

مروری بر DSM-5

عباس عطاری^۱، مهین امین‌الرعایا^۲

مقاله مروری

چکیده

مهم‌ترین طبقه‌بندی‌های روان‌پزشکی عبارت است از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا به وجود آمد و دیگری طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD (International classification of diseases) که توسط سازمان بهداشت جهانی شکل گرفت. اولین چاپ DSM در سال ۱۹۵۲ توسط کمیته نام‌گذاری و آمار انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر گردید و پس از آن پنج چاپ بعدی تألیف گردید: DSMII در ۱۹۶۸، DSMIII در ۱۹۸۰، DSMIII-R در ۱۹۸۷، DSMIV در ۱۹۹۴ و سرانجام DSMIV-TR در سال ۲۰۰۰ تألیف شد. هدف از این مطالعه، مرور اجمالی در زمینه تغییرات و اصلاحات جدید DSM (تفاوت DSM-IVTR با DSM-V) بود. با بررسی سایت‌های مرورگر معتبر علمی نظیر Medline، Google scholar، Pubmed، SID، Magiran، Iran medex و سایت DSM-V متعلق به انجمن روان‌پزشکی آمریکا مقالات مرتبط با موضوع این مقاله استخراج و جمع‌بندی گردید. DSM-V قرار است تا در ماه می سال ۲۰۱۳ به عنوان یکی از مهم‌ترین رویدادهای بهداشت روان به جامعه پزشکی ارائه گردد. در پنجمین چاپ جدید DSM تغییرات اساسی در پاره‌ای از طبقه‌بندی‌ها، اصطلاحات تشخیصی و معیارهای تشخیصی صورت گرفته است و ضروری است تا دست‌اندرکاران بهداشت روان با این اصلاحات آشنا گردند. از جمله اصلاحات و تغییرات مهم در DSM-5 می‌توان به مواردی همچون ارائه معیار تشخیصی برای افسردگی - اضطراب میکس (Mixed Anxiety Depressive یا MAD)، سندرم خفیف سایکوز، رفتار خودکشی، همچنین تغییر در بعضی معیارهای تشخیصی نظیر پدوفیلی، اختلالات ارتباطی Communication disorders، اختلالات شناختی و اختلالات خلقی، جدا شدن OCD (Obsessive-compulsive disorder) و PTSD (Posttraumatic stress disorder) از زیرمجموعه اختلالات اضطرابی به عنوان یک گروه تشخیصی مجزا، اشاره نمود. تغییرات اساسی در طبقه‌بندی اختلالات سوماتوفورم و اختلالات شخصیت ارائه یک فرمولاسیون مصاحبه فرهنگی از جمله تغییرات نگرشی در DSM محسوب می‌گردد. برجسته‌ترین تغییر را می‌توان در گرایش از طبقه‌بندی Categorical به سمت Dimensional و توجه به بعضی جنبه‌های اتیولوژیک اختلالات نام برد.

واژه‌های کلیدی: طبقه‌بندی، اختلالات روان‌پزشکی، DSM-V

ارجاع: عطاری عباس، امین‌الرعایا مهین. مروری بر DSM-5. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۲): ۱۵۵-۱۴۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۹

مقدمه

شناخت و ارزیابی آسان‌تر می‌سازد. هدف اصلی طبقه‌بندی در روان‌پزشکی، بهبود بخشیدن به درمان و پیش‌گیری است. از اهداف دیگر طبقه‌بندی ایجاد زبان مشترک (Communication) بین متخصصین حیطه بهداشت روان و

طبقه‌بندی (Classification) فرآیندی است که با نظم بخشیدن به پدیده‌ها در گروه‌ها و مقوله‌های خاصی و بر اساس معیارهای معین، پیچیدگی این پدیده‌ها را جهت

۱- استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- کارشناس ارشد پژوهشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)
Email: aminoroaia@nm.mui.ac.ir

از طرفی دستاوردهای علمی جدید طی پژوهش‌های گسترده جهانی ضرورت اصلاح و تطبیق طبقه‌بندی‌ها با یافته‌های جدید علمی را ایجاب می‌نماید (۴، ۳). با توجه به اهمیت موضوع و به ویژه این که تغییرات اساسی در DSMV نسبت به چاپ‌های قبلی صورت گرفته است، از طرفی آشنایی متخصصین و دستیاران روان‌پزشکی با تغییرات اعمال شده در مهم‌ترین طبقه‌بندی روان‌پزشکی ضروری می‌باشد. از این رو این مطالعه با هدف بررسی اجمالی در DSM-V تدوین گردید. در این مقاله به مهم‌ترین تغییرات DSM-V نسبت به چاپ‌های قبلی پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

برای دسترسی به مطالب معتبر و آخرین اطلاعات مربوط به تجدید نظر نهایی DSM ابتدا به بررسی مطالب مرتبط در کتب معتبر روان‌پزشکی نظیر سیناپس روان‌پزشکی، کتاب جامع روان‌پزشکی پرداخته شد. سپس در سایت‌های جستجوگر معتبر شامل Medline، Pubmed، SID، Magiran، Iran medex و Google scholar با کلید واژه DSM-5 به جستجو پرداخته شد و از بین مقالات به دست آمده، آن‌هایی که مرتبط با موضوع مقاله بود تفکیک گردید و در نهایت بررسی محتوایی روی تمام مطالب صورت گرفت. همچنین از طریق سایت DSM-V آخرین اطلاعات و تغییرات مربوط به تدوین DSM-V کسب گردید.

رویکردهای جدید در DSM5

تدوین پنجمین چاپ کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی DSM-5 در ماه می ۲۰۱۳ یکی از مهم‌ترین رویدادهای بهداشت روان خواهد بود. پیش‌نویس نهایی آن در مورد معیارهای تشخیصی روان‌پزشکی اکنون در دسترس می‌باشد. طبقه‌بندی DSM تا قبل از DSMV به صورت مقوله‌مند (Categorical) بود، یعنی تشخیص‌ها قطعی و روشن بوده است و مرزهای بین تشخیص‌ها و طبقات به طور کامل واضح بیان گردیده بود، ولی در

روان‌پزشکی، کنترل بیماری‌های روانی و توضیح جامع علل ایجاد و تداوم بیماری‌ها (Comprehension) است (۱). مهم‌ترین طبقه‌بندی‌های روان‌پزشکی عبارتند از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM یا diagnostic and statistical manual of mental disorders) که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا به وجود آمد و دیگری طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD یا classification of diseases International) که توسط سازمان بهداشت جهانی شکل گرفت. اولین چاپ DSM در سال ۱۹۵۲ توسط کمیته نام‌گذاری و آمار انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر گردید (۲). در DSMI معیارهای ۱۰۶ اختلال روان‌پزشکی ارائه گردید و اولین چاپ کتاب جامع روان‌پزشکی (Comprehensive textbook of psychiatry) در سال ۱۹۶۷ بر مبنای DSMI تدوین گردید. در سال ۱۹۶۸ دومین چاپ DSM تدوین شد و برای اولین بار اختلال دوقطبی تحت عنوان Manic-depressive disorder ارائه گردید. در DSMII تعداد ۱۸۲ اختلال در ده گروه توضیح داده شد. DSMIII در ۱۹۸۰ با ۲۸۵ اختلال تدوین گردید و به جای اختلال مانیک دپرسیو عنوان اختلال خلق دوقطبی (Bipolar mood disorder) آورده شد. تشخیص و طبقه‌بندی چندمحوری (Multiaxial) از DSMIII شروع گردید و مفهوم اختلال عملکرد به عنوان یکی از معیارهای Disorder ارائه شد. DSMIIIR (تجدید نظر شده) در سال ۱۹۸۷ با ۲۹۲ اختلال به چاپ رسید. DSMIV در ۱۹۹۴ با ۳۶۵ آیتم و در نهایت DSMIV text rivision در سال ۲۰۰۰ با ۳۶۵ اختلال در ۱۷ قسمت تدوین شد که در حال حاضر هم جزء معتبرترین طبقه‌بندی‌های روان‌پزشکی است و نهمین چاپ کتاب جامع روان‌پزشکی Kaplan و Sadock بر مبنای آن تدوین شده است و اکنون به عنوان تنها منبع امتحانات تخصصی روان‌پزشکی می‌باشد (۱). از جمله ایرادات و انتقاداتی که به DSMIV-TR شده است، ابهام در معیارهای «اهمیت بالینی» و «اختلال عملکردی» و موارد منفی کاذب می‌باشد که منجر به بازنگری در آن شده است.

اختلالات ارتباطی (Communication disorders) شامل ۲ اختلال می‌گردد: D. Language و D. Speech که هر کدام زیرگروه خود را دارد و ۷ تشخیص قبلی را پوشش می‌دهد (۳). اختلال علامت جسمی ساده (Simple somatic symptom disorder) و اختلال علامت جسمی پیچیده (Complex S.S.D) به طور مشترک تحت یک عنوان «اختلال علامت سوماتیک (Somatic symptom disorder)» قرار گرفت (۳). «اختلال رفتار خودکشی (Suicidal behavioral disorder)» یک عنوان جدید است و تشخیص Non-suicidal self injury disorder در بخش III قرار گرفته است. همچنین تغییراتی در معیارهای تشخیص اختلالات شناختی (Neurocognitive disorders) و اختلالات اضطرابی به عمل آمده است (۳). یک مصاحبه فرمولاسیون فرهنگی برای DSM-5 در نظر گرفته شده است که استفاده از کتابچه تشخیص را برای ارزیابی بهتر جنبه‌های فرهنگی اختلالات روان‌پزشکی تسهیل می‌کند (۷).

OCD (Obsessive-compulsive disorder) و PTSD (Posttraumatic stress disorder) از زیرمجموعه اختلالات اضطرابی جدا گردیده است و هر کدام یک مجموعه تشخیصی جداگانه‌ای دارد (۸، ۹). اختلالات وسواسی-جبری (Obsessive-compulsive and related disorders) و اختلالات تروما و وابسته به استرس (Trauma and stressor related disorders) به جای Pedophilia عنوان Pedophilic disorder ارایه گردیده است. حداقل سن فرد مبتلا از ۱۶ سال به ۱۸ سال تغییر یافته است. نوع خاص محدود به Incest حذف شده است و به جای آن «در محیط کنترل شده» و «In remission» اضافه گردیده است (۶).

اختلال زبان (Language disorder): منظور اختلالات پایدار در وضوح و استفاده صحیح از زبان مکالمه و اختلال پایدار در زبان نوشتاری که شاید تا نوجوانی بزرگ‌سالی ادامه دارد، ب- توانایی زبان در یک یا چند زمینه

DSM5 سعی گردیده است تا به سمت طبقه‌بندی ابعادی (Dimensional) سوق داده شود. کسانی که طرفدار این نوع طبقه‌بندی هستند معتقدند که بین وجود یک اختلال و عدم وجود آن و یا بین سلامت و بیماری مرز آبی وجود دارد و نمی‌توان به طور صریح و قاطع مرز بین آن‌ها را تعیین نمود. هر چند در کار بالینی طبقه‌بندی مقوله‌مند مفیدتر به نظر می‌رسد، ولی در طبقه‌بندی ابعادی عوامل محیطی- فردی- اجتماعی- فرهنگی در بروز و تشدید بیماری مد نظر قرار می‌گیرد. به هر حال اساس طبقه‌بندی DSM پدیدارشناختی (Phenomenological) است. یعنی بر اساس علایم موجود تشخیص بیماری را مطرح می‌سازد و به اتیولوژی آن نمی‌پردازد (۱).

موارد جدید در تشخیص‌گذاری DSM5

۱۳ کارگروه، مسؤلیت تدوین نهایی DSMIV را به عهده دارند (۳). بر اساس اهمیتی که به سندرم خفیف سایکوز (Attenuated psychosis syndrome) و اختلال مشترک افسردگی اضطراب (Mixed anxiety depressive disorder) داده شده است. این دو مورد در بخش III (برای مطالعه بیشتر) آورده شده است. اختلالات بخش III مواردی است که نیاز به پژوهش بیشتری دارد تا به عنوان اختلالات اصلی (Formal disorders) منظور گردد (۳).

همچنین یک زیرنویس به معیارهای MDD اضافه گردید تا مرز بین سوگ (Bereavement) نرمال (متعاقب یک فقدان مشخص) و تشخیص اختلال روان‌پزشکی مشخص گردد. از این رو اطلاعات بیشتری جهت اصلاح معیارهای قبلی سوگ و سایر واکنش‌های متعاقب فقدان و تفکیک آن از MDD ارایه گردیده است (۵). تغییرات عمده دیگر در زمینه اختلالات شخصیت و به ویژه اختلال شخصیت مرزی به وجود آمده است. نیز معیار تشخیص اختلال Pedophilic اصلاح گردیده است. مرزهای تشخیص این اختلال بیشتر بر اساس ملاک‌های رشد بیولوژیک اوایل نوجوانی استوار است و معیارهای ICD هم مد نظر قرار گرفته است (۶).

مشخصی بین اختلال سوگ و سایر اختلالات تعریف گردد. واکنش استرس آمیز نسبت به هر استرس شدیدی به جز مرگ عزیزان به عنوان اختلال وابسته به استرس و تروما طبقه بندی می گردد و اگر تنها علایم افسردگی را دارا باشد و علایمی نظیر تجربه مجدد نداشته باشد، در گروه اختلالات خلقی طبقه بندی می شود. در این مورد در DSM-5 اصطلاح اختلال افسردگی ماژور را به کار برده است. واکنش نرمال و مورد انتظار به یک حادثه یا فقدان مانند مرگ عزیزان یا حوادث طبیعی یا مشکلات مالی شامل احساس غمگینی، اشتغال ذهنی با حادثه، بی خوابی، کم اشتها و کاهش وزن شباهت به اپیزود افسردگی دارد. از این رو وجود علایمی نظیر احساس پوچی، بیهودگی و افکار خودکشی (نه تمایل به پیوستن به فرد مرحوم)، کندی روانی حرکتی، اختلال شدید در عملکرد کلی نشانه اپیزود افسردگی ماژور است (۱۳، ۵).

در گروه اختلالات شناختی (Neurocognitive disorders) علاوه بر دلیریوم، دو اختلال دمانس و اختلال Amnestic در هم ادغام گردیده است و به جای آن دو عنوان زیر آمده است: اختلال شناختی خفیف (Mild neurocognitive disorder) و اختلال شناختی عمده (Major neurocognitive disorder). معیارهای دلیریوم تغییری نکرده است. همچنین انواع علل دمانس به عنوان زیرمجموعه اختلالات MND آمده است (۳).

اختلالات اضطرابی: در این مجموعه OCD و PTSD حذف شده است. این دو اختلال به عنوان یک گروه مستقل آورده شده است. به جای فوبیای اجتماعی، اختلال اضطراب اجتماعی آمده است در ضمن اختلال اضطراب جدایی از مجموعه اختلالات کودکان به زیرمجموعه اختلالات اضطرابی اضافه شده است.

در همین ارتباط معیار «مدت» در اختلال اضطراب جدایی SAD (Separation anxiety disorder) تغییر کرده است و معیار «سن» شروع حذف گردیده است و علایم جسمی GAD (Generalized anxiety disorder) از ۶ علامت به

پایین از حد مورد انتظار متناسب با سن می باشد. تفاوت های محلی، اجتماعی و فرهنگی - نژادی زبان اختلال زبان تلقی نمی گردد. ج- اختلالات زبان به عنوان یک اختلال اصلی است و می تواند همراه با سایر اختلالات نظیر اختلالات طیف اوتیسم، اختلال یادگیری یا گنگی انتخابی (Selective mutism) باشد. د- اشکال در زبان منجر به محدودیت های عملکردی در ارتباطات مؤثر، مشارکت اجتماعی - موفقیت تحصیلی و عملکرد شغلی می گردد. همچنین گنگی انتخابی در DSM-5 به عنوان زیرمجموعه اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی) قرار می گیرد (۱۰).

اختلال تکلم (Speech disorder): عبارت است از اختلال پایدار در تولید کلام. اختلال تکلم به عنوان یک اختلال اولیه است و می تواند همراه با سایر اختلالات نظیر اختلال زبان یا اختلال رشد و اختلال طیف اوتیسم باشد. علایم در کودکی وجود دارد، این اختلال منجر به محدودیت عملکردی در ارتباطات مؤثر، مشارکت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی یا عملکرد شغلی می گردد (۷). اختلالات علامت جسمی (SSD یا Somatic Symptom disorder) جانشین اختلالات سوماتوفورم و اختلال ساختگی گردیده است (۱۱). در این گروه Predominant pain به عنوان یک زیرگروه، جانشین اختلال درد می گردد. سایر زیرمجموعه اختلالات علایم جسمی عبارت از اختلال علامت جسمی، اختلال علامت نورولوژیک عملکردی (Functional neurological symptom disorder) و جانشین اختلال تبدیلی و اختلال ساختگی (Factitious disorder) می باشد (۱۲-۱۱).

اختلال وابسته به سوگ پیچیده و پایدار (Persistent complex bereavement-related disorder)

به عنوان یک اختلال جدید و تفکیک شده از اختلالات خلقی در بخش III در DSM-5 آمده است و معیارهای مشخصی را برای آن مطرح کرده اند. از جمله مواردی که همیشه مورد بحث بوده است، تفکیک واکنش ماتم و سوگ از اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به استرس است. در DSM-5 سعی گردیده است تا مرزهای

Levels of personality functioning scale) سنجیده می‌شود. در حقیقت PDTS جانشین اختلال شخصیت NOS گردیده است. روش استاندارد برای ارزیابی پاتولوژی شخصیت با استفاده از مدل DSM-5 با ۸ آیتم ارایه شده است. روش ارزیابی و تشخیص‌گذاری برای مجموعه اختلالات شخصیت به کلی متحول شده است، بر این اساس نمایه‌های اساسی یک اختلال شخصیت عبارت از اختلال (Impairment) در عملکرد شخصیت (خود و بین‌فردی) و وجود ویژگی‌های پاتولوژیک شخصیت (Traits) می‌باشند (۱۵). منظور از اختلال در سطح عملکرد شخصیت (Levels of personality functioning)، اختلال در حیطه خود (Self) و حیطه بین‌فردی است. دو ویژگی Self شامل Identity و Self-Direction است و عملکرد بین‌فردی شامل Empathy و Intimacy می‌باشد.

بر اساس این آیتم‌ها سطح عملکرد شخصیت بین صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود (۱۶). منظور از ویژگی‌های شخصیت (Personality trait) شامل پنج جنبه زیر می‌باشد: ۱- خلیات منفی (Negative affectivity) که منظور تجربه مکرر و شدید هیجانات منفی مانند بی‌ثباتی هیجانی، نگرانی، احساس ناامنی، خصومت، افسردگی، سوءظن، عواطف محدود است. ۲- احساس جدایی (Detachment) یعنی جدایی و انزوا از سایر مردم و از برخوردهای اجتماعی نظیر اجتناب از صمیمیت است. ۳- آنتاگونیسم (Antagonism) به معنی رفتارهایی که فرد را در مغایرت و مقابل با سایر مردم قرار می‌دهد، مانند دست انداختن دیگران، توجه‌طلبی، خصومت، فریب‌کاری، بی‌رحمی می‌باشد. ۴- مهارگسیختگی (Disinhibition) به معنی رفتارها یا ایمپالس بدون در نظر گرفتن عواقب آن مانند مسؤولیت‌ناپذیری، خطرپذیری است. ۵- روان‌نژندی (Psychoticism) شامل تجربیات غیر معمول و عجیب و غریب (Bizarre) نظیر عقاید غیر معمولی، بی‌نظمی درکی و شناختی، رفتارهای بی‌قاعده (۱۷) (نمودار ۱).

۲ علامت تقلیل یافته است. همچنین معیار مدت در اختلالات اگورافوبیا و فوبی‌های خاص و اختلال اضطراب اجتماعی تغییر یافته است (۹، ۸، ۳).

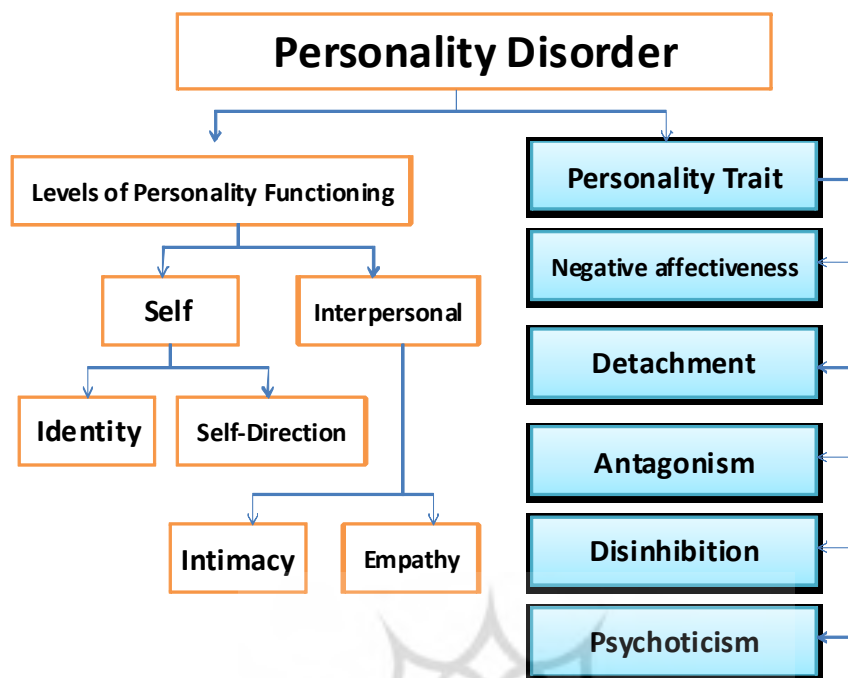
یکی از نوآوری‌های طبقه‌بندی جدید DSM-5 در نظر گرفتن عوامل فرهنگی در شکل‌گیری و تشخیص اختلالات است. در این رابطه پرسش‌نامه‌ای تحت عنوان Cultural formulation interview-CF برای DSM-5 تدوین شده است که پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی است و در فرایند ارزیابی بهداشت روان، به تأثیر فرهنگ بیمار روی جنبه‌های کلیدی مراقبت می‌پردازد. CFS بر چهار زمینه اصلی تأکید دارد: الف- تعریف فرهنگی از مشکل، ب- ادراک فرهنگی از علت، محتوا و حمایت، ج- عوامل فرهنگی مؤثر بر Self-coping و جستجوی کمک در گذشته، د- جستجوی کمک مالی (۷، ۳).

سندرم سایکوز خفیف: یکی از مشکلات تشخیصی

در سایکوزها، مواردی است که وجود تک علامتی از هذیان یا توهم است، ولی تنوع علائم و شدت آن‌ها در حد هیچ کدام از تشخیص‌های رایج در DSM نمی‌باشد. در این راستا DSM-5 سندرم سایکوز (Attenuated psychosis syndrome) را ارایه نموده است و در قسمت III از DSM-5 قرار گرفته است. منظور از این سندرم شرایطی است که بیمار یک علامت سایکوتیک را حداقل هفته‌ای یک‌بار دارد، ولی به شدتی نیست که نیاز به توجه بالینی داشته باشد (۱۴).

اختلالات شخصیت: مجموعه اختلالات شخصیت

بازنگری اساسی شده است. معیارهای تشخیصی بر اساس معیارهای مبتنی بر اختلالات تی پیک عملکرد شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک (Traits) بازنگری شده است (۱۵). ۶ نوع اختلال شخصیت اختصاصی عبارت از اسکیزوئید، وسواس جبری، نارسی سیستمیک، مرزی، اجتنابی و ضد اجتماعی است. از موارد جدید در طیف اختلالات شخصیت، ویژگی اختلال شخصیت (PDTS) یا Personality disorder (trait specified) است و توسط معیار سطح عملکرد شخصیت



نمودار ۱. نمودار تشخیص اختلالات شخصیت در DSM5

است تا همه اختلالات خلقی را در یک طیف ببینیم. ولی بین اختلالات خلقی، اختلالات اضطراب، اختلالات سایکوتیک و ... مرزها واضح تر است. از تغییرات عمده و اساسی در نگرش به طبقه‌بندی و تشخیص‌گذاری در DSM-5 می‌توان به لحاظ کردن عوامل فرهنگی و اتیولوژیک اشاره کرد، تدوین پرسش‌نامه‌های خاصی فرهنگی در DSM-5 گویای این مطلب است (۷-۳).

شاید بتوان ادعا نمود که اساسی‌ترین تغییر در نگرش نسبت به تشخیص‌گذاری در نحوه تشخیص‌گذاری اختلالات شخصیت مشاهده می‌گردد. در این مجموعه، به جای این که از کنار هم گذاشتن چند علامت یا ویژگی به یک تشخیص برسد، یک مبنای جامع و کلی برای تمام اختلالات شخصیت ارائه داده است و بر این اساس دو حیطة «سطح عملکرد شخصیت (LPFS)» (فردی و بین‌فردی) و «ویژگی‌های شخصیت-Personality traits» (در پنج زیرمجموعه: عواطف منفی، احساس جدایی، آنتاگونیسم، مهارگسیختگی، روان‌نژندی) را ملاک طبقه‌بندی اختلالات شخصیت قرار داده است (۱۷-۱۵).

بحث و نتیجه‌گیری

طی ده سال گذشته تحقیقات گسترده و عمیق توسط گروه‌های متخصص مختلف در زمینه ایرادات و همچنین اصلاحات مورد نیاز در طبقه‌بندی‌های فعلی (DSM) صورت گرفته است و کارهای کارشناسی دقیق در این زمینه انجام گرفته است (۱۸).

بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان این گونه استنباط نمود که DSM-5 با تغییرات و تحولات اساسی نسبت به چاپ‌های قبلی به دنیای روان‌پزشکی ارایه می‌گردد. اساسی‌ترین این تغییرات، تغییر در نگرش نسبت به تشخیص‌گذاری بیماری‌های روان‌پزشکی است. از جمله این تغییرات اساسی (نگرشی) می‌توان به تمایل به طبقه‌بندی ابعادی (Dimensional) به جای Categorical اشاره نمود. در این نگرش جدید بیماری‌ها بر اساس کنار هم گذاشتن چند علامت و نداشتن بعضی علائم تقسیم‌بندی نمی‌گردند. به عبارتی نمی‌توان به طور مثال بین انواع اختلالات خلقی مرزهای کامل صریح و روشن و قطعی تعیین نمود، بلکه بهتر

از جمله اصلاحات صورت گرفته دیگر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

با توجه به اهمیت پایایی سندرم سایکوز خفیف (APS) یا افسردگی-اضطراب، این دو وضعیت در DSM-5 فصل III گنجانده شده است. تفاوت بین معیارهای اختلال افسردگی ماژور و سوگواری شفاف‌تر گردیده است (۱۹). معیارهای تشخیصی اختلال Pedophilic اصلاح گردیده است. محدوده این اختلال بیشتر بر اساس نشانه‌های رشد بیولوژیک است (۶). اختلالات ارتباطی شامل دو تشخیص می‌گردد: اختلالات زبان (Language D.) و اختلال گفتاری (Speech D.) (۱۰). به جای اختلال ساده علایم جسمی و اختلال پیچیده علایم جسمی به طور مشترک تحت عنوان اختلال علامت جسمی (Somatic symptom d.) جانشین گردیده است (۱۲). اختلال آسیب به خود غیر خودکشی (Non-suicidal self injury) و اختلال پیچیده ماتم پایدار (Persistent complex bereavement d.) به عنوان موارد جدید به لیست اختلالات اضافه گردیده است. همچنین برای تحریک‌پذیری‌های شدید در نوجوانان که معیارهای اختلال خلقی (مانیا) را در بر نمی‌گیرد، تشخیص: Severe non-episodic irritability in youth ارائه

گردیده است (۲۰).

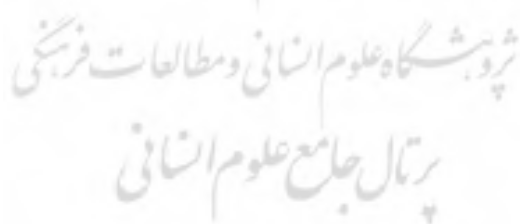
با توجه به ماهیت کامل متفاوت و تصویر بالینی خاص اختلالات وسواس و اختلال استرس پس از سانحه، تغییرات عمده‌ای در معیارهای تشخیص اختلالات شناختی و اختلالات اضطرابی اعمال گردیده است. اختلال OCD و PTSD از زیرمجموعه اختلالات اضطرابی جدا گردید و هر کدام یک گروه مجزایی از اختلالات را شامل می‌گردد (۲۱، ۹، ۸).

در حال حاضر با توجه به پیش‌نویس فعلی و جمع‌آوری نظرات اصلاحی از سراسر دنیا، توسط سه گروه DSM-5 مورد بازنگری، تحلیل و جمع‌بندی قرار می‌گیرد. این سه گروه شامل یکی کمیته مرور سیستماتیک که به اعتباریابی علمی می‌پردازند، دوم فرایند مرور گسترده که توسط صدها نفر مرورگر خبره انجام می‌شود و سوم کمیته جمع‌بندی و تدوین نهایی (Assembly DSM-5 committee). در نهایت تمام این موارد توسط DSM-5 Task force منسجم گردیده است و به هیأت برد انجمن روان‌پزشکی آمریکا ویژه تدوین (APA's board of trustees) ارایه می‌گردد و این هیأت تدوین رسمی و نهایی DSM-5 را در تاریخ ۲۲-۱۸ ماه می سال ۲۰۱۳، تأیید خواهد کرد (۳).

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1108-38.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 284.
3. Kupfer BJ, Regier DA. American psychiatric association: DSM-5 development. [Online]. 2009 [cited: 3 Sep 2012]; Available from: URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
4. Tucker GJ. Putting DSM-IV in perspective. Am J Psychiatry 1998; 155(2): 159-61.
5. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depress Anxiety 2011; 28(2): 103-17.
6. Balon R, Segraves RT, Clayton A. Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions. Am J Psychiatry 2007; 164(2): 198-200.
7. Kraemer HC, Kupfer DJ, Narrow WE, Clarke DE, Regier DA. Moving toward DSM-5: the field trials. Am J Psychiatry 2010; 167(10): 1158-60.
8. Mataix-Cols D, Pertusa A, Leckman JF. Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified? Am J Psychiatry 2007; 164(9): 1313-4.

9. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28(9): 750-69.
10. McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51(4): 368-83.
11. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005; 162(5): 847-55.
12. Stone J, LaFrance WC, Jr., Levenson JL, Sharpe M. Issues for DSM-5: Conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167(6): 626-7.
13. Parker G, Fink M, Shorter E, Taylor MA, Akiskal H, Berrios G, et al. Issues for DSM-5: whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167(7): 745-7.
14. Woods SW, Walsh BC, Saksa JR, McGlashan TH. The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophr Res* 2010; 123(2-3): 199-207.
15. Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, et al. Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord* 2011; 25(3): 305-20.
16. Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, Watson D, Markon KE, Derringer J, et al. Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *J Pers Disord* 2011; 25(2): 170-91.
17. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, et al. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2010; 167(9): 1026-8.
18. Rapley M. W(h)ither DSM? *Maturitas* 2012; 73(2): 81-2.
19. Boyce N. The first flight of DSM-5. *Lancet* 2011; 377(9780): 1816-7.
20. Shirazi E. DSM-V and diagnostic debates on severe non-episodic irritability in youth. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(3Suppl). [In Persian].
21. Carrion VG, Kletter H. Posttraumatic stress disorder: shifting toward a developmental framework. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012; 21(3): 573-91.



Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth editionAbbas Attari¹, Mahin Aminoroaia MSc²

Review Article

Abstract

In 1952, the American Psychiatric Association's Committee on Nomenclature and Statistics published the first edition of diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I). Five editions have been published since then: DSM-II (1968), DSM-III (1980), a revised DSM-III, DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), and DSM-IV-TR (TR stands for Text Revision) (2000). The purpose of this article was to present a brief review about changes in DSM (from DSM-IV-TR to DSM-5). Publication of the fifth edition of diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) in May 2013 will be marked as one of the most anticipated events in the mental health field. As part of the development process, based on concerns about the reliability of the proposed attenuated psychosis syndrome and mixed anxiety depressive disorder in the field trials, these two conditions are being recommended for further study in section III. A footnote was also added to the major depressive disorder criteria to clarify the difference between normal bereavement associated with a significant loss and a diagnosis of a mental disorder. Among the other significant changes in this study was personality disorders diagnostic criteria for pedophilic disorder which was modified. Communication disorders now include two diagnoses: Language disorders and speech disorders. Simple somatic symptom disorder was a milder form of complex somatic symptom disorder; the two have now been combined as a single disorder namely somatic symptom disorder. Non-suicidal self-injury disorder and persistent complex bereavement disorder. In the fifth edition of diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) that has been published in May 2013, there are several significant changes in diagnostic criteria, some classifications, subscales, and proposed new terms.

Keywords: DSM-5, Classification, Psychiatry disorders

Citation: Attari A, Aminoroaia M. DSM-V. J Res Behav Sci 2013; 11(2): 147-55

Received: 28.01.2013

Accepted: 04.05.2013

1- Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: aminoroaia@nm.mui.ac.ir