatiei anxiogene, care pot fi considerate si ca marker al severitatii tulburarii subjacente. Cu aceiasi ocazie, Dr. W.T. Carpenter, seful grupului de lucru pentru schizofrenie, spunea ca *“noi speram sa indepartam diagnosticul de tulburare schizoafectiva pentru ca este o categorie care nu este confidenta si poate este mai bine sa se evalueze simultan dimensiuni precum distorsiunea realitatii, dezorganizarea gandirii, afectarea cognitive, depresia, mania si anxietate in efortul de a captura ceea ce este cu adevarat important de cunoscut de clinicieni si nu ceea ce nu este valid stiintific, precum tulburarea schizoafectiva”* (<http://www.psychologyandwellbeing.org/pn/index.php>).

Exemple de abordare dimensională a unor entități clinice din DSM-5:

- tulburarea de atenție cu hiperkinezie folosește o scală dimensională pentru evaluarea informanților (parinte/profesor);
- tulburările de personalitate: evaluarea dimensională pentru cele 28 fațete ale personalității și a celor șase domenii;
- criteriu nou pentru evaluarea a severității pe o scală cu 3 ancore;
- scală dimensională pentru atacul de panică;
- evaluarea dimensională pentru episodul depresiv major bazată pe scală PHQ-9 (*“Patient Health Questionnaire – 9”*);
- evaluarea dimensională pentru tulburările psihotice bazată pe noua domenii relevante precum: halucinație, delir, dezorganizare, comportament psihomotor anormal, îngustarea expresiei emoționale, avolitie, afectare cognitive, depresie și manie.

Alta modificare importantă privește sistemul multiaxial. Astfel, grupul de lucru DSM-5 recomandă unificarea axelor I (tulburarea clinică psihică), axa II (tulburarea de personalitate) și axa III (condițiile medicale generale) într-o singură axă care să conțină toate informațiile despre tulburările clinice ale subiectului respective indiferent dacă sunt psihiatrice, somatice sau de personalitate. Această modificare va duce DSM-5 mult mai aproape de Clasificarea Internațională a Bolilor, dar reprezintă și o mare abdicare de la principiile istorice ale DSM în general.

Introducerea conceptului de “sindrom de risc” sau “sindrom atenuat” reprezintă o altă modificare foarte consistentă față de precedentele versiuni DSM. Acest concept se adresează psihozei și tulburărilor cognitive și vrea să captureze stadiile preliminare, subclinice sau ușoare ale acestor tulburări cu scopul detecției precoce și intervenției rapide. Astfel vom avea sindromul de risc pentru psihoză și sindromul de risc pentru demență. Dr. Carpenter consideră că sindromul de risc pentru psihoză este o etichetă mult mai puțin stigmatizantă decât eticheta de “prodrom psihotic” (Carpenter, 2009). Diagnosticul acestei entități clinice ar putea fi făcut pe baza unor simptome “atenuate”, precum delir sau halucinații atenuate. La baza acestei propuneri se află raportul mai vechi al Institutului de Medicină al SUA, prestigioasă organizație științifică care a postulat că reducerea riscului bolilor psihice se poate face doar prin detectarea timpurie a formelor subclinice ale acestora și inventaria la acel moment diferiți markeri timpurii pentru psihoză, tulburări depressive, etc. În felul acesta psihiatria se alinia

curentului general din bolile somatice, de detectie si interventii preventive precoce (Mrazek si Haggerty, 1994).

In propunerea pentru DSM-5 schizofrenia nu mai apare a avea subtipurile clasice paranoid, dezorganizat, catatonic, etc. si aceasta modificare a fost justificata de faptul ca nu exista dovezi certe ale existentei acestei tipologii. Astfel, diagnosticul de schizofrenie este mult simplificat si se bazeaza pe o evaluare cross-sectionala pe noua domenii, fiecare evaluat pe o scala cu 5 ancore, de la 0 (absent) la 4 (sever). Catatonie ramane ca un sindrom si calificativ caracteristic pentru mai multe entitati clinice precum schizofrenie, tulburari ale dispozitiei, tulburari organice, etc. dar nu mai este listata in sectiunea schizofrenie.

La sectiune delirium, dementa, tulburari amnestice si alte tulburari cognitive, schimbarile majore sunt date de comasarea dementei date de conditii general medicale cu dementa Alzheimer si dementa vasculara intr-o entitate care se va numi “tulburarea neurocognitiva, majora sau minora. Tulburarea Alzheimer poate fi doar un subtip al tulburarii neurocognitive. Distinctia dintre major si minor reflecta o diferenta de severitate dar si stadiul timpuriu sau tardiv al afectiunii.

La sectiunea tulburarile legate de uzul de substante schimbarea majora o reprezinta disparitia sindromului de dependenta din cauza ca nu exista confidenta pentru simptomele psihologice ale dependentei (toleranta, lipsa de control, craving, etc.) ci doar pentru cele fiziologice. Astfel ca dependenta a ramas doar ca un sindrom cu expresie fiziologica. Apare un concept nou care inlocuieste categoriile de abuz si dependenta si care se numeste “tulburarea folosirii de substanta” specifica fiecarei substante in parte. Astfel putem avea tulburarea folosirii alcoolului, tulburarea folosirii cocainei, tulburarea folosirii cannabisului, etc.

La sectiunea tulburari ale dispozitiei diagnosticul de episoade mixte dispare si apar trei noi diagnostice: depresia anxioasa mixta, tulburarea disforica premenstruala si calificativul “trăsături mixte” care se poate atasa episodului depresiv, episodului maniacal sau episodului hipomaniacal. Ramane in discutie introducerea diagnosticului de melancolie. In general, aceasta sectiune contine putine modificari.

Mult mai multe noutati sunt la sectiunea tulburari anxioase. Insași întreaga sectiune isi va schimba titulatura in “Tulburari anxioase, spectrul obsesiv-compulsiv, tulburarile posttraumatice si disociative”. Se vede ca s-a introdus conceptual de spectru pentru tulburarile obsesionale, dar se introduc si noi entitati precum “tulburare de colectionarism” (“*hoarding*”).

disorder”), sindromul de referinta olfactiva (preocuparea cu emiterea si perceperea de mirosuri pe care altii nu le percep) si tulburarea de manipulare a pielii (“*skin picking disorder*”) cand subiectul este preocupat de pielea proprie si gaseste locuri pe care compulsiv le stoarce, zgarie, comprima, smulge, etc.

Capitolul tulburari somatoforme dispare si este inlocuit cu “tulburarile caracterizate de simptome somatice”. Aici gasim doua noi entitati: tulburarea cu simptome simple si tulburarea cu simptome somatice complexe care grupeaza tulburarea de somatizare, hipocondria, tulburarea somatoforma nediferentiata si durerea psihologica, ele caracterizandu-se prin persistenta simptomelor si distorsiuni cognitive. Tulburarea dismorfica este mutata de aici la sectiunea tulburari anxioase.

La categoria tulburari de somn sunt incluse noi entitati precum sindromul Klein-Levin, apneea obstructive de somn si sindromul picioarelor nelinistite.

Foarte multe si importante modificari se produc la categoria tulburari de personalitate. Aici se formuleaza modul de evaluare si diagnostic al tulburarilor de personalitate si a personalitatii in general. Se doreste schimbarea focusului clinicianului de la o evaluare de ansamblu si o tipologie generala a tulburarilor de personalitate la o privire in detaliu a trasaturilor specifice personalitatii. Astfel capitolul prevede:

- o noua definitie a tulburarilor de personalitate: “*incapacitate de a dezvolta un sens al identitatii selfului si incapacitate de functionare interpersonală in contextual normelor si expectatiilor culturale ale subiectului care persista pentru mai multi ani si care nu sunt rezultatul altor tulburari*”;
- doar cinci tipuri de personalitate: borderline, antisocial/psihopatic (posibil cu unele subtipuri), schizotipal, evitant si obsesiv-compulsiv;
- o modalitate de evaluare a nivelului de functionare a personalitatii pe o scala cantitativa, de la nici un fel de afectare (scor 0) la afectare extrema (scor 4), functionare care se evalueaza pe doua dimensiuni: self (cuprinzand identitatea si directionarea) si interpersonal (cuprinzand empatia si intimitatea);
- o modalitate complexa de descriere si evaluare a personalitatii pe baza de dimensiuni (continuum), trasaturi (caracteristici), domenii (arii distincte de functionare de inalt ordin) si fatete (specificitate de ordin secund) ale personalitatii. Astfel se furnizeaza sase domenii de inalt ordin ale personalitatii: emotionalitate negativa, detasare,

antagonism, dezinhibitie, compulsivitate si schizotipie si patru pana la 10 fatete de ordin secund pentru fiecare din aceste sase domenii. Exemplu de fatete pentru dimensiunea dezinhibitie ar fi: impulsivitate, distractibilitate, asumarea riscurilor, iresponsabilitate. Pentru compulsivitate fatetele ar fi: perseverare, perfectionism, rigiditate, aversiune fata de asumarea riscului. Exemple de fatete pentru emotionalitate negative: tendinta la anxietate, supunere, frica de abandon, pesimism, stima de sine scazuta, vina si rusine, tendinta la depresie, suspiciozitate.

La categoria tulburari sexuale si de identitate sexuala apar noi diagnostice precum: tulburarea de hipersexualitate, tulburarea de compulsie parafilica, tulburarea de interes sexual/excitabilitate la femei, durerea genito-pelvica si tulburarile sexuale date de conditii medicale generale.

Printe alte schimbari prevazute a fi in DSM-5 mai mentionam:

- recategorizarea tulburarilor de invatare prin includerea unei singure categorii pentru autism si inlocuirea termenului de retardare mentala cu cel de dizabilitate intelectuala;
- adaugarea unei noi entitati la tulburarile copilului si adolescentului: tulburarea de dereglare a irascibilitatii cu disforie ("*temper dysregulation with dysphoria*") pentru copii care prezinta explozii de manie si irascibilitate persistenta;
- furnizarea unei noi modalitati de evaluare a riscului de suicide.

Critica DSM-5 sau "razboiul civil" al psihiatriei americane:

In numarul din 12 decembrie 2009 a revistei New Scientist, Peter Aldhous, seful biroului revistei din San Francisco, publica un articol cu numele "Psychiatry's civil war" care se ocupa de controversele iscate de facerea noi versiuni DSM-V. Subtitlul articolului era: "*rescrierea 'bibliei' psihiatrilor va face ca mai multi oameni sa fie declarati bolnavi mental*" si continua ca atunci cand doctorii au o problema cu care nu sunt de acord, ei au obiceiul sa face o critica ingrijita si cu un limbaj masurat. Dar iata ca controversele iscate de DSM-5 a depasit aceasta rutina prin vehementa limbajului si emotionalitatea cu care au fost duse (Aldhous, 2009).

Primul foc l-a tras Dr. Robert Spitzer, parintele DSM-3 si DSM-3-R care a criticat procesul lipsit de transparenta a dezvoltarii DSM-5 prin impunerea unui contract de confidentialitate fara precedent (Spitzer, 2009).

Mai apoi, Dr. Robert Spitzer si Dr. Allen Frances, parintele DSM-4, ambi psihiatrii pensionari, au publicat o scrisoare deschisa catre comitetul director APA in revista Psychiatric News din iunie 2009 (Frances si Spitzer, 2009). In acesta scrisoare ei critica cu vehementa si cu o nota de sarcasm procesul de elaborare a DSM-5. Printre altele ei formulau urmatoarele critici:

- procesul de dezvoltare a DSM-5 a fost un proces ferit de ochii publicului si lumii academice;
- unele schimbari precum abordarea dimensionala sau diagnosticele subclinice nu sunt suficient de justificate de cercetarea stiintifica actuala;
- publicarea criteriilor propuse inainte de efectuare “fild trial-urilor” care sa verifice justetea lor;
- ignorarea expertilor din afara grupurilor de lucru;
- intimidarea si ostracizarea psihiatrilor universitari (“academia”).

In final intr-un interviu pentru Psychiatric News ei spuneau ca “*schimbarea paradigmei*” este expresia unei ambitii nerealiste combinata cu o metodologie slaba care va conduce la numeroase si nefericite consecinte. Prof. Frances afirma: “*DSM-5 trebuie repede sa-si tempereze ambitiile si sa perfectioneze metodologia. Fiecare schimbare, chiar una foarte ingrijita, poate avea riscuri nebanuite. Schimbarile globale rezultate dintr-un proces fara transparenta si neingrijit va conduce la pericole pentru pacienti si confuzie pentru clinicieni*”. (Moran, 2009)

Ca urmare a acestor critici, Dr. Darrel Regier, directorul adjunct al comitetului director DSM-5, Dr. Schatzberg (Director APA) si colab., Dr. R. Alarcon sau Dr. W. Carpenter au reactionat punct cu punct:

- “secretizarea” a fost generata de semnarea unui contract de confidentialitate de catre membrii comitetului si ai grupurilor de lucru;
- DSM-5 va oferi un manual cu criterii de diagnostic explicite asa cum s-a inceput de la DSM-3 si abordarea dimensionala este doar adaugata si nu exclude criteriologia diagnostica;
- O dezbatere despre includerea categoriilor subclinice este in curs, de ex. pentru includerea sindromului de risc pentru psihoza si dezvoltatorii DSM-5 sunt constienti de problema “falsilor pozitivi” si a patologizarii normalitatii;

- Procesul de dezvoltare nu este grabit si va implica sute de cercetatori si momentul editarii poate fi schimbat;
- iar restul criticilor nu sunt facut cu buna credinta ci doar din dorinta parintilor DSM-4 de a-si prelungi beneficiile materiale care vor fi atata timp cat DSM-4 ramane un document oficial APA (Regier, 2009; Schatzberg si colab. 2009; Alarcon, 2009; Carpenter, 2009).

In ianuarie 2010 Dr. Allan Frances vine cu noi critici fata de procesul de dezvoltare a DSM-5, precum cele legate de perioada prea scurta de aproximativ o luna pentru comentarii si revizuirii ale versiunii de lucru care a fost postata foarte tarziu, in februarie 2010. El continua spunand ca *“lipsa de transparenta si schimbul foarte precar de idei poate face DSM-5 la un instrument idiosincronic si arbitrar”*. Grupurile de lucru pe sectiuni au avut tendinta de a supraevalua importanta sectiunii proprii si o grija sporita pentru evitarea falsilor negativi si mai putin fata de falsi pozitivi si astfel aceste criterii vor influenta valorile epidemiologice intr-o populatie data. Riscurile acestei intreprinderi *“ambitioase, secretoase si prost organizate”* sunt numeroase: in primul rand cercetarile viitoare vor fi costisitoare pentru ca instrumentele de masura existente sunt bazate pe DSM-4 si va rezulta o falie intre cercetarile vechi si cele viitoare, prin abordarea unor instrumente de masura diferite. Propunerea formelor subclinice (subprag), care sunt extraordinar de frecvente in populatia generala, va genera confuzie intre ceea ce trebuie tratat si ce nu, ce este tulburare si ce nu este, lucru care ce poate duce la o excesiva medicalizare si utilizare a medicamentelor si vom avea de a face cu o combinatie foarte daunatoare intre criterii care permit falsilor pozitivi sa apara si interventii medicamentoase potential periculoase. Aceasta va duce la o medicalizare excesiva a normalului si la o trivializare a diagnosticelor psihiatrice. In final el vorbeste de *“deschiderea cutiei Pandorei”*.

Dr. David Kupfer, directorul programului DSM-5, raspunde indirect initiind o serie de articole despre progresul manualului, serie de articole care va continua pana in 2013, data la care se spera ca DSM-5 va aparea. In primul articol el afirma ca procesul de dezvoltare este continuu, deschis, la el lucreaza 160 de cercetatori in 13 grupe de lucru, exista pentru fiecare posibilitatea de a trimite un feeb-back si comentarii, la *“field trial”* participa 4000 clinicieni, majoritatea din sfera privata. Din acestia se vor alege randomizat 1400 care vor merge mai departe la *“field trial”*. In afara de acestia APA va mai recruta 2500 de alti clinicieni voluntari,

dintre care 1500 psihiatri, 500 psihologi, 500 asistenti sociali si 500 surori de psihiatrie. Fiecare clinician va utiliza criteriile diagnostice propuse si va evalua un pacient care déjà a primit serviciile unui clinician. Atit clinicianul cat si pacientul vor completa un chetionar desemnat sa faciliteze detectia diagnosticelor multiple si/sau a simptomelor care au influentat negative pacientul si tratamentul. Clinicianii si pacientii vor fi rugati sa evalueze cate de prietenoase au fost aceste evaluari si clinicianul va evalua si cat de eficient si folositoare au fost in efectuarea diagnosticului, formularea planului de tratament si in urmarirea raspunsului la tratament. Al doilea obiectiv al “fird trial” va fi sa stranga date de la mediul academic.

In felul acesta Dr. Kupfer a cautat sa demonteze viitoarele critici asupra procesului de dezvoltare a DSM-5.

Alte focuri s-au tras din directia criticilor fata de suspiciunea implicarii industriei farmaceutice in procesul de dezvoltare a DSM-5. Cosgrove si Bursztajn publica un articol care vrea sa explice de ce membrii grupurilor de lucru DSM-5 au fost obligatisa semneze un contract de confidentialitate. Ei sustin ca prin aceasta practica s-a vrut sa se obtureze faptul ca majoritatea acestora aveau legaturi cu companiile farmaceutice. Ei au descoperit ca 14% din grupul director al DSM-5 aveau legaturi directe cu industria de medicamente (Cosgrove si Bursztajn, 2009). S-a vazut ca 28 de membrii ai DSM-5 task force au legaturi cu companiile de medicamente iar in top a fost Dr. W. Carpenter care in ultimii 5 ani a lucrat ca si consultant la 13 firme de medicamente (Kaplan, 2009). Pentru a preveni abuzuri si influente ale industriei farmaceutice, membrii grupurilor de lucru DSM-5 au fost de accord sa limiteze la 10.000\$ contributia anuala a firmelor de medicamente pe cercetator si limita de 50.000\$ in actiuni sau alte bonuri si participatii la aceste companii.

Un alt domeniu de controversa a fost “schimbarea paradigmei”, respective trecerea la o abordare dimensionala. A fost facut public demisia Dr. Jane Costello, membru in DSM-V task force pentru tulburarile colilului si adolescentului care nu a fost de acord cu aceasta abordare. In scrisoarea de demisie ea scria ca se simte *“inconfortabil cu intregul principiu de baza de a rescrie intreaga taxonomie psihiatrica de-o data, existand o prapastie intre ceea ce noi ar trebui sa cunoastem ca sa face o revizie ci ceea ce ar trebuie sa cunoastem ca sa devenim mai destepti”* (Costello, 2009). In apararea “schimbarii paradigmei” vine Prof. M. First care spun ca: *“in ambienta curenta a ingrijirii sanatatii in care clinicienii sunt asteptati sa vada din ce in ce mai multi pacienti in din ce in ce mai putin timp, este nevoie de motivarea clara a*

clinicienilor de a consuma mai mult efort pentru a face o evaluare dimensionala” care sa ofere o praguri exacte pentru delimitarea diagnosticelor (asa zisele “cross-cutting dimensions”). Aceasta va inlocui vechile grade de severitate pe care le-a incetatenit DSM-3-R ca “usor”, “moderat” sau “severe”, “in remisie partiala” sau “in remisie totala” (First, 2010).

Controverse au generat si presupusa includere a sindroamelor de risc, respectiv a formelor subclinice sau sub-prag de boala, precum sindromul de risc pentru psihoza sau sindromul de risc pentru dementa. Dr. A. Frances le denumeste versiunile prodromale ale bolii si spune: *“DSM-5a gresit ca nu aluat in a considerare efectul potential dezastros care ar putea inunda lumea cu milioane de noi pacienti falsi-pozitivi...consecinta ar fi medicalizarea normalitatii si trivializarea tulburarii mentale”* (Frances, 2009). Aparatorii introducerii acestui sindrom prodromal sustind nevoia depistarii precoce a tulburarilor psihice, asa cum in toata medicina se face si vin cu experienta programelor de prim-episod de psihoza sau eficacitatea tratarii dementei atunci cand se detecteaza in fazele incipiente. De ex. Wood si colab (2009) fac un studiu pe 377 indivizii cu prodrome de psihoza si compara cu un grup de control si conchide ca sindromul de risc pentru psihoza este o clasa valida de diagnostic.

Disputa dintre pro si contra DSM-5 se face si pe bloguri si astfel se pot citi comentarii precum: *“DSM-5: aproape de a face bolnav pe fiecare”* (www.rci.rutgers.edu/~avhorw/menuframe.html), *“Lumea devine nebuna...si DSM-5 va gasi pe fiecare din noi responsabili”* (<http://freireproject.org/users/andrew-churchill>), *“Ciudat”* (<http://psychiatrist.blog.blogspot.com/2011/01/dsm-5-controversy.html>), *“DSM-5 in necaz”* (<http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress>). Diferite asociatii si ONG-uri se implica cautand sa-i faca auzit glasul privind felul cum sunt tratate femeile si patologia feminina in manual (http://nordkalender.org/kilden_en?arrangement.html?id=6428&back=index.html), iar aparatorii homosexualitatii discuta despre felul cum identitatea sexuala se regaseste patologizata sau nu in manual (<http://www.gidreform.org/dsm5.html>). Desi s-a dorit ca manualul DSM-5 sa fie mai putin expresia unei viziuni socio-politice, el nu poate scapa de sub comandamentele “politically correctness” sau de a privi boala mentala ca un “by-product” cultural.

In final vrem sa amintim cuvintele lui Dr. Darrel Regier, directorul adjunct al comitetului director al DSM-V care spunea: *“vrem sa oferim un nou cadru pentru evolutia*

sistemului nostru diagnostic care sa conduca la perfectionarea practicii clinice si la facilitarea testarii de noi criterii diagnostice conform ipotezelor stiintifice, mai curand decat sa oferim o scriptura Biblica. Singura si cea mai importanta preconditie pentru imbunatatirea utilitatii clinice si stiintifice a DSM-5 este sa incorporam o masurare simpla dimensionala a sindromelor...Noi anticipam ca sa avem o structura care sa contina "receptori" pentru noi factori biologici, neurocognitivi si ambientali de risc asa cum ei vor apare in viitoarele cercetari si practica clinica. Ca rezultat, noi ne asteptam ca DSM-5 sa fie un document viu, cu o infrastructura in permanenta revizie capabil sa schimbe arii diagnostice in care noi evidente apar la lumina zilei" (Regier si colab. 2009).

Nu exista incheiere mai buna decat ceea ce spunea Brison (2003): "*Taxonomia este descrisa uneori ca o stiinta si alteori ca o arta, dar de fapt este un camp de batalie*".

Bibliografie:

Alarcon RD (2009): Inside the DSM-V process: Issues, debated, and reflections, *Psychiatric Times*, 7

Aldhous, P (2009): Psychiatry's civil war, *New Scientist*, 12 December, 38-41

American Psychiatric Association (APA). (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (APA). (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Bentall, R. (2006): Madness explained: Why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness". *Medical hypotheses* 66 (2): 220-233

Brison B (2003): A Short Story of Nearly Everything, Sydney: Dodleday

Carpenter WT (2009): Anticipating DSM-V: Should psychosis risk become a diagnostic class? (Editorial), *Schizophrenia Bulletin*, 35:841-843

Cosgrove L, si Bursztajn H J (2009): Toward credible conflict of interest policies in clinical psychiatry. *Psychiatric Times*, 26(1).

Costello J (2009): Resignation letter from DSM-V task force, <http://www.scribd.com/doc/17162466/Jane-Costello-Resignation-Letter-from-DSMV-Task-Force-to-Danny-Pine-March-27-2009>

Endicott J, Spitzer RL (1978): A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 35: 873-43

- Feighner JP, Robins E, Guze SB et al (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Archive of General Psychiatry*, 26:57-63
- First MB (2010): Clinical Utility in the revision on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6):465-473
- Frances A, Widiger TA, Pincus H (1989): The development of DSM-IV. *Archives of General Psychiatry*, 46:373–375.
- Frances A, Mack AH, Ross R, First MB (1995): The DSM-IV Classification and Psychopharmacology, *Psychopharmacology - 4th Generation of Progress*, Floyd E. Bloom (Ed) Lippincott Williams & Wilkins
- Frances A, Spitzer RL (2009): Letter to APA Board of Trustees, *Psychiatric Times*, July 6
- Frances A (2009): A warning sign on the road to DSM-V: Beware of its unintended consequences, *Psychiatric Times*, August, 8
- Frances A (2010): Alert to the Research Community— Be Prepared to Weigh in on DSM-V, *Psychiatric Times*, 1
- Kaplan A (2009): DSM-V controversies, *Psychiatric Times*, January, 1
- Kupfer DJ (2010): “Real-world” field trials next step in DSM-V process, *Psychiatric News*, 45(19):4
- Kupfer DJ, First MB, Regier DA (Eds) (2002): A Research Agenda for DSM-V, Washington, DC: American Psychiatric Association
- Mayes R, Horowitz AV (2005): DSM-III and the revolution in the classification of mental illness, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3):249–267
- Moran M (2009): APA disputes critics of DSM-V process, *Psychiatric News*, August 21, 4
- Mrazek PJ si Haggerty RJ (Editors) (1994) Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research, Washington DC: National Academy Press
- Pierre JM (2010): The Borders of Mental Disorder in Psychiatry and the DSM: Past, Present, and Future, *Journal of Psychiatric Practice* 16 (6):375-386
- Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ (2009): The conceptual development of DSM-V, *American Journal of Psychiatry*, 166(6):645-650
- Robins E, Guze SB (1970): Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 126: 983-987
- Rounsaville BJ, Alarcon RD, Andrews G et al (2002): Basic nomenclature issues for DSM-V, Washington, DC: American Psychiatric Association
- Schatzberg AF, Scully JH, Kupfer DJ, Regier DA (2009): Setting the record straight: A response to Dr. Frances’ commentary on DSM-V, *Psychiatric Times*, August, 8
- Schatzberg, AF (2010): Why is DSM-5 Being Delayed? *Psychiatric News*, 45(1): 3
- Spitzer R (2009): DSM-V Transparency: fact or rethoric? *Psychiatric Times*, March, 3
- Spitzer RL, Robins E (1978): Research diagnostic criteria: rationale and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 35: 773-82

Oldham J (2010): DSM-5: A Work In Progress, *Journal of Psychiatric Practice*, 16(6): 371

The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and Statistical Manual: Mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association;

The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, second edition. Washington, DC: American Psychiatric Association

Wilson, M. (1993): DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 399–410.

Widiger T, Frances A, Pincus H, Davis WW (1990): The DSM-IV literature reviews: rationale, process, and limitations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12:189–202.

Widiger T, Frances A, Pincus H, et al.(1991): Toward an empirical classification for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100:280–288.

Woods SW, Addington J, Cadenhead KS et al (2009): Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: Findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5):894-908.