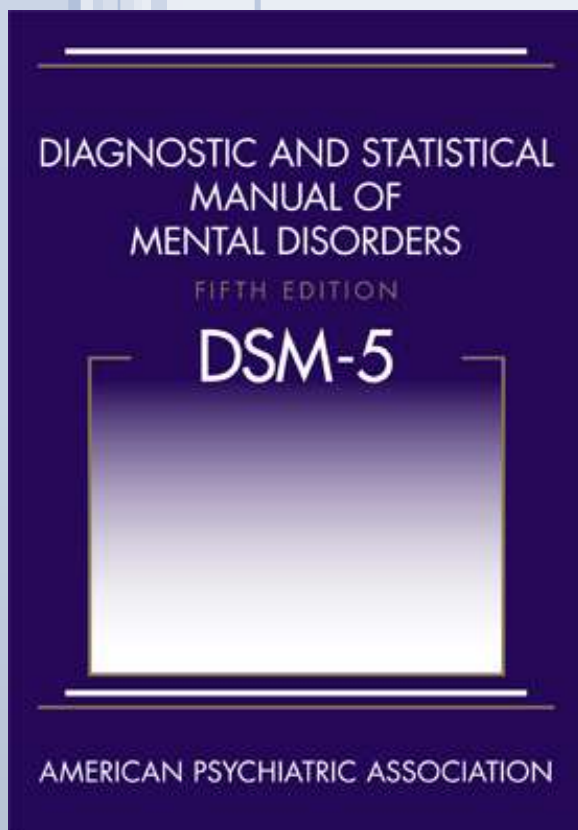


DSM V
TRADIȚIE, SINTEZĂ ȘI INOVAȚIE
CURS



Prof. Mircea Lăzărescu

Cluj, Târgu-Mureș, septembrie 2013

Tehnoredactare: Dr. Marinela Hurmuz



comemorare

EDUARD PAMFIL

100 ani

**de la nasterea psihiatrului
si omului de cultura**

Vineri,
18 ianuarie 2013,
orele 12:00

Timisoara,
Redactia Revistei Orizont, P-ta Sfr.Gheorghe 3





- Apariția DSM V după 12 ani de eforturi ale specialiștilor APA e un moment important și semnificativ în plan internațional.
- Ediția a V-a a DSM exprimă clar tendința spre consens internațional, după ce DSM III, în urmă cu peste 30 de ani (1980), a revoluționat sistemul de diagnostic psihiatric prin modelul său strict categorial, bazat pe definiții operaționale și diagnostic pe axe.
- În replică, OMS a publicat în 1994 sistemul ICD 10, care preia de la DSM III diagnosticul categorial și definițiile operaționale, dar nu axele, promovând o metodologie distinctă de evaluare a deficiențelor și disfuncționalităților sociale (DAS) și a factorilor sociali implicați, prin codurile Z.
- În prezent, e rândul sistemului DSM să facă câțiva pași semnificativi de apropiere față de ICD, prin renunțarea la axe și adoptarea modelului OMS de evaluare a disfuncției sociale și a influențelor psihosociale, adoptând evaluarea DAS și codurile Z din ICD 10.
- E de așteptat ca și ICD 11 (propus să apară în 2015) să facă și el pași de apropiere față de DSM V, pentru o mai bună înțelegere a psihiatriei pe plan internațional.



- O virtute importantă a DSM V este claritatea și concizia textului. Nici un cuvânt nu pare a fi inutil, orice expresie mai deosebită este imediat explicată, nu există echivocuri, iar categoria „alte tulburări neprecizate din categoria x” este aproape suprimată: diagnosticianul este obligat să opteze pentru un diagnostic explicit și să-și argumenteze opțiunea.
- Manualul DSM V ține seama de multiplele critici ce au fost aduse sistemelor DSM III-IV, pe unele și le însușește, iar pe altele le respinge cu argumente explicite.
- Întreaga lucrare este un exemplu de elaborare științifică a unui manual oficial (deci unic și deci obligatoriu, chiar într-o democrație), în care dezbaterea științifică publică este promovată în toate formele ei; din partea oricui și de oriunde, prin orice mijloc. Bordul de redactare și-a asumat responsabilitatea elaborării textului, bazându-se pe toate cunoștințele și argumentele aduse în discuție, cu utilizarea tuturor mijloacelor actuale de informare.
- Prezentarea manualului e ancorată în această metodologie, unele părți ale acestuia nefiind prezente în textul tipărit, ci accesibil online.

- DSM V păstrează orientarea biomedicală a psihiatriei, imprimată de DSM III. Prin aceasta se subliniază apartenența psihiatriei la științele medicale și metodologia acestora de diagnostic și intervenție terapeutică.
- Această atitudine menține stilul de abordare predominant observațional al simptomatologiei și utilizarea unor instrumente standardizate de evaluare (chestionare, scale de evaluare etc.). Instrumente sunt precizate și oferite în text sau online. Se menține astfel deschisă calea spre studierea bio-psihologică a tulburărilor psihice.
- Această atitudine, care o continuă pe cea a DSM III, nu e de fapt neutră etiopatogenic, ea promovând – așa cum s-a menționat - un model interpretativ biomedical comportamental cognitivist al tulburărilor psihice. Alte orientări și doctrine nu sunt luate în considerare, fiind însă din principiu acceptate în activitatea neoficială a utilizatorilor. Desigur, după formularea unor diagnostice valide și reproductibile, în conformitate cu manualul.

- Lăsând la o parte această perspectivă doctrinară, însăși utilizarea manualului are limitele sale. El este destinat practicilor clinice, fiind considerat în același timp util pentru educație și cercetare. Pentru expertiza psihiatrico-legală, sunt introduse instrucțiuni suplimentare. Promovarea sănătății mentale și mare parte din terapiile psiho-sociale nu sunt însă în obiectivul direct al manualului, deși se pot sprijini pe acesta.
- Se consideră că formularea unor diagnostice în conformitate cu DSM V nu este automat echivalentă cu decizia unui demers terapeutic, care are multiple argumente. Ar putea fi inițiat un astfel de demers și pentru cazurile ce nu beneficiază de un diagnostic DSM V complet.



- Toate diagnosticele menționate în partea oficială a manualului - secțiunea II – urmează să corespundă definiției tulburării psihice, precizate de la început în felul următor:

„O tulburare mentală este un sindrom caracterizat printr-o disturbantă clinic semnificativă a cogniției, reglării emoțiilor sau a comportamentului, care reflectă o disfuncție în procesele psihologice, biologice sau developmentale care stau la baza funcționării mentale. Tulburările mentale sunt de obicei asociate cu un semnificativ distress sau dizabilitate în activitățile sociale, ocupaționale sau alte activități. Nu se consideră tulburare mentală un răspuns expectat și aprobat cultural față de un stresor sau pierdere comună, așa cum ar fi moartea unei persoane apropiate. Comportamentul deviant social (ex. politic, religios sau sexual) și conflictele care au loc, în primul rând între individ și societate, nu sunt tulburări mentale, decât dacă devianța sau conflictele rezultă dintr-o disfuncție aflată în individ, așa cum a fost descrisă mai sus”.

- Această formulare, care o reproduce în mare pe cea din DSM III-IV, a stat la baza unei viziuni decontextualizante a tulburării mentale. Tulburare ce se considera a fi fundată “în individ”, poate fi interpretată astfel ca “ceva” – ca o “entitate”, ca o “infecție” – ce vine din exterior și contaminează individul. Criticile, argumentate și insistente ale acestei viziuni au fost reținute de noii redactori. Recontextualizarea tulburării mentale a fost realizată în DSM-V și prin asimilarea codurilor Z din ICD-10 care sunt incluse explicit în partea oficială a manualului, ca ultim capitol al listei diagnosticelor din Secțiunea II. Pot fi astfel introduse oficial în diagnostic ”problemele relaționale” referitoare la familie și la grupul de suport social (...ale copilului, abuzurile intrafamiliale),... probleme educaționale și ocupaționale, probleme privitoare la locuință... probleme corelate ambientului social, precum și alte probleme ambientale sau contextuale.
- Astfel, contextul biografic al formulării și interpretării diagnosticului poate fi realizat nuanțat.



- Pe lângă deschiderea spre formulările de bun simț din ICD 10, DSM V ține seama de evoluția cunoașterii în aria psihiatriei clinice, care a impus în ultimele decenii perspective importante, precum cea a continuumului psihopatologic și cea dezvoltamentală.
- Problema continuumului a fost studiată în perspectiva relațiilor cu normalitatea și a tranziției reciproce dintre entitățile clinice, ultima derivată din probleme mai frecvente ale comorbidităților.
- Continuumul cu normalitatea apare evident în arii precum depresia, anxietatea, impulsivitatea; iar mai nou și în ceea ce privește delirul – ce se cere diferențiat de ideea supraevaluată. DSM V susține evaluarea cantitativă prin scale, între absent, ușor, mediu, sever, extrem, fapt ce sprijină conceptul de continuum. Dar, în cele din urmă, baza evaluării „punctului de ruptură” între normal și patologic, este tot „semnificația clinică” a manifestării. Fapt care, inevitabil, trimite la o instanță intuitivă a clinicianului experimentat și la referința către instituția (publică) a clinicii psihiatrice, care s-a impus în Europa în ultimii 200 de ani.

- În mod special în ceea ce privește tulburările de personalitate, staff-ul secțiunii corespunzătoare a DSM V a elaborat pentru problematica continuumului, un model aparte al unor simptome-trăsături, derivat din Teoria celor Cinci Mari Factori ai caracterologiei. Această abordare, împreună cu o nouă definiție a acestor tulburări, bazată pe perturbarea funcționării în ceea ce privește identitatea și autodirecționarea sinelui, precum și relaționarea interpersonală în perspectiva empatiei și a intimității, a fost acceptată doar ca propunere provizorie, alternativă, pentru studiu, în secțiunea a III-a.



- Continuumul între entitățile clinice categoriale a constituit o provocare permanentă pentru sistemul DSM III-IV, dată fiind marea comorbiditate la care el conduce. Faptul este inevitabil pentru orice sistem categorial, ceea ce DSM V recunoaște deschis. Manifestări anormale de tipul depresiei sau anxietății se întâlnesc în multiple categorii diagnostice, fapt ce nu anulează individualizarea lor categorială, lăsând psihopatologiei doctrinare sarcina de a produce interpretări. În DSM V este încurajat diagnosticul multiplu, fapt ce va crea probabil probleme în eșantionarea pentru cercetare a unor cazuri „pure”. Diagnosticul multiplu presupune o gândire diagnostică nuanțată și științifică, fapt ce se amplifică prin susținerea perspectivei longitudinale („long-life”).
- Continuumul cu normalitatea și cu alte categorii își găsește parțial o soluție în teoria spectrelor maladive, pe care DSM V o adoptă și o practică. Gruparea tulburărilor în capitole reflectă până la un punct această perspectivă. Dar numai până la un punct, căci sistematizarea categoriilor are inevitabil o cotă de arbitrar.



- Viziunea spectrelor maladive constituie baza actualei abordări clinice din DSM V. Dar cu unele rețineri față de doctrina generală a spectrelor, care include aspecte nepatologice ale persoanei precum temperamentul, opțiunea profesională și variate manifestări subclinice, precum și prezența manifestărilor de acest tip – alături de cele clinice caracteristice spectrului – la rudele de rang I. DSM V, fiind un manual de diagnostic clinic, nu se poate extinde la aceste arii antropologice, care rămân totuși deschise cercetării. Încă din primul capitol, cel al Tulburărilor dezvoltamentale, tema spectrului se impune, odată cu Spectrul Autist. Tema spectrului este reluată în capitolele următoare, care privesc Schizofrenia și spectrul ei, Tulburarea bipolară, Tulburarea depresivă etc. Un aspect aparte al patologiei de tip spectral se întâlnește la Tulburarea obsesiv-compulsivă și cele corelate.



- Perspectiva developmentală este și ea dominantă în psihopatologia și clinica psihiatrică actuală. În cursul elaborării DSM V, la un moment dat, a existat sugestia de a se introduce o axă specială pentru aspectele developmentale; dar s-a renunțat, odată cu părăsirea în genere a ideii axelor. În mod aparent straniu, DSM V renunța la capitolul tradițional referitor la Tulburări diagnosticabile în primul rând în perioada infanto-juvenilă. În schimb, perspectiva developmentală impregnează manualul.
- Primul capitol se referă la tulburările neurodevelopmentale, care includ mare parte din capitolul tradițional (menționat) părăsit: disabilitățile intelectuale, ale comunicării, spectrul autist, ADHD, tulburările specifice de învățare, cele motorii etc. ADHD ar fi putut fi inclus și în capitolul privitor la deficiențe în autocontrolul impulsurilor (care se află către sfârșitul manualului), dar opțiunea developmentală a făcut ca aceasta să fie prezentată la acest nivel. Între ultimele capitole se plasează tulburările neurocognitive, ce includ demențele (tip Alzheimer, vasculare etc.). Dincolo de această ordine a prezentării, fiecare tulburare categorială este comentată în perspectivă developmentală și evolutivă, în perspectiva ciclurilor vieții. Sunt precizate perioadele de vârstă în care tulburarea apare manifest și frecvent, precum și particularitățile clinice corelate vârstei. Sunt introduse și noi categorii specifice unor vârste, așa cum e Tulburarea dispozițională disruptivă (Disruptive Mood Dysregulation Disorder), care e diagnosticabilă în perioada de vârstă 6-18 ani.



- Perspectiva evolutivă a tulburărilor este o temă aparte a psihiatriei clinice, deoarece ea depinde nu doar de natura afecțiunii. Ci și de mulți alți factori: genetici, developmentali, ambientali, sociali și mai ales de asistență și terapie. Noul proiect de diagnostic al Tulburărilor de personalitate din Secțiunea III subliniază că modificările psihice necesare diagnosticului trebuie să fie persistente, dar ele nu sunt definitive, existând sensibilitate la terapie. Tot efectul posibil al terapiei face ca unele precizări în cea ce privește durata standard a unui episod (de psihoză scurtă, manie, schizofrenie) să fie relativizată prin sintagma „cu o durată eventual mai redusă în cazul unei terapii eficiente”. O problemă aparte, care nu a fost (și nici nu este) abordată frontal de sistemul DSM e cea a diferenței dintre „episod” și „tulburare”. În DSM IV se preciza această diferențiere pentru schizofrenie și tulburările dispoziționale. Ea este acceptată în DSM V și pentru „episodul” și „tulburarea” schizo-afectivă. În rest însă, nici în DSM V nu se realizează un sistem de notare suficient de flexibil; deși se fac trimiteri la recurență, evoluție prelungită, cronicizare. În cazul unor episoade succesive, ar fi util să se poată nota apariția, după mai multe episoade de schizofrenie, manie sau depresie, a unui episod schizo-afectiv, fie că el rămâne izolat, fie că se va repeta sau va fi înlocuit complet de episoade afective. Problema are importanță pentru definirea unor loturi omogene de studiu. Este un aspect al psihopatologiei developmentale care, poate, va fi abordat mai nuanțat în edițiile următoare ale manualului.



LISTA CAPITOLELOR CE GENEREAZĂ ENTITĂȚILE NOSOLOGICE ÎN DSM IV TR ȘI DSM V

DSM IV TR	DSM V
Tulburările diagnosticate de obicei în perioada infanto-juvenilă (infancy, childhood or adolescence)	1. Tulburări neurodevelopmentale
Deliriumul, demența și alte tulburări amnestice sau cognitive	2. Spectrul schizofren și alte tulburări psihotice
Tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale	3. Tulburarea bipolară și cele corelate
Tulburări corelate consumului de substanțe	4. Tulburările depresive
Schizofrenia și alte tulburări psihotice	5. Tulburarea obsesiv-compulsivă și cele corelate
Tulburări ale dispoziției	6. Tulburări corelate traumei și stresului
Tulburări anxioase	7. Tulburările disociative
Tulburări somatoforme	8. Simptomele somatice și tulburările corelate
Tulburări factice (factitious)	9. Tulburări de hrănire și alimentare
Tulburări disociative	10. Tulburări de eliminare
Tulburări ale sexului și ale identității sexuale	11. Tulburări ale ritmului somn-veghe
Tulburări de alimentație	12. Disfuncțiile sexuale
Tulburări de somn	13. Disforia corelată genului (gender)
Tulburări ale controlului și impulsului nespecificate în altă parte	14. Tulburări disruptive, ale controlului impulsului și de conduită
Tulburări de adaptare	15. Tulburări corelate uzului de substanțe și adicției
Tulburări de personalitate	16. Tulburări neurocognitive
Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice	17. Tulburări parafilice
	18. Alte tulburări mentale
	19. Tulburări ale mișcărilor și alte tulburări induse de medicație
	20. Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice

Numerotarea capitolelor nu există în DSM V, ea a fost introdusă pentru facilitarea comentariilor de față.

CAPITOLUL 1. TULBURĂRI NEURODEVELOPMENTALE

- Dizabilitatea intelectuală
 - Tulburări de comunicare
 - Spectrul tulburărilor autiste
 - Tulburarea deficitului de atenție și hiperactivitate (ADHD)
 - Tulburări specifice de învățare
 - Tulburări motorii
 - Alte tulburări neurodevelopmentale
- Acest prim capitol cuprinde mare parte din tulburările menționate în DSM IV ca tulburări care sunt diagnosticate de obicei în perioada infanto-juvenilă. În prezent, se subliniază interpretarea neurodevelopmentală a acestora. Pe lângă diverse noutăți la capitolele secțiunii, o mențiune deosebită merită Tulburările spectrului autist.



- Spectrul autist este pentru prima dată când într-un manual oficial de diagnostic și e primul loc în DSM V – în care noțiunea de „spectru” este inclusă în formularea diagnosticului. Ideea spectrelor maladive s-a impus ferm în ultimele două decenii, în marginea conceptelor de vulnerabilitate și de continuum. Continuum înțeles atât ca tranziție între tulburări, ce se aseamănă din multe puncte de vedere, dar mai ales continuum cu normalitatea și posibila implicare genetică în “pool-ul” familial. Adoptarea ideii de spectru de către DSM V e însă pusă într-o situație paradoxală. Spectrul se exprimă predominant prin manifestări subclinice, markeri bio-psihologici, inclusiv aspecte temperamentale și de stil de viață (care duc la alegerea și exersarea unei profesii), aspecte care nu pot fi cuprinse în diagnostice clinice ca cele din DSM V. Această problemă e lăsată în suspensie, poate cu ideea că, totuși, clinicienii și cercetătorii sunt în temă și vor completa, la nevoie, protocoalele, cu datele corespunzătoare (faptul privește mai ales pe cercetători, dar nu numai).

- Privitor la spectrul autist, acesta e utilizat ca un diagnostic unic pentru mai multe tulburări care tradițional aveau alte denumiri, precum: autismul Kanner, Sdr. Asperger, Sdr. Rett, psihoza infantilă dezorganizată, alte tulburări autiste etc. Psihopatologic, sunt menționate, ca obligatorii, două grupe de simptome:

A. Un deficit persistent în comunicarea și interacțiunea socială care se manifestă în multiple contexte și se caracterizează prin: 1. Deficit în reciprocitatea socio-emoțională, reducerea intereselor și activităților împărtășite; 2. Deficit în comunicarea non-verbală și interacțiunea socială. 3. Deficit în dezvoltarea, menținerea și înțelegerea relațiilor cu alte persoane.

B. Comportamente restrictive și repetitive, manifestate prin: 1. Stereotipii și mișcări motorii repetitive; 2. Insistența pe neschimbare (sameness), aderența inflexibilă la rutină; 3. Interese restrictive, fixate, cu o intensitate anormală, într-o singură direcție, preocupare cu obiecte neobișnuite; 4. Hiper sau hipo-reactivitate la uni stimuli sau interes neobișnuit pentru unele aspecte din ambianță, atenție la detalii, tendința de a atinge obiecte etc.

- Sindromul poate fi însoțit de: deficit intelectual și de limbaj, sindroame genetice cunoscute, alte tulburări neurodevelopmentale, catatonie.
- Se evaluează 3 nivele de gravitate și se urmăresc manifestările de-a lungul cursului bolii.
- Comorbiditatea e mare cu ADHD, tulburare anxioasă și depresive.



- Autismul a fost și este intens studiat în ultimele decenii. Ideea de spectru autist presupune însă și studierea rudelor de gradul întâi, dintre care unele dovedesc mari talente pentru matematică, muzică și construcții. Cei mai mulți adoptă profesii teoretice, fizico-matematice sau ingineresti. Unele persoane excepțional dotate din domeniul fizicii, matematicii sau al filosofiei, se consideră că au prezentat importante trăsături autiste.
- O problemă aparte o ridică corelația între autism, obsesionalitate și schizofrenie. Obsesionalitatea, înțeleasă în sens larg, se intersectează cu multiple simptome din autism; se poate identifica un continuum între compulsii, mișcări repetitive, impulsivitate, stereotipii și manierisme. Colecționarismul, care în DSM V e definit ca un sindrom independent, se întâlnește în egală măsură la autiști și la obsesivi, și la fel atenția crescută asupra detaliilor. Incidența schizofreniei pare a fi scăzută la autiști. În schimb, tradiționala tulburare de personalitate schizoidă e aproape integral ocupată de unele trăsături autiste. Iar tradiționala formă catatonă a schizofreniei e descrisă prin simptome ce se regăsesc la autiști: stereotipii, manierisme, ritualuri, necomunicare lingvistică și mimico-gestuală (vechiul autism schizofren); în actuala formulare a DSM V, se consideră însă că autismul poate fi comorbid cu sindromul cataton, care e considerat prin el însuși, și nu ca o formă de schizofrenie. În toate cele trei cazuri: autism, obsesionalitate gravă, schizofrenie deficitară dezorganizată, pare să fie deficitară funcția descrisă de Uta Frith ca și „coerența centrală”.



CAPITOLUL 2. SPECTRUL SCHIZOFREN ȘI ALTE TULBURĂRI PSIHOTICE

- Tulburarea (de personalitate) schizotipală
- Tulburarea delirantă
- Tulburarea psihotică scurtă
- Tulburarea schizofreniformă
- Schizofrenia
- Tulburarea schizo-afectivă: tip bipolar, tip depresiv

Tulburarea psihotică indusă de substanțe/medicație

Tulburarea psihotică psihotică indusă de alte condiții medicale

Cu delir

Cu halucinații

- Catatonie asociată cu alte tulburări mentale
- Tulburarea catatonică datorată altor condiții medicale
- Alte tulburări specificate psihotice sau din spectrul schizofren
- Tulburări nespecificate psihotice și din spectrul schizofren



- În DSM III schizofrenia este abordată explicit în perspectiva spectrului și în proximitatea tulburărilor delirant psihotice. Se continuă tradiția DSM de a se cvasiidentifica „psihoza” cu schizofrenia, dar în formulări destul de vagi și neclare. Probabil datorită faptului că în prezent dezbaterile psihopatologice privitoare la psihoză sunt ample și insistente, DSM V evită o definiție a acesteia și scoate termenul din Glosarul manualului (el fiind prezent în Glosarul DSM IV). Faptul poate fi trecut de unii cu vederea. Pentru psihiatrie și psihopatologie poate fi considerat însă un regres faptul că nu s-a rezervat comentariului psihozei în genere un spațiu minim, fie și în ediția online.
- În consonanță cu viziunea spectrelor, e introdusă în acest capitol și tulburarea schizotipală – deși ea e inclusă și la tulburările de personalitate – urmând liniile de acordare cu ICD 10. Pe de altă parte, rămânând în perimetrul diagnosticului clinic, DSM V nu face referință la replica în normalitate a acestui spectru schizofren, care se referă la „schizotaxie” (Mehl) și o serie de parametri bio-psihologici de vulnerabilitate, între care și deficiențele neurocognitive.



- Abordarea tulburării delirante și a psihozelor scurte păstrează forma din DSM IV, distinctă net de ICD 10. În Tulburarea delirantă e inclusă doar patologia cu delir sistematizat monotematic nehalucinator de tip paranoia. Pe când ICD 10 – și actuala comunitate de specialiști, mai ales cei anglo-saxoni – pun accent pe psihoza paranoidă persistentă, însoțită de unele halucinații și depresie.
- Psihoza scurtă din DSM V păstrează, de asemenea, opțiunea din DSM IV de a se limita la tulburările psihotice mai lungi de o zi, dar manifestate mai puțin de o lună. Pe când ICD 10 promovează conceptul de „psihoză scurtă și tranzitorie” , cu durata de până la 3 luni și având o variantă cu simptome schizoferniforme. Această abordare e concordantă cu atitudinea psihiatriei americane de a generaliza nediferențiat conceptul de schizofrenie. Este important de văzut ce atitudine va lua OMS în ICD 11. Oricum, în acest capitol, APA nu dă dovadă de apropiere de pozițiile internaționale.



- Aceeași atitudine tradițională a DSM V se păstrează și în ceea ce privește schizofrenia, împărțită în Tulburare schizofreniformă cu durată de până la 6 luni și Schizofrenia propriu-zisă, cu durată de peste 6 luni. Principala noutate în cazul schizofreniei constă în renunțarea la subtipurile clinice și la etichetarea de „delir bizar”, fapt consecutiv căruia se cere prezența a 2 simptome dintre cele 5 (delir, halucinații, dezorganizarea vorbirii, comportament dezorganizat sau cataton, simptome negative), cel puțin unul dintre simptome fiind dintre primele 3. Schizofrenia presupune aceleași simptome cu o durată de peste 6 luni, cu minimum de o lună cu 2 dintre cele 5 simptome menționate, la fel ca la Tulburarea schizofreniformă. În rest, pot fi prezente simptome negative sau din serie schizotipală. Se menționează și alte simptome posibile (depersonalizare, derealizare, anxietate, ostilitate, depresie), precum și deficiențe neurocognitive în ceea ce privește memoria, funcțiile lingvistice și executive, încetinirea vorbirii. Sunt menționate și modificări neuroimagistice și structurale cerebrale, precum și un deficit în coordonarea motorie, în integrarea senzorială, în secvențele motorii ale mișcărilor corpului, confuzie dreapta-stânga. Toate acestea subliniază fundalul de vulnerabilitate care – se comentează în literatură – articulează tulburarea schizofrenă clinică cu spectrul său „nepsihotic”.

- În conformitate cu actualul DSM V, orice delir halucinator ce durează mai mult de 1 lună poate fi etichetat ca schizofrenie. Nu se cere identificat un „delir bizar” și nici simptome de prim rang Schneider sau similare acestora. Această ciudată nivelare diagnostică se plasează contra curentului actual, care pune tot mai mare accent (în conformitate cu tradiția) pe tulburarea eu-lui (self-ului) în schizofrenie. Și la fel pe o dezorganizare specifică rezultată din deficitul de coerență centrală. Probabil că cele două direcții, cea de-diferențiatore și cea care caută specificitatea psihozei schizofrene în diferențierea sa de psihozele (scurte), delirant-halucinatorii, vor evolua în continuare în paralel. Ultima are importanță pentru programe de cercetare care evidențiază specificul schizofreniei în raport cu cealaltă psihoză în genere și cu cele delirant halucinatorii în special.
- Tulburarea schizo-afectivă e cuprinsă în acest capitol. De data aceasta nu ca simplu episod, ci ca tulburare evolutiv-diacronă, de tip bipolar, monopolar depresiv și eventual asociată cu catatonie. Se recunoaște că un număr de pacienți pot avea inițial o altă psihoză. Dar nu e prevăzută situația în care „episoade” schizo-afective ar putea apărea tranzitoriu în cursul evoluției schizofreniei sau tulburării bipolare. Oricum, perspectiva longitudinală a acestei patologii nu e clar precizată . DSM V nu merge până la a comenta (așa cum se face în cercetarea psihiatrică actuală) intersecția între spectre, de exemplu între spectrul schizofren și cel afectiv.
- O altă inovație a DSM V este aceea că Tulburarea (sindromul) cataton e considerat aparte, ca putând apărea în diverse contexte psihotice, inclusiv conjugat cu depresia majoră sau diverse condiții medicale.

- Alte tulburări specificate într-un capitol separat al acestui capitol sunt:
 - halucinațiile auditive persistente
 - delirul ce se intersectează semnificativ cu tulburările dispoziționale
 - delirul indus
 - sindromul psihotic atenuat
- De fapt, sindromul psihotic atenuat e inclus și în capitolul „Condiții pentru studii următoare”, el nefiind de fapt considerat un diagnostic oficial al DSM V.
- În ansamblu, în afara introducerii conceptului de spectru schizofren și de detașarea catatoniei ca un sindrom independent, capitolul privitor la psihoze din DSM V rămâne, în esență, tradițional, nu tinde să se articuleze cu viziunea ICD 10 și denivelează pronunțat distanța dintre schizofrenie și patologia delirant halucinatorie. Probabil că cercetările care abordează schizofrenia în perspectiva perturbării identității și coerenței self-ului și cele care reiau viziunea lui Bleuler (a unei depersonalizări devitalizante și dezorganizante ca nucleu al acestei tulburări) vor evolua separat în viziunea DSM V.
- De asemenea, este de așteptat ca în viitorul apropiat, în pofida neglijenței DSM V pentru conceptul de psihoză, să se dezvolte o doctrină a „psihozei în genere”, care să cuprindă și unele stări depersonalizante devitalizante, unele forme grave de obsesionalitate, mania agitată, depresia vitală, stări de transă și posesiune etc.

CAPITOLELE 3-4. TULBURĂRILE DISPOZIȚIEI

- Capitolul 3. Tulburările bipolare și cele corelate (Bipolar and Related Disorders)
- Tulburarea Bipolară I
- Actualul episod (sau cel mai recent) maniacal: ușor, moderat, sever, cu aspecte psihotice, în parțială sau totală remisiune, fără specificație
- Actualul episod (sau cel mai recent) hipomaniacal: în remisiune parțială sau totală, fără specificație
- Actualul episod (sau cel mai recent) depresiv: ușor, moderat, sever, cu aspecte psihotice, în remisiune parțială sau totală, fără specificație
- Tulburarea Bipolară II
- Tulburarea ciclotimă
- Tulburarea bipolară indusă de substanțe/medicație sau datorată altei condiții medicale
- Alte tulburări bipolare sau corelate specificate: episod hipomaniacal scurt (2-3 zile) și episod depresiv major; episod hipomaniacal cu insuficiente simptome și episod depresiv major; episod hipomaniacal fără episod depresiv major în antecedente; ciclotimia cu durată scurtă (sub 24 luni)



- Specificări pentru tulburarea bipolară și tulburările corelate:
 - cu disfuncție anxioasă
 - stări mixte (maniacale, hipomaniacale, depresive)
 - cu cicluri rapide
 - cu trăsături melancolice
 - cu trăsături atipice
 - cu aspecte psihotice (delir halucinator): congruente, dispoziționale sau incongruente
 - cu catatonie
 - cu debut peripartum
 - cu pattern sezonier



- Capitolul 4. Tulburările depresive
- Disregularea dispozițională disruptivă (infanto-juvenilă, cu debut între 6-18 ani)
- Episodul depresiv major
- Tulburarea depresivă persistentă (Distimia)
- Tulburarea disforică premenstruală
- Tulburarea depresivă indusă de substanțe/medicație sau datorată altei condiții medicale
- Alte tulburări depresive specificate: depresie scurtă recurentă, episod depresiv cu durată scurtă, episod depresiv cu simptome insuficiente
- Tulburări depresive nespecificate
- Specificări pentru tulburările depresive (aceleași ca în bipolaritate)



- Plasarea în capitole separate a tulburărilor bipolare și a celor depresive este făcută, evident, cu intenția de a diferenția un spectru bipolar de unul depresiv. Dar metodologia orientată biomedicală a sistemelor DSM III-V nu permite formularea explicită a acestor intuiții, deoarece conceptul de spectru presupune, așa cum se știe, aspecte neclinice, prezente la subiect și rudele de gradul I, așa cum ar fi temperamentul, markerii, vulnerabilitate, stilul de viață (e.g. ideea și tentativele parasuicidare și, orientări profesionale etc.)
- Pe de altă parte, spectrele au fost gândite în ultimul deceniu și prin articularea între Axa I și Axa II din DSM III-IV, dar care acum a dispărut. Astfel, bipolaritatea a fost corelată cu instabilitatea TP borderline, iar depresia monopolară cu cluster-ul C al TP. Tradiționalul Tipus Melancholicus al lui Tellenbach era foarte apropiat de TP obsesiv-compulsivă (anankastul, în formularea psihiatriei germane). Tot în această direcție, Tyrer a încercat în ultimul deceniu să configureze, ca un fel de corespondent al unui spectru depresiv, „Cotymia”, care cuprinde TP din cluster-ul C și tulburările depresive și anxioase. Dar, deși intersecția între anxietate și depresie a ajuns să fie unanim recunoscută prin unele cazuri, astfel încât a fost propusă ca o categorie diagnostică aparte, sistemul categorial al DSM V a impus o distincție clară între diagnosticul de tulburare depresivă și cel de tulburare anxioasă. Astfel, ideea de spectru depresiv e vag configurată în DSM V. Ea poate persista însă în mintea clinicienilor și cercetătorilor.



CAPITOLUL 5 - TULBURĂRI ANXIOASE

- Acesta aduce și el importante noutăți, principalele fiind plasarea în afara acestora a tulburărilor obsesive și de stres posttraumatic și independentizarea agorafobiei de atacul de panică.
- Tulburările anxioase:
 - Anxietatea de separare
 - Mutismul selectiv
 - Fobii specifice (de animale, ambiența naturală, sânge și injurii, situații, altele)
 - Tulburarea de anxietate socială (fobia socială)
 - Tulburarea de panică
 - Agorafobia
 - Tulburarea de anxietate generalizată
 - Tulburări anxioase induse de substanțe/medicație sau datorată altor condiții medicale
 - Alte tulburări anxioase specificate
 - Tulburări anxioase nespecificate
- Decizia DSM V de a nu prezenta într-un capitol separat tulburările cu debut predominant la vârsta infanto-juvenilă, face ca în acest capitol să apară anxietatea de separare și mutismul selectiv.
- De menționat faptul că bunul simț și observația clinică au condus la un diagnostic de agorafobie în care atacul de panică să nu fie formulat explicit și obligatoriu. Prezentarea separată a atacului de panică permite înregistrarea sa ca și comorbiditate în orice altă afecțiune, de exemplu în tulburarea bipolară sau în schizofrenie.
- Tulburarea de anxietate generalizată este scoasă și ea din statutul relativ periferic de tulburare reziduală. Iar anxietatea somatică este mutată în capitolul tulburărilor somatice.

CAPITOLUL 6. TULBURĂRILE OBSESIV-COMPULSIVE ȘI CELE CORELATE

- Acest nou capitol, care extrage tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) din grupul celor anxioase, urmează tradiția în care s-a plasat ICD 10, în care patologia obsesivă nu a fost integrată niciodată în cea anxioasă. Capitolul este conceput tot în ideea spectrului. De fapt, spectrul TOC a fost unul dintre primele domenii în care acest concept s-a impus în psihiatrie, alături de spectrul autist și de cel bipolar.
- Tulburările obsesiv-compulsive și cele corelate:
 - Tulburarea obsesiv-compulsivă
 - Tulburarea dismorfică corporală
 - Tulburarea colecționarismului
 - Tricotilomania
 - Tulburarea excoriațiilor (Skin-Picking)
 - Tulburările OC și cele corelate induse de substanțe/medicație sau datorată altor condiții medicale
- Alte tulburări obsesiv-compulsive și corelate specificate: tulburarea dismorfică corporală în cazul unui defect corporal real, mișcări repetitive, mișcări repetitive centrate pe corp, gelozia obsesională, tulburări transculturale: Shubo-kyofu, Koro, Jukoshu.kyofu
- Tulburări obsesiv-compulsive nespecificate



- Spectrul TOC, așa cum a fost conceput inițial în urmă cu două decenii de către Hollander și echipa sa, se extindea în 3 direcții:
 - Cea a mișcărilor involuntare, în direcția ticurilor și a mișcărilor neurologice de tip coreiform
 - Cea a tranziției de la compulsie la impulsivitate, evoluând în direcția deficitului de autocontrol și a TP borderline
 - Cea a tranziției spre ideea prevalentă și delirantă.
- Studiile clinice detaliate au limitat primele două direcții – mai ales cea spre impulsivitate – și au conturat preocuparea prevalentă (ce ar putea tranzita spre delir) spre atenția pe care cei cu TOC o acordă corpului. Aceasta era evidentă prin una dintre principalele teme obsesive, cea a contaminării. A fost tot timpul clar și pregnant că obsesivul are o fragilitate a schemei corporale, care permite sentimentul pătrunderii în organism a unor entități invizibile. Alături de schema corporală se plasează problema imaginii corporale, care este în centrul preocupărilor dismorfofobice. Alt aspect esențial al patologiei obsesive, preocuparea față de detalii (care-o apropie de autism) argumentează celelalte două sindroame legate de suprafața corporală: tricotilomania și skin-picking disorder. Cât privește percepția dismorfofobică, aceasta, la fel ca și sentimentul contaminării, poate căpăta o intensitate prevalentă și chiar delirantă, în spiritul ideilor lui Hollander.
- Un aspect psihopatologic pe care semiologia de tip DSM V nu are cum să-l comenteze, este faptul că, în general, preocupările subiectului privitoare la sine și relația sa cu alții, pot trece prin faze succesive: anxios-fobic, obsesiv, prevalent, delirant. Pe lângă sentimentul contaminării și cel al aspectului, în aceeași situație e gelozia care, pentru unii în mod ciudat, e plasată și ea în acest capitol, ca putând fi obsesivă. Altă preocupare de acest tip e cea pentru sănătate (hipocondria), ea fiind plasată în alt capitol.

- O altă direcție a schemei spectrului la Hollander, cea a mișcărilor involuntare, nu e comentată în acest capitol, decât prin referire la comorbiditatea cu ticurile, care indică un pronostic mai rezervat. Din nevoia de sistematizare, nu e plasată la acest nivel, ci în capitolul tulburărilor neurodevelopmentale, tulburarea Tourette, în care ticurile motorii și verbale (uneori complexe) se combină în aproximativ 50% din cazuri cu manifestări obsesiv-compulsive. În schimb, DSM V introduce, ca o inovație, categoria – tulburarea - colecționarismului (hoarding). Acest comportament straniu a fost plasat tradițional în cadrul TOC, el manifestându-se, uneori benign, în tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (cu continuitate în normalitatea marilor colecționari). Colecționarismul patologic a fost constatat însă în ultimii ani în alte două sindroame, distincte de TOC. În primul rând, în spectrul autist, care, de altfel, împarte și alte simptome cu TOC. Pe de altă parte, în așa-zisul sindrom Diogene, care constă într-un colecționarism absurd al homeless-ilor (mai ales în vârstă), ce duce la tulburări de igienă publică. Soluția actuală nosologică, propusă de DSM V, este de a face din colecționarismul patologic un sindrom separat, atașat spectrului OC.

CAPITOLUL 7

- Tulburările corelate traumei și stresorilor este un capitol nou în DSM V, dezvoltat după modelul capitolului corespunzător din ICD-10. Tulburarea acută de stres și cea de stres posttraumatic sunt plasate aici. Ultima acoperă și ceea ce ICD 10 concepe ca „modificare a personalității în urma unor stresori extremi.
- Acest capitol, alături de altele, evidențiază că sistemul DSM III-V nu ezită să menționeze, alături de condițiile organice, și pe cele psihosociale, în înseși denumirile unor entități nosologice. Sensul afirmației din DSM III-IV privitoare la „neutralitatea teoretică în ceea ce privește etiopatogenia” se referă, evident, la eludarea doctrinelor interpretative, așa cum sunt cea psihiatrică, fenomenologică, cognitivă, evoluționistă etc. Dar nici acestea nu sunt complet ignorate, fiind acceptată tacit doctrina vulnerabilitate/stres și cea a psihopatologiei developmentale.

CAPITOLUL 8

- Stările disociative sunt plasate în continuarea capitolelor privitoare la anxietate, obsesie și a celor corelate stresorilor psiho-sociali, refăcând în mare traseul tradiționalelor nevroze (pe urmele ICD 10, dar fără a se utiliza expresia „nevroze”). Trimiterile clinice în acest capitol sunt la tradiționala patologie histerică, care cuprindea, mai demult, într-o viziune integrativă, tulburări din toate sferile psihiatriei, de la cele considerate psihotice, la cele de tip nevrotic sau vizând tulburarea de personalitate. Din această tradiție sunt reținute în DSM V câteva, fiind exclusă explicit clasică tulburare conversivă, considerată pe vremuri ca cea mai specifică manifestare a „nevrozei isterice” (aceasta fiind expediată în compozitul capitolului de tulburări somatice).
- Capitolul începe cu tulburarea disociativă de identitate, moștenitoarea diagnosticului de „personalitate dublă și multiplă”. Consecvent cu el însuși, sistemul DSM V păstrează în acest capitol, la fel ca în DSM IV, tulburarea de depersonalizare/derealizare, înțeleasă special. Psihopatologia europeană face la acest nivel distincția între această „depersonalizare nevrotică” și „depersonalizarea psihotică” din schizofrenie. (ultima neapărând în psihiatria americană). Cazurile de tulburare disociativă de identitate și cele de depersonalizare/derealizare, așa cum sunt comentate în DSM V, par să fie o excepție în psihiatria clinică europeană. Totuși, acest capitol poate acoperi ceea ce în diverse țări în curs de dezvoltare (și cu secole în urmă și în Europa) reprezintă stările de „transă” și de „posesiune” de către ființe supranaturale sau decedate.

CAPITOLUL 9

- Urmează un capitol compozit intitulat „Simptome somatice și tulburări corelate”. Acesta înlocuiește vechiul capitol al tulburărilor somatoforme, fiind mai sintetic. Totuși, el rămâne compozit, conturat pe identificarea unei simptomatologii centrate pe preocuparea față de o suferință corporală fără substrat biopatologic.
- Tulburarea simptomelor somatice reunește vechea tulburarea de somatizare și algia psihogenă. Tulburarea anxietății de boală înlocuiește hipocondria, înțeleasă ca o tulburare anxios-fobic-prevalentă privitoare la sănătatea corporală (se poate face la acest nivel un comentariu similar cu cel făcut la „tulburarea de gelozie” ce e plasată – fără explicații – în spectrul obsesiv; și preocuparea față de boală poate parcurge toate instanțele psihopatologice menționate, ajungând până la delir monotematic).
- Tulburarea de conversie e considerată exclusiv din perspectiva simptomatologiei pseudoneurologice; pe când tradiționala conversie histerică avea o expresivitate mai largă. În plus, comentariile clinice psihopatologice ale ultimilor decenii au arătat că în țările ce trec la industrializare, frecvența conversiilor somatice (de tip histeric) scade, crescând frecvența tulburărilor „psihosomatice”. DSM V nu face nici un comentariu în această direcție.
- Privitor la acest capitol, „Simptome somatice – corelate”, s-ar putea specula că el ar putea reflecta interesul tot mai crescut în ultimii ani ai psihopatologiei față de sinele (self-ul) corporal (corpul trăit) în cadrul concepției „embodiement”.

- Ultimele capitole ale manualului DSM V se referă la:
- Tulburările de personalitate (TP). Textul din partea oficială e neschimbat față de DSM IV TR. O nouă versiune e prezentată în Secțiunea III.
- Tulburările parafilice. Prezența acestora mai frecvent la cei cu TP este tradițional acceptată.
- Alte tulburări mentale, specifice și nespecifice,
- Tulburări motorii induse de medicamente și alte efecte adverse ale medicamentelor. E un capitol nou introdus în DSM V.
- Ultimul capitol îl constituie Alte condiții ce pot centra atenția clinică.
- Acest ultim capitol reia sistematizarea codurilor Z din ICD 10. Aplicarea acestor diagnostice este extrem de utilă contextualizării situaționale și biografice ale tulburărilor psihice, făcându-le mai comprehensibile în perspectivă psiho-socială, înlăturând astfel una dintre criticile majore ce au fost aduse sistemelor DSM III-IV.

Concluzii

- În concluzie, apariția DSM V este un eveniment important pentru practica și cercetarea psihiatrică, din mai multe puncte de vedere. Între acestea menționăm:
 - Se oficializează prin acest document înțelegerea developmentală și dimensională a tulburărilor mentale, ultima prin perspectiva spectrelor maladive. Deși sistemul nu permite prin definiție formulări diagnostice în aria normalității, această înțelegere obligă la implicarea în gândirea clinicianului și cercetătorului a acestei zone, diluând limitele ce separau ceea ce dincolo de „zidurile mentale ale clinicii psihiatrice”, de zona antropologiei generale de dincolo de aceste ziduri. Se continuă astfel în planul diagnosticului diferențierea promovată de dezvoltarea psihiatriei comunitare și de promovare a sănătății mentale.

- Prin anularea principiului axelor de diagnostic și promovarea diagnosticului multiplu, de tip comorbiditate, clinicianul este provocat la o crescută responsabilitate a formulării diagnosticului. Și aceasta deoarece nimic nu-l împiedică să identifice în prezent – dar și de-a lungul cursului vieții – diverse entități nosologice ce s-au manifestat la un individ. El este invitat să realizeze astfel o sinteză, să reducă la minimum diagnosticul unor entități nespecificate și să-și argumenteze cât mai solid opțiunea. Este încurajată astfel narativitatea diagnosticului, ea dublând entitățile categoriale.



- Se evidențiază în DSM V renunțarea la principiul decontextualizării tulburărilor psihice, care erau în DSM III-IV ca afectând un individ izolat de ambianță și de trecutul său, precum și acceptarea explicită a factorilor psiho-sociali. Contextul psiho-social (preluat din codurile Z ale ICD 10) permite un diagnostic mult mai comprehensibil decât în DSM III-IV. Narativitatea intervine și la acest nivel, susținând validitatea diagnostică. E de sperat ca această atitudine să nu dilueze credibilitatea și concordanța diagnosticelor, dat fiind că sistemul categorial se menține ferm.



- În acest context, s-ar putea să devină relativ problematică cercetarea realizată prin studiile clinice riguroase, efectuate pe „cazuri pure”. Cazurile pure sunt cele fără comorbidități și cu minimum de implicare a factorilor contextuali. Căci acestea complică plasarea într-o unică categorie diagnostică bine delimitată. În ultimele decenii, cercetarea psihofenomenologică și alte tipuri de studii s-au făcut pe astfel de cazuistică. Se întrevide că acest fel relativ simplist de recrutare cazuistică nu va mai putea fi la fel de operațional. E posibil ca în viitor să se insiste mai mult pe cazuistica de spectru. Sau se vor realiza inovații metodologice, fapt care ar putea conduce la situația ca aceste studii să devină mai pretențioase.



- Se cere remarcat faptul că DSM V realizează o dublă mișcare în însăși abordarea categorială a entităților psihiatrice. Pe de-o parte, se introduc entități noi, așa cum ar fi: „Tulburarea mișcărilor stereotipe” (la cele developmentale), „Tulburarea disruptivă a disreglării dispoziției” (la tulburările depresive), „Colecționarismul” (la tulburările corelate celei obsesiv-compulsive), se despart tulburările dispoziționale în capitolul spectrului bipolar și al celui depresiv etc.
- Pe de altă parte, o serie de entități tradiționale sunt dediferențiate în clase sau categorii globale. Așa este Tulburarea spectrului autist, care grupează multe cadre nosologice descrise și diagnosticate separat în DSM III-IV; sau faptul că se renunță la formele clinice de schizofrenie și la pretenția că pentru diagnosticul acesteia delirul trebuie să fie bizar.
- Rămâne de văzut cât de productive pentru practică și cercetare vor fi astfel de opțiuni. Și câte dintre ele vor fi integrate în ICD 11. Astfel, de exemplu, e foarte probabil că, sub influența psihopatologiei europene, în ICD 11 nu va mai fi anulată complet diferențierea dintre psihoza delirantă persistentă (cu posibile halucinații și depresie) și schizofrenie (în diagnosticul căreia să intervină specific bizarerii, delir, simptome de prim rang Schneider, depersonalizare devitalizantă, ambivalentă în sensul lui Bleuler și în genere patologia sinelui (self-ului) nuclear.

- În același spirit care integrează tradiția psihiatriei europene din ultimii 150 ani, s-ar putea ca practica, dar mai ales cercetarea psihiatrică, să readucă în prim plan unele teme, predominant de psihopatologie clinică, pe care DSM V le marginalizează. Așa ar fi “problema generală a psihozelor” (GP), care preocupă tot mai mult și sistematic cercetările. DSM V, poate sub povara prea multor sarcini, se ferește de acest subiect, chiar scoțând din glosar definiția psihozei (care în DSM IV mai figura). Trimiterea operațională tradițională a sistemului DSM era de a identifica psihoza simptomatic, prin delir, halucinații, dezorganizarea vorbirii și comportamentului (inclusiv cataton). Dar nici această abordare vagă nu mai e aplicată constant în DSM V. Catatonie devine o categorie distinctă ce poate fi comorbidă cu diverse entități (ex. autism), fără a fi considerată psihotică. Depresia și mania sunt considerate psihotice doar dacă au delir și halucinații, nu și dacă prezintă dezorganizare sau catatonie (depresia cu catatonie nu e etichetată psihotică). Simptomatologia negativă (cu depersonalizare devitalizantă) din schizofrenie nu intră nici ele sub incidența etichetării de psihoză; iar pentru dicerse stări de transă sau obsesionalitate cu gânduri magice și ritualuri, nu există o analiză aparte.



- Această plasare de către DSM V a problemei psihozei la periferia preocupărilor e contrazisă de mișcarea psihiatrică internațională. Nu intră în discuție tradiția psihozei unice care stă în spatele preocupărilor pentru primul episod de psihoză și pentru psihoza scurtă și tranzitorie. Și nici doar doctrina, cum e cea evoluționistă a lui Crow, care postulează un continuum psihotic de la depresie și manie până la delir și schizofrenie. În discuție e ceea ce se numește în prezent „intersecția între spectre” – de ex. spectrul afectiv, delirant, schizofren – abordare în perspectiva căreia apare evident un nivel (o intensitate a tulburării) care marchează trecerea la psihoză. Starea maniacală poate avea un nivel hipomaniacal în conjuncția sa cu o stare delirantă, obsesivă sau schizofrenă și un nivel maniacal delirant, în care mania devine psihotică prin ea însăși și nu prin combinația cu delirul. La fel cum un episod maniacal intens (major) se poate combina cu trăiri senzitiv-relaționale „nepsihotice”.
- Desigur, astfel de abordări presupun modele dezvoltate de psihopatologie clinică; dar și studii clinice cu cazuistică nemijlocită, diagnosticabile prin sisteme ca DSM V.



- Ultimul cuvânt ce se poate spune într-un curs introductiv este că sistemul de diagnostic DSM V constituie pentru cei de azi o importantă provocare.



VĂ MULTUMIM!

Prezentarea se găsește pe site-ul
demo.imageright.ro/lazarescu,

