

מ-DSM IV ל-DSM-5 - שינויים באבחנות: פרספקטיבות מדעיות וקליניות

סיקור כנס מאת: גלית צח, פסיכולוגית קלינית

ב-2014.25-26 התקיים הכנס DSM IV to DSM 5: Changes in Diagnoses: Scientific and Clinical Perspectives.

הכנס נערך ביוזמת ISAS ארגון הכנסים (חברה בינלאומית) ובשיתוף האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה לילד ולמתבגר, כך שניתן דגש מיוחד לאורך הכנס לאבחנות הרלוונטיות בקליניקה של ילדים ונוער. חמשת המרצים בכנס היו פסיכיאטרים בכירים מהמובילים מארה"ב אשר השתתפו באופן פעיל בכתיבת המהדורה הנוכחית של ה-DSM (Diagnostic and Statistical Manual), ספר האבחנות הפסיכיאטריות, אשר יצאה לאור במאי 2013.

הכנס התקיים על גדות נהר הירקון (מרכז יפה לי, ת"א). ההרצאות התקיימו באנגלית ונמשכו יומיים מלאים. ההרצאות התנהלו בהלך רוח אמריקאי עירני, תוך התייחסות לשאלות הקהל ומתן ביטוי לסגנונו האישי ועמדתו המקצועית של כל אחד מהמרצים. כל מרצה הציג קטגוריה של אבחנות, תוך מתן דגש על השינויים שנערכו במהדורה החדשה, לצד הצגת תחום העניין והמחקר הייחודי שלו ביחס להפרעות אלה, כמו גם דוגמאות קליניות ואף חידות לקהל כגון: "מצא את האבחנה". מפאת קוצר היריעה, ההתייחסות בסיקור זה תתמקד בעיקר בשינויים ב-DSM-5.

I. ההיסטוריה של התפתחות ה-DSM: Dr. Gabriele A. Carlson, MD

את הכנס פתחה ד"ר קרלסון- פרופסור לפסיכיאטריה לילד ולמתבגר ולפדיאטריה ומנהלת ביה"ס לרפואה באוניברסיטת Stony-Brook. המרצה פתחה את הכנס בהרצאה על ההיסטוריה של ה-DSM ובהמשך הציגה מספר הפרעות: ADHD, הפרעות התנהגות וויסות מצבי רוח, וכן הפרעות דיכאון והפרעות ביפולריות.

קרלסון תיארה כי השימוש באבחנות פסיכיאטריות עלה מתוך הצורך בהגדרות ובשפה שיאפשרו תקשורת בין אנשי מקצוע. הסיווג לאבחנות חשוב על מנת לעקוב ולבחון מהלך של הפרעה וכן יש לכך השלכות טיפוליות ומחקריות. קרלסון מדגישה כי אבחנה היא מבנה זמני ומשתנה המעוצב ע"י נורמות וערכים, וכי בכל הנוגע לילדים, הרי שמדובר ב"מטרה נעה" כאשר ישנה אינטראקציה רב שכבתית בין הילד לבין סביבתו, שהרי שניהם משתנים ללא הרף.

קרלסון הציגה את ההיסטוריה של ה-DSM. ב-1840 הייתה רק קטגוריה אחת להפרעה נפשית והיא שיגעון. ב-1880 נוספו מאניה, מלנכוליה, מונומניה ואפילפסיה. ב-1917 ה-APA (American Psychiatric Association) והועדה הלאומית להיגיינה מנטאלית פיתחו מדריך חדש ("המדריך הסטטיסטי לשימוש מוסדות לא שפויים/משוגעים") לבתי חולים פסיכיאטרים אשר כלל 22 אבחנות. במלחמת העולם השנייה

פסיכיאטרים אמריקאים נדרשו לפתח את נושא האבחנה והטיפול על מנת לטפל בחיילים שחזרו משדה הקרב, וזו למעשה הייתה הפעם הראשונה שניתנו אבחנות לאנשים שאינם מאושפזים במוסדות לחולי נפש.

ב-1949, ה-ICD 6 (International Classification of Diseases) כלל פרק של הפרעות נפשיות בפעם הראשונה, ואילו ה-DSM -I פורסם ב-1952. מידי 10-15 שנה יצאו מהדורות חדשות שבכל אחת מהן גדל מספר האבחנות הפסיכיאטריות עד ה-DSM-IV. בגרסאות I, II הייתה דומיננטיות של הפסיכיאטריה הפסיכו דינמית, ולמרות ההתייחסות למספר מושגים ממערכת הסיווג של קרפלין, הסימפטומים לכל אחת מהפרעות לא פורטו בנפרד. ב-DSM5 - התווספו 15 אבחנות חדשות, ו-28 הפרעות שולבו יחד או הושמטו. המספר הסידורי של המהדורה החמישית מופיעה לראשונה כספרה רגילה ולא כספרה רומית, מאחר וישנה הערכה כי בעתיד יצאו גרסאות המשך אשר ימוספרו כ-5.1 וכיו"ב.

אז מה השתנה ב-DSM5? ממבט על ניתן להתייחס למספר היבטים:

- ביטול אבחנות רב מימדיות: הסיווג על פי חמשת הצירים הוחלף בקריטריונים ע"פ רמת החומרה: מתון, ממוצע וחמור.
- הפחתת שימוש ב'NOS- Not Otherwise Specified' (אשר מעתה יתורגם בקירה כ"אינו מסווג אחרת"), בשל שימוש יתר שנעשה באבחנה זו. הבעיה הייתה חוסר ההבחנה בין מצבים ספציפיים שונים שנפלו לקטגוריה זו. כעת, ב-DSM 5 עבור רוב ההפרעות (מלבד אוטיזם) ישנה חלוקה של פונקציית NOS- לשני חלקים: האחד, אבחנה של "Other specified" (מעתה יתורגם כ"מסווג אחרת") – כשהסימפטומטולוגיה אינה עונה על מלוא הקריטריונים הנדרשים; השני: "Unspecified" (מעתה יתורגם כ"לא מסווג") – כשהקלינאי אינו מעוניין לתת אבחנה ספציפית, או כשאין בידו מספיק מידע כדי לאבחן.
- קיבוץ של אבחנות מסוימות תחת אותו פרק בשל מרכיבים משותפים שיש להם. למשל, איחוד פרק של הפרעות OCD עם הפרעות קשורות כגון טריכוטילומניה אשר הופיעה עד כה תחת הפרק "שליטה בדחפים". כמו כן, בוטלו והוחלפו פרקים מסוימים. למשל, הפרק "הפרעות שבד"כ מאובחנות לראשונה בינקות, ילדות או התבגרות" הוסר וחלק מהאבחנות שהופיעו בו כעת נמצאות בפרק "הפרעות נזירי התפתחותיות", וזאת על מנת ליצור רצף התפתחותי הכולל את הבגרות.
- חלוקת המדריך ליחידות (sections). חלק I: השימוש במדריך. חלק II: קריטריונים אבחוניים וקודים. חלק III: כלי הערכה, פורמולציה תרבותית, מודל אלטרנטיבי ל-DSM5 - להפרעות אישיות, ומצבים הדורשים מחקר עתידי, ולסיום נספחים הכוללים הדגשה של השינויים בין ה-DSM-IV ל-DSM5, קודים ואינדקס.

נותרות הפרקים ב- DSM5:

- .1 הפרעות נוירו התפתחותיות Neurodevelopmental Disorders
- .2 ספקטרום הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders
- .3 הפרעות ביפולריות והפרעות קשורות Bipolar and Related Disorders
- .4 הפרעות דכאוניות Depressive Disorders
- .5 הפרעות חרדה Anxiety Disorders
- .6 הפרעות אובססיביות- קומפולסיביות והפרעות קשורות. Obsessive-Compulsive and Related Disorders
- .7 הפרעות טראומה והפרעות הקשורות לסטרסורים. Trauma- and Stressor-Related Disorders
- .8 הפרעות דיסוציאטיביות Dissociative Disorders
- .9 הפרעות עם סימפטומים סומאטיים והפרעות קשורות Somatic Symptom and Related Disorders
- .10 הפרעות אכילה והאכלה Feeding and Eating Disorders
- .11 הפרעות סילוק Elimination Disorders
- .12 הפרעות שינה ועירות Sleep-Wake Disorders
- .13 דיס פונקציות מיניות Sexual Dysfunctions
- .14 דיספוריה מגדרית Gender Dysphoria
- .15 הפרעות התנהגות ושל שליטה בדחפים, והפרעות התנהגות. Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders
- .16 הפרעות הקשורות לשימוש והתמכרות לחומרים. Substance-Related and Addictive Disorders
- .17 הפרעות נוירוקוגניטיביות Neurocognitive Disorders
- .18 הפרעות אישיות Personality Disorders
- .19 הפרעות פאראפיליות Paraphilic Disorders
- .20 הפרעות נפשיות אחרות Other Mental Disorders

האבחנות החדשות הקשורות בילדים ונוער ב- DSM5 :

1. הפרעת חוסר ויסות מצב רוח משובש/ מופרע. Disorder Disruptive Mood Dysregulation
2. הפרעת התקשורת תגובתית Reactive Attachment Disorder והפרעת השתלבות חברתית חסרת עכבות.
3. הפרעת הספקטרום האוטיסטי. Autism Spectrum Disorder (ASD).
4. קריטריון נפרד עבור דיספוריה ג'נדריאלית בילדים.
5. קריטריון נפרד ל-PTSD לילדים בגיל הגן.
6. מסווג לרגשות פרו-חברתיים מוגבלים להפרעת התנהגות.
7. פגיעה עצמית לא אובדנית (נוסף בחלק III).

לאחר סקירת הפתיחה של ד"ר קרלסון, התמקדו ההרצאות שהוצגו בהמשך הכנס בקבוצות הפרעות מתוך המדרוך החדש. הכנס לא כלל התייחסות לכל קבוצות ההפרעות שיש במדרוך, אלא התמקד בהפרעות הרלוונטיות יותר לילדים: הפרעות נזיר-התפתחותיות, הפרעות התנהגות, הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה, ספקטרום ה-OCD, הפרעות טראומה, הפרעות פסיכוטיות והפרעות אכילה והאכלה.

II. הפרעות נזיר- התפתחותיות (חלק ראשון - Dr. Gabriele A. Carlson, MD).**הפרעת קשב (וריוז) /היפראקטיביות Attention Deficit/Hyperactivity Disorder**

קרלסון הציגה רקע להתפתחות האבחנה לאורך השנים ב-DSM.

לדבריה, כבר בתחילת המאה ניתן הכותרת "דיספונקציה מוחית מינימלית" למגוון קשיים אשר היום מופיעים בנפרד. תחת כותרת זו נכללו תופעות של ליקויי קורדינציה מוטורית, ליקויי שפה ולמידה, מוסחות, אימפולסיביות, היפראקטיביות וחוסר יציבות במצב הרוח או עצבנות.

ב-1932 דובר על סינדרום היפר-קינטי, אשר הופיע ב-DSM II כאבחנה של "תגובה היפרקינטית של הילדות וגיל ההתבגרות". האבחנה כללה את שלושת המרכיבים המוכרים לנו כיום של מוסחות, אימפולסיביות והיפראקטיביות, אך כללה גם מרכיב רביעי של חוסר יציבות במצב הרוח או עצבנות. ליקויי הקורדינציה, השפה והלמידה הופרדו, וב-DSM III שונתה האבחנה לראשונה ל"הפרעת קשב" (ADD) וכללה הבחנה בין סוג היפר אקטיביות וסוג ללא היפר אקטיביות. כמו כן, המרכיב של חוסר היציבות במצב הרוח/ עצבנות אשר נכלל בסימפטומים לאבחון הפרעת קשב הועבר לאבחנה של "הפרעה מתנגדת", כאשר ב-DSM III התווספה המילה "מתמדת". שינוי נוסף ב-DSM III היה האיחוד בין שתי הפרעות הקשב ADD עם היפראקטיביות ו-ADD בלי היפראקטיביות לכדי הפרעה אחת-ADHD. ב-DSM VI התווספו תתי סוגים לשלושה תתי סוגים המוכרים, מתוך שאיפה ליצור הגדרה ספציפית יותר.

מה חדש באבחון הפרעות קשב וריכוז ב- DSM 5 ?

- הוספת דגש על רצף התפתחותי כך שההפרעה אינה מיוחסת אך ורק לגיל הילדות וההתבגרות.
- ב- DSM-5 נכללות דוגמאות ורפרזנטציות במקום תתי סוגים, כאשר התרומה היא זיהוי קל יותר של התופעה אצל מבוגרים. ניתנות למשל דוגמאות למוסחות כאובדן מפתחות או אי סיום דו"חות ועבודות אקדמיות וכו'; דוגמאות להיפראקטיביות כחוסר מנוחה; ודוגמאות לאימפולסיביות כהפרעה או השתלטות על פעילות של אחרים.
- גיל התחלת ההפרעה הוא כעת "לפני גיל 12" במקום "לפני גיל 7".
- כעת ניתן לאבחן ילד כבעל ADHD במקביל ובאופן בלתי תלוי לאבחנה של אוטיזם, בניגוד להנחה הקודמת כי סימפטומים של ADHD אצל אוטיסטים נובעים מהאוטיזם.
- התוסף המונח "רמיסיה חלקית" כך שמטופל שאובחן כ-ADHD ובבדיקה לאחר תקופה כבר אינו עונה על הקריטריונים של אימפולסיביות/היפראקטיביות, עדיין יקבל אבחנה של ADHD עם מסווג של היפראקטיביות/אימפולסיביות אך עם רמיסיה חלקית, ולא ADD- כפי שהיה עד כה.
- -התווספות דרגות החומרה מתון, ממוצע וחמור.
- התווספות "הנחה" למבוגרים: כשמדובר במבוגרים, ירד סף האבחנה למינימום 5 הקריטריונים הנדרשים לעומת 6 אצל ילדים ונוער.
- במקום הדרישה ב- DSM- IV לפגיעה מסוימת בתפקוד כתוצאה מהסימפטומים בשני תחומי חיים לפחות (חברתי ולימודי למשל), ב- DSM5- אמנם מתייחסים לכך שהסימפטומים נוכחים בשני תחומים או יותר, אך מביאים לפגיעה בתחום החברתי, האקדמי ו/או התעסוקתי. זאת, מתוך ההבנה כי בכל סביבה הדרישות משתנות וכשהדרישות אינן גבוהות לא תמיד ההפרעה תבוא לידי ביטוי.
- בעוד שב- DSM IV נעשה שימוש בתת סוגים (sub-types): הסוג המשולב, הסוג "המוסח בעקרו" (Predominantly Inattentive Type) או ה"היפראקטיבי-אימפולסיבי בעקרו" (Predominantly Hyperactive-Impulsive Type), כעת ב- DSM5- ההבחנה בין הסוגים תצוין באמצעות specifiers (מעטה יתורגם כ"מסווגים") מתאימים.

הפרעות נזיר- התפתחותיות (חלק שני- Susan E. Swedo, ME).

ד"ר סוודו הינה ראש הסניף לפדיאטריה והסניף למדעי המוח התפתחותי NIMH/NIH/DHHS. השתתפה בקבוצת עבודה של הפרעות הנזיר-התפתחותיות שב-DSM5. סוודו הציגה בהרצאתה את השינויים שחלו ב- DSM-5 במספר הפרעות נזיר-התפתחותיות.

מוגבלות אינטלקטואלית Intellectual Disability -

סוודו תיארה כי השינוי המהותי ב- DSM-5 הוא שינוי טרמינולוגי המתייחס לשינוי ההגדרה של פיגור שכלי להגדרה של מוגבלות אינטלקטואלית. הגורם לשינוי הוא העובדה שעד כה האבחנה הייתה תלויה

בציון IQ (70 או פחות), והיו מקרים טראגיים בהם אנשים "נידונו" לכאן ולכאן בשל סטייה של נקודה. ב-DSM-5 לעומת זאת, הושם דגש על פגיעה בתפקוד הקוגניטיבי וההסתגלותי. כך, ליקוי בתפקודים אינטלקטואליים מתייחס למשל לקושי בהיבטים כגון יכולת לפתרון בעיות, חשיבה מופשטת, למידה אקדמית ולמידה מניסיון, המוערכים דרך התרשמות קלינית ומבחן אינטליגנציה. התפקוד ההסתגלותי מתייחס לליקוי בשני תחומים לפחות הנוגעים ליכולות עצמאיות, עמידה בסטנדרטיים התפתחותיים וסוציו-תרבותיים ואחריות חברתית. גיל הופעת הליקויים לראשונה צריך להיות בתקופת ההתפתחות המוקדמת.

לקויות למידה ספציפיות

השינוי המהותי בקטגוריה זו הוא איחוד ארבע לקויות הלמידה המוכרות לנו (הפרעת קריאה, הפרעה מתמטית, הפרעת ביטוי גרפי ולקויות למידה NOS) להפרעה אחת. הרציונל העומד מאחורי השינוי הוא האמונה כי לכל סוגי לקויות הלמידה בסיס משותף וכי הן מתקיימות במקביל פעמים רבות. ב-DSM-5 יש פירוט נרחב של תפקודי הלמידה שיכולים להיפגע, ומספיקה פגיעה משמעותית המפריעה לתפקוד רק באחד התחומים, שביניהם יכולת קריאה, הבנה, איות, ביטוי, הבנה מספרית, חישוב וסיבתיות מתמטית, על מנת לאבחן את ההפרעה. סוודו ציינה כי לעיתים הפגיעה באה לידי ביטוי רק מול דרישות חיצוניות מסוימות העולות על יכולות האדם, כך שרק אז ניתן יהיה לאתרה. יש לציין כי אין ב-DSM-5 כל התייחסות לאבחנה הלא פורמלית של NVLD (Non verbal Learning Disorder) המתבססת על הפער בין התפקוד המילולי והביצועי במבחן הוכסלר.

הפרעות תקשורת

תת פרק זה כולל ארבע אבחנות:

1. הפרעת שפה - Language Disorder השינוי בקטגוריה זו הוא ביטול החלוקה לתתי סוגים של "התבטאות" (הפקת קול, מחוות ורבליות) והפרעה מעורבת של "התבטאות וקבלה/הבנה". הסיבה לכך היא היעדר תמיכה מחקרית מספקת, אולם בשדה הקליני ניתן להמשיך בחלוקה.

2. הפרעת דיבור וצליל - Speech Sound Disorder מחליפה את השם "הפרעה פונולוגית".

3. הפרעת שטף עם פריצה בילדות - Childhood-Onset Fluency Disorder אבחנה זו מחליפה את אבחנת ה"גמגום". הקריטריונים נשארו זהים, כאשר מדובר בשינוי טרמינולוגי בלבד הנובע מסיבות פוליטיות.

4. הפרעה תקשורת חברתית (פרגמטית) - Social (pragmatic) communication disorder - אבחנה חדשה, במובן מסוים מקבילה לאבחנה של PDD NOS ב-DSM-IV, היות והמופץ חופף להפרעה בספקטרום האוטיסטי למעט המרכיב ההתנהגותי (חזרתיות מצומצמת בהתנהגות ובתחומי הפעילות). ההפרעה מתבטאת בקשיים חברתיים מילוליים ולא מילוליים הבאים לידי ביטוי בהיבט התקשורת. ב-DSM-5 ישנו פירוט נרחב של התפקודים התקשורתיים החברתיים, כאשר אחת הדוגמאות שסוודו הציגה היתה ילדים שבמפגש הראשוני מאוד מרשימים בדיבורם הרהוט והבוגר, אולם בהמשך ניתן להבחין כי הם

מדברים כך עם כולם באופן לא מובחן ולא מותאם (מזכירה דמות מספר הילדים האמריקאי הידוע "אמיליה בדיליה"). דוגמאות נוספות לביטויי ההפרעה הן חוסר הבנה של הומור ומטפורות, קונקרטיזציה, וקושי בהתאמת הדיבור להקשר הסביבתי, בהבנת מסרים לא מפורשים ובדיבור בתורות וכו'.

הפרעת הספקטרום האוטיסטי - (ASD) Autism Spectrum Disorder

סודו תיארה כי בקריטריונים לאבחון הפרעה הזו ישנם שינויים מהותיים:

- השם החדש ASD מחליף את ה- Pervasive Developmental Disorders (PDD) שכלל תחתיו את חמשת האבחנות אוטיזם, אספרגר, PDD NOS, הפרעה דיסאינטגרטיבית של הילדות, והפרעת רט, ומתייחס אליהן כאל ספקטרום אחד עם רמות חומרה שונות, ועם מסווגים. ההחלטה להשמיט את אבחנת האספרגר ולצרפה לאוטיזם, נבעה מנתונים מחקריים אשר שללו ספציפיות ורגישות בהפרדה והצביעו על כך ש"ניקוי" המשתנה של IQ מילולי, בעצם מביא לחפיפה בין השתיים.

- האבחנה ב- DSM- IV כללה 3 מימדים: חברתי, תקשורתי והתנהגותי, ואילו ב- DSM-5 ישנם רק שני מימדים, כתוצאה מהאיחוד בין המרכיב החברתי והתקשורתי.

- ב- DSM-5 יש דגש על כך שהסימפטומים יכולים להופיע בהווה או בעבר. כמו כן, ב- DSM- IV יש דרישה להופעת הסימפטומים לפני גיל 3, בעוד שב- DSM-5 אמנם יש דרישה שהסימפטומים יופיעו בילדות המוקדמת, אך נלקחת בחשבון האפשרות שלא יופיעו במלואם כל עוד לא יוצבו דרישות חברתיות החורגות מגבול היכולת.

- מתאפשרת לראשונה קומורבידיות בין ASD ל- ADHD.

- התווספות מסווגים המציינים את השונות בהפרעה ומתייחסים לגיל הפריצה, פגיעה אינטלקטואלית ושפתית, מצב רפואי מצב נוירו-התפתחותי וגורמים סביבתיים.

- חומרת ההפרעה (1-3) בהתאם למידת התמיכה הנדרשת עבור המרכיב החברתי תקשורתי ועבור המרכיב ההתנהגותי.

הפרעות טיקים / (תת פרק זה הוצג ע"י John T. Walkup, MD עליו יפורט בפרק "הפרעות חרדה")

הפרעות הטיקים שנכללו עד כה בקבוצת ההפרעות שתחילתן בינקות, הילדות או ההתבגרות, עברו לפרק ההפרעות הנוירו-התפתחותיות עם מספר שינויים- האבחנה "הפרעת טיק חולפת" הוסרה, וכן הפרעת טיק NOS. ב- DSM-5 נכללות חמש הפרעות טיקים: הפרעת טורט, הפרעת טיק מוטורית או ווקאלית כרונית/persistent, הפרעת טיק זמנית, הפרעת טיק מסווגת אחרת והפרעת טיק לא מסווגת.

-בוטל השימוש במונח תנועות או קולות סטריאוטיפים (על מנת לא לבלבל עם סטריאוטיפיות...) וכן של המילה "התקפים".

-הוסר הקריטריון של העדר הפסקה של יותר מ-3 חודשים ללא טיקים.

ההשלכות של שינויים אלו הם הפחתת ההסתמכות על היזכרות רטרוספקטיבית של מהלך ההפרעה.

הפרעות התנהגות- Dr. Gabriele A. - Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders/
Carlson, MD

הפרעה מתנגדת- (ODD) Disorder Oppositional defiant

באופן כללי אין שינויים רבים באבחנה זו.

התווסף דגש על כך שקריטריון ההתנהגות העוינת והנגטיביסטית אינו כולל התנהגות מסוג זה כלפי אחים.

התווסף קריטריון לגיל: התנהגות שנמשכת ברוב הימים אם הילד מתחת לגיל 6, ולפחות שבוע מעל גיל 6.

חלוקה לרמת החומרה (מתונה, בינונית או חמורה) על פי מספר תחומי החיים שבו מתקיימים הסימפטומים (רמה מתונה- בתחום אחד וכך הלאה בהתאמה).

התווסף המרכיב הרגשי של מצב רוח רוגזני/ כעסני.

הפרעת (התנהגות) מתפוצצת לסירוגין- Intermittent Explosive Disorder

הפרעה זו מופיעה ב- ICD- 10 תחת "הפרעות שליטה בדחפים" ומתייחסת להתפרצויות ורבניות או פיסיות חוזרות, חסרות פרופורציה, לפחות פעמיים בשבוע למשך לפחות 3 חודשים, כאשר לפחות שלוש מהן מסבות נזק לאדם או לרכוש בתוך שנה. כמו כן, מדובר בהתפרצויות אימפולסיביות שאינן מתוכננות מראש ומכוונות להשיג דבר מה. יכולה להיות קומורבידיות עם ADHD, ODD, הפרעת התנהגות (Conduct) והפרעת הספקטרום האוטיסטי.

הפרעת התנהגות- Conduct Disorder

גם בקטגוריה זו אין שינויים משמעותיים, אך נוסף מסווג "עם רגשות פרו-חברתיים מוגבלים" (With Limited Pro-social Emotions) המתייחס לדפוס התנהגות קבוע, ולא להתנהגויות ארעיות במצבים מסוימים. כמו כן, יש צורך במספר מקורות מידע אשר מכירים את הילד לאורך תקופה ממושכת. בנוסף, התוספו מאפיינים המתייחסים להעדר תחושת אשמה, מחסור הבעה רגשית, היעדר דאגה להשלכות המעשים, היעדר אמפתיה, מחסור בדאגה לגבי התפקוד הלימודי/ תעסוקתי, ביטוי שטחי או לקוי של רגש וכן ביטוי של רגש באופן מניפולטיבי.

הפרעות מצב רוח/ Dr. Gabriele A. Carlson, MD

קטגוריה זו פוצלה ב- DSM- 5 לשני פרקים נפרדים: הפרעות דיכאון והפרעה ביפולרית והפרעות קשורות.

אפיזודה דיכאונית מאז'ורית - Major Depressive Episode-MDE.

ראשית, אין שינויים בקריטריונים עצמם של האפיזודה, רק במסווגים.

"with mixed features"- אפיזודה דיכאונית הכוללת עד 3 קריטריונים של מאניה, מאובחנת כדיכאון מזוירי עם מאפיינים מעורבים ולא נכללת בספקטרום הדו קוטבי.

"with anxious distress"- דירוג המצוקה החרדתית הנלווית לדיכאון.

- דיכאון לאחר לידה או עם קטטוניה.

- ב- DSM5 - מושמט קריטריון ההוצאה לפיו לא תינתן אבחנה של אפיזודה דיכאונית במקרה ומדובר בחודשיים הראשונים של אובדן ואבל.

הפרעה דיכאונית עמידה - Persistent Depressive Disorder

האבחנה ממוזגת את שתי ההפרעות הקודמות דיסתימיה והפרעה דיכאונית כרונית, עם התייחסות למסווגים:

- סינדרום דיסטימי טהור- כשאין דיכאון מזוירי בשנתיים האחרונות.
- אפיזודה דיכאונית לסירוגין עם אפיזודה נוכחית ("דיכאון כפולי").
- אפיזודה דיכאונית לסירוגין ללא אפיזודה נוכחית.
- רמות חומרה: מתון, בינוני וחמור.

הפרעה ביפולרית

כאמור, ההפרעות הביפולריות שעד כה נכללו בקבוצת הפרעות מצב רוח לצד ההפרעות הדיכאוניות כעת נמצאות ב- DSM-5 בקטגוריה נפרדת, אליה מתווספים מספר שינויים:

- בקריטריון המתאר אפיזודה מאנית, מלבד מצב הרוח המרומם או הרוגזנות, הודגשה העלייה בפעילות או באנרגיה.

-התווספה התייחסות להתנהגויות ש"אינן אופייניות לעצמי הרגיל".

-לא קיימות ספציפיקציות לילדים לעומת מבוגרים. עבור ילדים הסובלים מרוגזנות כרונית והתפרצויות תינתן האבחנה של הפרעת חוסר ויסות מצב רוח, אם כי יש לציין כי ההבחנה בין השניים לעיתים קשה.

הפרעת חוסר ויסות מצב רוח - Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)

אבחנה חדשה, המיועדת לגילאי 6-18, שמטרתה למנוע אבחון יתר של הפרעה ביפולרית בילדים. הסימפטומים העיקריים הם התפרצויות זעם מילוליות או פיזיות חמורות וחוזרות אשר אינן תואמות את הגיל ההתפתחותי. הקריטריון המסייע בהבחנה בין הפרעה זו לבין "הפרעה מתפוצצת לסירוגין" הוא היעדר מצב רוח רוגזני בין האפיזודות ב- DMDD.

קרלסון מבקרת אבחנה זו, כיוון שלטענתה נוצרה מתוך הקושי באבחון ילדים עם התקפי זעם ושינויי מצב רוח. הרקע לכך הוא שרוגזנות הושמטה מהאבחנה של דכאון ונשארה רק בהגדרה של מאניה, וכן משום שהתסמינים האפקטיביים הוצאו מאבחנת ה-ADHD. לעומת זאת, קרלסון מצביעה על כך שסימפטומים של אימפולסיביות, היפראקטיביות, מוסחות ורוגזנות/חוסר יציבות במצב רוח, אשר ב-DSM II השתייכו ל-ADHD הם למעשה גם סימפטומים של מאניה בפני עצמה! כך, לדבריה, לכאורה אפשר היה לשקול אבחנה של מאניה, רק שזו הפכה להיות שנויה במחלוקת בכל הנוגע לאבחנת ילדים ב-DSM III, VI. הביקורת היא שלמעשה האבחנה החדשה נולדה "על דרך השלילה".

כיצד, אם כן, התפתחה האבחנה בפועל? זוהו שני סוגי מופעים של הפרעה ביפולרית. הראשון, ה"פנוטייפ השמרני/צר" (e.g. Leibenluft et.al 2001, Carlson, 1990) הכולל אפיזודה מאנית עם פריצה וסיום כשהסימפטומים הקו-מורבידיים מחמירים בזמן האפיזודה; השני, ה"פנוטייפ הליברלי/רחב" הכולל התפרצויות זעם מתפוצצות. על בסיס זה, הבחינו בין הפרעה ביפולרית המקבילה לסוג הראשון, ולהפרעה DMDD המקבילה לסוג השני.

John T. Walkup, MD / הפרעות חרדה

ד"ר Walkup הינו מנהל מחלקה הפסיכיאטרית של הילד והמתבגר, סגן יושב ראש המחלקה לפסיכיאטריה במכללה הרפואית Weill Cornell. המרצה הציג במהלך שתי ההרצאות את הפרעות החרדה, ספקטרום ה-OCD, הפרעות טיקים והפרעות פוס טראומטיות והפרעות הקשורות לדחק.

ראשית, Walkup תיאר כי חל פיצול בין הפרעות החרדה, פוסט טראומה והפרעות OCD כך שכל אחת מהן נמצאת בפרק נפרד. יש לציין כי Walkup באופן אישי דווקא ביקר פיצול זה ויצא כנגד הטענה כי המצוקה שיש בכל הפרעות ה-OCD שונה באיכותה מחרדה, שכן לדבריו ישנן הפרעות OCD בהן ניתן לזהות חרדה התואמת להפרעות החרדה.

להלן ההפרעות הנמצאות בפרק זה והשינויים שחלו ב-5 DSM:

- עברו לפרק זה אבחנות שהיו עד כה בפרק "הפרעות שמאובחנות לראשונה בינקות, ילדות או והתבגרות".
- פוביה ספציפית היא השם החדש שהחליף את השם פוביה פשוטה.
- הוסר הקריטריון לפיו האדם צריך לזהות שהחרדה מופרזת או לא הגיונית, אלא רק חסרת פרופורציה.
- קריטריון הזמן הועלה לחצי שנה גם אצל מבוגרים.
- האבחנה של סלקטיב מיוטיזם הועברה מההפרעות שמאובחנות לראשונה בינקות, ילדות והתבגרות להפרעות החרדה.
- הפרעת חרדת נטישה: ב-5 DSM ניתן לאבחן גם מבוגרים הסובלים מההפרעה למעלה מחצי שנה, ולא רק ילדים. למשל, אדם בוגר עשוי לחוות חרדת פרידה מילדיו והימנעות מהליכה למקום העבודה.

- הפרעת חרדה מוכללת: לא חלו שינויים.

- הפרעה חרדה חברתית: זהו השם החדש להפרעה שכונתה עד כה פוביה חברתית. התווסף מסווג חדש עבור חרדה מהופעה בפני ציבור, אשר מייצג תת קבוצה ספציפית של סובלים מחרדה במצבים חברתיים מסוג זה. זאת, מאחר ונמצא גם אנשים הלוקים בחרדה מהופעה בפני ציבור הם בעלי מאפיינים מעט שונים במהותם ביחס לסובלים מחרדה בשלל מצבים חברתיים אחרים.

- הפרעת פאניקה: החלפת הקריטריון של התקף לא צפוי בחלוקה בין התקף צפוי ולא צפוי. ההתקף הראשון הוא תמיד לא צפוי, והתקף שבא אחריו באותן נסיבות הוא במידה מסוימת צפוי. כך נשמרת החלוקה בין התקפים ספונטניים להבדיל מהתקפים עם טריגרים.

- אגורופוביה: התווספות דרישה להופעת הסימפטומים בשתי סביבות שונות, על מנת להבחין מהימנעות על רקע הפרעת חרדה אחרת. ניתן כמו כן לשים לב להפרדה בין הפרעת פאניקה לאגורופוביה, להבדיל מהאבחנות המשולבות ב DSM-IV.

- הפרעת חרדה הקשורה למצב רפואי אחר.

- הפרעת חרדה כתוצאה משימוש בחומרים.

- הפרעת חרדה לא ספציפית.

המרצה טוען שגיל ההתפרצות של ההפרעה הוא מאוד אינדיקטיבי לאבחנה ומפרט את הגילאים השכיחים להתפרצות כל הפרעה:

- ASD-0-3 או יותר מאוחר למקרים קלים.

- ADHD-4-7 או מאוחר יותר למקרים קלים אך ה-DD רחב יותר.

- חרדה-6-12

- דיכאון 13-16

- הפרעה ביפולרית ופסיכוזה- מעל גיל 16

- DBD- בכל גיל

walkup ציין שחרדת נטישה, חרדה מוכללת וחרדה חברתית לעיתים קרובות נמצאות בקו-מורבידיות. למשל, ילד עשוי לסרב ללכת לבי"ס מסיבות המערבות חרדה מפרידה מאמו, חרדה מכתובה על הלוח מול כל הכיתה וחשש ממוזג אויר סוער.

הפרעה אובססיבית קומפולסיבית והפרעות קשורות OCRD Obsessive Compulsive Disorder and

OCD related

ב-5 DSM הופרדה הפרעת ה-OCD מפרק החרדה, והתווספה התייחסות לספקטרום של הפרעות בעלות מבנה קליני משותף (אם כי המרצה מותח ביקורת על ספקטרומיזציית יתר, והיות ולשיטתו זה בא על חשבון ספציפיות האבחנות).

הפרעה אובססיבית קומפולסיבית-OCD

ב-5 DSM התווספו מסווגים חדשים: במקום מסווג של "עם תובנה נמוכה" בלבד, כעת יש טווח של רמות תובנה: טובה/ נמוכה/ ללא תובנה. כמו כן, נוסף מסווג של "tic- related", כאשר נמצא כי חולים אלה מהווים 30% מהסובלים מההפרעה וכי הם בעלי מאפיינים ייחודיים הנבדלים משאר בעלי ה-OCD ואינם מגיבים לתרופות SSRI.

הפרעת דיסמורפובית של הגוף- (BDD)Body Dysmorphic Disorder

התווסף המסווג "עם דיסמורפיית שרירים", כאשר גם להפרעה זו נלווית ההתייחסות לדרגות שונות של תובנה, וכעת נכללים בה גם בעלי חשיבה דלזיונלית.

טריכוטילומניה (הפרעת תלישת שיער)

האבחנה עברה לקטגוריה זו מהפרק של "הפרעות שליטה בדחפים שאינן מסווגות אחרת". כמו כן הוסרו הקריטריונים של אובדן שיער ושל תחושת מתח לפני התלישה/ אי תלישה והקלה/עונג לאחריה.

אגירה Hoarding Disorder

הפרעה זו עד כה הופיעה כסימפטום אפשרי של-OCD או של OCPD וכעת התווספה כהפרעה בפני עצמה. גם בקטגוריה זו יש התייחסות לדרגות תובנה שונות.

חיטוט בעור (Excoriation (Skin Picking

אבחנה חדשה שמופיעה לראשונה. מדובר בבירה כפייתית בעור עד כדי פציעתו. כמו בטריכוטילומניה הדינמיקה היא דחף המעורר מצוקה והחיטוט הוא ניסיון להפחית את המצוקה. 2-4% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעה זו.

OCD ו-OCD כתוצאה משימוש בחומרים או מתרופות.

OCD ו-OCD כתוצאה ממצב רפואי אחר.

OCD אחרים.

OCD לא מסווגים (כגון נשיכת ציפורניים, ליקוק שפתיים, הרטבת אצבעות וכו'); קנאה לא דלזיונלית או מצבים בהם אין מענה על מלוא הקריטריונים.

הפרעות טראומה והפרעות קשורות לדחק Trauma and Stress- Related Disorders

הפרעה דחק פוסט טראומטית ((PTSD Posttraumatic Stress Disorder ו- הפרעת דחק אקוטית
Acute Stress Disorder

השינויים ב-5 DSM:

- התווספו להגדרה של אירוע טראומטי גם פגיעה מינית וחשיפה לאירועים טראומטיים ככונני יחידות
חירום (שוטרים, מכבי אש וכו').

- הוסרה מההגדרה של אירוע טראומטי החוויה סובייקטיבית של אימה, חוסר אונים או פחד מול האירוע.

- לשלושת המרכיבים של חוויה מחדש של טראומה/חודרנות, הימנעות ועוררות התוסף מרכיב רביעי של
מחשבות, רגשות ומצבי רוח שליליים.

- התווספו תתי סוגים: תת הסוג של הגיל הרך ותת הסוג הדיסוציאטיבי הכולל סימפטומים של דה-
פרסונליזציה ודה-ראליזציה.

סינדרומים של תגובה לדחק Stress Response Syndromes

כותרת זו מקבילה למה שהיה ב DSM- IV פרק נפרד של הפרעות הסתגלות. תתי הסוגים נשארו זהים.

הפרעות התקשרות תגובתיות Reactive Attachment Disorders

1. הפרעת התקשרות תגובתית – מקבילה לאבחנה בעלת אותו השם ב DSM-IV שהופיעה בפרק של
הפרעות שתחילת בינקות ילדות והתבגרות, מהסוג המעוכב.

2. הפרעת התקשרות חסרת עכבות **Disinhibited Social Engagement Disorder** - מקביל לאבחנה
הקודמת של הפרעת תקשורת תגובתית מהסוג הלא מעוכב. חופף להתנהגות המאפיינת המופיעה ב-
ADHD - או Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD).

ספקטרום הפרעות הסכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות / Dr. Harvey Kranzler, MD

ד"ר kranzler, אשר מילא את תפקיד יו"ר הכנס הנוכחי, כיהן כמנהל לשעבר של מחלקה פסיכיאטרית
לילד ולמתבגר. פרופסור לפסיכיאטריה קלינית ומדעי ההתנהגות, במסגרת המכללה לרפואה ע"ש אלברט
אינשטיין.

סכיזופרניה

- באופן כללי ב-5 DSM חלו שינויים מעטים ביותר בנוגע לאבחון הספקטרום הסכיזופרני והפסיכוטי.
- בקריטריון A המפרט את הסימפטומים, בוטל משקל היתר שניתן לסימפטומים של דלוזיות ביזאריות או הלוצינציות מיוחדות, כך שכעת יש דרישה לשני סימפטומים כלשהם מהרשימה. יחד עם זאת, נדרש לפחות אחד משלושת התסמינים החיוביים: דלוזיות, הלוצינציות או הפרעות חשיבה.
- שונה המונח "אפקט שטוח" ל-diminished emotional expression, בין היתר משום שהתרופות מייצרות מצב דמוי השטחה אפקטיבית.
- כעת ניתן לקבל אבחנה כפולה של סכיזופרניה ו-ASD וכן של הפרעות תקשורת בגיל הילדות.
- בוטלו תתי סוגים רבים של סכיזופרניה. זאת משום שהיציבות האבחנתית הייתה נמוכה, ללא בסיס תורשתי וללא יישומים טיפוליים ספציפיים. יש לציין שממילא תת הסוגים הפרנואידי והלא מובחן היו השכיחים ביותר.
- מסווגים: עבור אפיזודה ראשונה או אפיזודות מרובות: אקוטי/רמיסיה חלקית/רמיסיה מלאה; לא מסווג, עם קטטוניה ורמות חומרה מ-0-4.

הפרעה דלזיונלית

- הוסרה הדרישה שהדלוזיות יהיו לא ביזאריות.
- מסווגים: סוג הדלוזיה (ארוטומניה, גרנדיוזיות וכו'); עם תוכן ביזארי, אקוטי/רמיסיה חלקית/רמיסיה מלאה עבור אפיזודה ראשונה, אפיזודות מרובות, המשכית, לא מסווגת, דירוג החומרה.
- **הפרעה פסיכוטית קצרה** – מקבילה למה שהיה עד כה פסיכוזה NOS אשר הוצאה מה-5 DSM. מסווגים: עם קטטוניה ורמות חומרה.
- **הפרעה סכיזופרניפורמית**- דרישה למינימום של שני סימפטומים מקריטריון A. גם כאן התווספו מסווגים של קטטוניה ורמות חומרה.

הפרעה סכיזואפקטיבית

- ב-5 DSM האפיזודה האפקטיבית צריכה להיות פעילה במרבית תקופת ההפרעה, לעומת חלק ניכר מזמן ההפרעה בעבר.
- מסווגים: הסוג הביפולרי/דכאוני/קטטוני; אקוטי/רמיסיה חלקית/רמיסיה מלאה עבור אפיזודה ראשונה, אפיזודות מרובות, לא מסווגת, דירוג החומרה.

קטטוניה

קטטוניה שמתווספת להפרעה נפשית אחרת (כמסווגת)/ קטטוניה כתוצאה ממצב רפואי אחר /קטטוניה לא ספציפית.

המרצה מצביע על דמיון קליני בסימפטומים בין ASD- לבין סכיזופרניה העלול להוביל לבלבול:

סכיזופרניה	אוטיזם
נסיגה חברתית	ליקוי תקשורת חברתית
השטחה אפקטיבית	העדר הדדיות
חוסר ארגון	סטרואוטיפיות
התנהגות בלתי מאורגנת	העדר משחק ספונטני
דלוזיות	עיסוק יתר אבנורמלי במוקדי עניין סטריאוטיפים
התנהגויות קטטוניות/ לא מאורגנות	מאניירות התנהגויות סטריאוטיפיות
סימפטומים שליליים	פגיעה כללית בתקשורת חברתית

בהקשר זה, הוא מזכיר את הסכיזופרניה המתפרצת בילדות (Childhood Onset Schizophrenia (COS) אשר 55% מהלוקים בה מציגים סימפטומים פרה-פסיכוטיים דמויי אוטיזם כגון: עיכוב בדיבור, אבנורמליות בהתפתחות מוטורית וליקויים בתקשורת ובהתייחסות חברתית. יחד עם זאת, נמצא כי ישנה קומורבידיות בין סכיזופרניה לאוטיזם.

סינדרום פסיכוטי מוחלש Attenuated Psychosis Syndrom – אבחנה שנמצאת בחלק III ומיועדת למחקר נוסף. מדובר במצב של בו מתקיימת סימפטומטולוגיה לאורך שנה אך ללא מענה מלא על הקריטריונים הנדרשים לאבחנה מלאה של הפרעה פסיכוטית.

המרצה מדגיש כי גילוי מקודם של סכיזופרניה הוא קריטי וכי הוא דוגל בטיפול CBT בעקר בשלבי התפתחות המחלה על פני טיפול תרופתי מונע.

הפרעות אכילה והאכלה /Eating and Feeding Disorder /Dr. Victor M. Fornari MD

ד"ר **Fornari** הוא מנהל מחלקה פסיכיאטרית של הילד והמתבגר, פרופסור לפסיכיאטריה ופדיאטריה, בבית חולים- אוניברסיטה בחוף הצפוני ובמרכז הרפואי יהודי בלונג איילנד.

לדברי Fornari, אבחנה של הפרעת אכילה אינה רק אוסף של סימפטומים, אלא "התפתחות של מי אתה עומד להיות בחיים שלך". הוא מדגיש כי התרומה העיקרית של ה-5 DSM בהפרעות האכילה, היא תיקון מצב מעוות שהיה עד כה, בו רוב החולות המאושפזות במוסדות טיפול בהפרעות אכילה, אשר מבחינה קלינית ברור שהן אנורקטיות/בולימיות- אינן עונות על הקריטריונים האבחנתיים ונפלות באבחנת NOS. שינוי נוסף הוא בשם הקטגוריה שאיחד את ההפרעות מ"הפרעות אכילה" ואת הפרעות ההאכלה מ"הפרעות שתחילתן בינקות, ילדות והתבגרות" לפרק אחד המכונה "הפרעות אכילה והאכלה". ניכרת בזאת המגמה של יצירת רצף גילאי במקום הבחנה חדה בין הפרעות של הילדות ושל הבגרות.

אנורקסיה נרבוזה

ב-1873 דובר לראשונה על הפרעה. ב-III DSM - ב-1980 הקריטריון לאבחון אנורקסיה היה חסר של 25% מהמשקל המצופה, ואילו ב-IV DSM- ב-1987 הקריטריון היה חסר של 15% מהמשקל המצופה. ב-DSM-5 חלו שינויים נוספים:

- הוסר קריטריון נקודת החתך של המשקל וכן גם המילה "סירוב" (לשמור על משקל).

- הוסר הקריטריון של העדר ווסת.

- הסימפטום של חשש מוצהר מפני עליה במשקל הורחב ויכול לבוא לידי ביטוי גם בהתנהגות המשבשת את העלייה במשקל.

- שינוי סמנטי נוסף: הוחלפה המילה "הכחשה" (של חומרת משקל הגוף נמוך) ל"היעדר הכרה".

- החלוקה לתת הסוגים (רסטרקטיבי ומטהר/ בולס) היא כעת רק על פי ההתנהגות בשלושת החודשים האחרונים.

-חלוקה לרמות חומרה לפי ה-BMI, בילדים מתבסס על אחוזוני BMI ועל גורמים קליניים אחרים.

בולימיה נרבוזה

ב-5 DSM- הוסר הסף של ההתנהגות הבליסה וההתנהגויות המפצות והלא תואמות לפעם בשבוע במקום פעמיים. כמו כן, הוסרו תתי הסוגים שהופיעו ב-IV DSM (מטהר/ לא מטהר) ונוספו מסווגים של חומרת ההפרעה על פי מספר האפיזודות של ההתנהגויות המפצות בשבוע (3-1 מתון, 7-4 בינוני, 13-8 חמור ו-14 ומעלה קיצוני).

Binge Eating Disorder**הפרעות מסווגות אחרות של אכילה והאכלה**

הפרעות לא מסווגות של אכילה והאכלה. שתי האחרונות החליפו את האבחנה הפרעת אכילה שאינה מסווגת אחרת (EDNOS).

שלושת האבחנות הבאות הועברו מפרק ה"אבחנות שתחילתן בינקות, ילדות והתבגרות" ב-DSM-VI לפרק זה, ללא שינוי בקריטריונים.

- פיקה Pika
- הפרעת רומינציה
- הפרעת צריכת מזון נמנעת/ רסטרקטיבית Avoidant /Restrictive Food Intake Disorder ((ARFID). זוהי אבחנה חדשה. מדובר במצב של חוסר עניין באוכל, הימנעות ממזון המיוחסת

למאפייניו הסנסוריים או דאגה לגבי השלכות אברסיביות של האכילה. כמו כן, התנהגות זו משפיעה על אי יכולת להגיע למשקל ראוי או למחסור תזונתי/או אנרגטי.

המרצה הדגיש כי יש להבחין בין הפרעות האכילה שצוינו לעיל לבין מצבים שכיחים של אכילה רגשית, אשר להבדיל מהפרעות אכילה הם תגובתיים לאירוע חיצוני או פנימי.

לסיום, מדובר בכנס מקצועי, עמוס במידע ופרטים, אשר ייעודו (בין היתר) היה לייחד את הקלינאי בשטח עם המדריך הפסיכיאטרי החדש ולהאיר במעט את נפתוליו. מה שלא ניתן להעביר דרך שורות אלה, הוא את האישיות המקצועית של כל אחד מהמרצים, אשר יצרה רושם רב כאשר כל אחד מהם דיבר בתשוקה רבה על ההפרעות הקרובות לליבו, בין אם מדובר במחקר שערך בתחום או בגישה טיפולית בה הוא דוגל. בנימה אישית, אוכל להודות כי היה זה מעורר השראה לגלות שאותם פסיכיאטרים בכירים שאבחנות ותרופות הוא לחם חוקם, מעלים על נס את החשיבות הבנת הדינמיקה הנפשית ובטיפול נפשי, על פני נטילת טיפול תרופתי. מסר ברור אשר נשאר עימי לאחר הכנס, הוא שעם כל הכבוד ל"תנ"ך של הפסיכיאטריה", בסופו של דבר נשאר הקלינאי מול המטופל, וכי שום הגדרה וקטגוריה לעולם לא תשתווה לשיקול הדעת הקליני.