

پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: تحول، نقد، چشم‌انداز

فریبا زرانی^۱، صلاح‌الدین اسمعیلی^۲، نیره قشنگ^۳، سوده آقامحمدی^۴، محمود خزائی^۵

مقاله مروری

چکیده

کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders)، زبان استاندارد را فراهم می‌کند که پزشکان، محققان و متصدیان بهداشت عمومی از آن برای برقراری ارتباط در مورد اختلالات روانی استفاده نمایند. این راهنما اولین بار در سال ۱۹۶۸ اصلاح گردید و آخرین ویرایش آن (نسخه پنجم) (DSM-5) در سال ۲۰۱۳ ارائه شد. از مهم‌ترین تغییرات صورت گرفته در DSM-5 می‌توان به تغییر در رسم‌الخط، بازنگری تعریف اختلال روانی، نظم بازنگری شده رده‌بندی‌ها، ملاحظات مربوط به دوره زندگی و مسایل رشد و نمو، گروه‌بندی اختلالات با تمرکز بیشتر بر علوم اعصاب و تأکید کمتر بر بروز علائم، افتراق بین تشخیص اصلی و دلیل مراجعه، مشخص ساختن قطعیت یا موقتی بودن تشخیص، طبقات جدید سایر اختلالات معین (Other specified disorder) و سایر اختلالات نامعین (Unspecified disorder) و جایگزین نامعین (Not otherwise specified یا NOS)، حرکت به سوی ارزیابی ابعادی، افول نظام تشخیص محوری، تأکید بر مسایل فرهنگی و جنسیتی و بازنگری معیارهای تشخیصی اشاره نمود. هدف از انجام مطالعه حاضر، نگاهی یکپارچه، نقادانه و کاربردی به تغییر و تحولات انجام شده بود. بیشترین میزان انتقادات، در رابطه با طبی‌نگری افراطی مسایل بهنجار در نسخه جدید DSM می‌باشد. مناقشات اصلی به نحوه تعریف بعضی از اختلالات، مسأله تورم تشخیصی و تأثیر نابجای شرکت‌های دارویی مربوط می‌گردد. در بخش پایانی تحقیق به چشم‌انداز آینده طبقه‌بندی اختلالات روانی اشاره گردید. به نظر می‌رسد که در آینده پروژه، معیارهای ابعادی تحقیق (Research domain criteria)، نقش زیادی در طبقه‌بندی اختلالات روانی ایفا خواهد کرد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات روانی، طبقه‌بندی تشخیصی، ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)

ارجاع: زرانی فریبا، اسمعیلی صلاح‌الدین، قشنگ نیره، آقامحمدی سوده، خزائی محمود. پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: تحول، نقد، چشم‌انداز. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۱): ۱۳۶-۱۲۵.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۱۲

مقدمه

تشکیل کنفرانس طراحی پژوهش در مورد DSM-5، اولویت‌های پژوهشی مربوط به این زمینه را بررسی نمودند. در این کنفرانس، حیطه‌های مختلف در قالب ۶ گروه شامل اصطلاحات تشخیصی، ژنتیکی و علوم اعصاب، موضوعات تحولی و تشخیص، شخصیت، اختلالات روانی و ناتوانی، و موضوعات بین فرهنگی مورد بررسی قرار گرفت (۱، ۲). در سال ۲۰۰۰، سه گروه دیگر در رابطه با موضوعات جنسیت، تشخیص در دوره سالمندی و اختلالات روانی در نوزادان و کودکان خردسال به کارگروه‌های مذکور افزوده شد. در سال ۲۰۰۷، APA کمیته‌ای متشکل از ۲۷ عضو را برای نظارت بر شکل‌گیری DSM-5 تشکیل داد. در این کمیته، دانشمندان متخصص در حوزه‌های گوناگونی مانند تحقیقات روان‌پزشکی، فعالیت بالینی، زیست‌شناسی، ژنتیک، آمار، شیوع‌شناسی و بهداشت عمومی حضور داشتند. در نهایت، با محوریت اصولی مانند حصول سودمندی بالینی برای بالینگران و بیماران، ارابه پیشنهادهایی مبتنی بر شواهد پژوهشی، حفظ پیوستگی و استمرار DSM-5 با ویرایش‌های قبلی و عدم تکرار محدودیت‌های DSM-IV در DSM-5، پنجمین نسخه این راهنما در سال ۲۰۱۳ منتشر شد (۱، ۲).

با وجود تلاش‌های صورت گرفته در جهت رفع محدودیت‌های نسخه قبلی

اولین نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders-1st Edition یا DSM-I) با هدف خلق زبان مشترکی برای ارتباط میان روان‌شناسان، روان‌پزشکان و سایر متخصصان حوزه سلامت و بهداشت روان منتشر شد. این راهنما پس از آن به صورت دوره‌ای مورد تجدید نظر قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که رویکرد کلی در تغییرات دوره‌ای DSM، رفع محدودیت‌هایی است که نسخه‌های قبلی داشته‌اند (۱).

پیشرفت‌های وسیع علمی در دو دهه گذشته، اطلاعات ارزشمندی را برای محققان درباره شیوع اختلالات روانی، چگونگی فعالیت مغز و تأثیرات ژن و محیط بر رفتار و سلامت افراد فراهم کرد. همچنین، این پیشرفت‌ها بر نحوه مواجهه بالینگران با اختلالات روانی تأثیر بسیار زیادی گذاشته است. در چنین بافتی، تدوین نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) از سال ۱۹۹۹ آغاز شد. در این سال، انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association یا APA) و مؤسسه ملی سلامت روان آمریکا (National Institute of Mental Health یا NIMH)، با

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: salah.esmaeili@gmail.co

نویسنده مسؤول: صلاح‌الدین اسمعیلی

برای پاسخ‌دهی سریع در آینده، استفاده از اعداد عربی به جای اعداد رومی می‌باشد. بنابراین، بهتر است به جای DSM-V از DSM-5 استفاده شود. از آنجا که فن‌آوری، امکان انتشار فوری اطلاعات را در سراسر جهان امکان‌پذیر ساخته است، اعداد رومی بیش از حد دست و پاگیر قلمداد می‌شدند؛ به ویژه با در نظر گرفتن این نکته که بازنگری متن در آینده، محتمل به نظر می‌رسد. عبارت «TR» (برای مثال در DSM-IV-TR) را فقط یک نوبت می‌توان به کار برد، اما در این حالت تغییرات بعدی را می‌توان با DSM-5-1 یا DSM-5-2 و... نشان داد (۱).

و استفاده از DSM-5 به عنوان نوعی «سند زنده» (به این دلیل که به طور مستمر و متناسب و هم‌زمان با پیشرفت‌های علمی متحول می‌شود)، نمی‌توان آن را مصون از اشتباه در نظر گرفت (۳). در این مطالعه، نقدهای وارد شده به DSM-5 به عنوان بخش مهم و ضروری مورد توجه قرار گرفت تا متخصصان و به ویژه دانشجویان همواره نگاه نقادانه‌ای را در به کارگیری DSM-5 مد نظر داشته باشند (۳، ۱). تحقیق حاضر به ارائه تصویری منسجم و انتقادی از تغییرات ایجاد شده در DSM-5 پرداخت.

تاریخچه مختصری درباره DSM

DSM-I نخستین راهنمای رسمی اختلالات روانی بود که اختلالات را واکنش شخصیت به عوامل روانی، اجتماعی و زیستی قلمداد کرد و بر کاربرد بالینی تأکید داشت. اولین اصلاح آن در سال ۱۹۶۸ در نسخه DSM-II صورت گرفت، اما این نسخه هنوز به طور کامل شبیه DSM-I بود (۲). در ویرایش دوم، توصیف نشانه‌های بیماری کامل نبود و بیشتر بیماری‌ها را واکنشی به تعارض‌های درونی یا استفاده از مکانیسم‌های ناسازگارانه انطباقی برای مشکلات زندگی تلقی می‌نمود. در نسخه دوم، بیماری‌ها در دو گروه بزرگ نورو و سایکوز قرار می‌گرفتند. DSM-III تعدادی از ابداعات مهم روش‌شناسی شامل معیارهای تشخیصی صریح، سیستم چند محوری و رویکرد توصیفی را معرفی کرد. در DSM-III-R اسامی طبقه‌بندی‌ها تغییر یافت، تغییرات مهمی در معیارها ایجاد شد و بعضی از مقوله‌ها حذف گردید؛ در حالی که بعضی دیگر اضافه شدند. انتشار DSM-IV نقطه اوج ۶ سال تلاش بیش از ۱۰۰۰ نفر و تعداد زیادی از سازمان‌های حرفه‌ای بود. از جمله تغییرات مهم این ویرایش نسبت به ویرایش‌های قبلی، گنجاندن معیار «علایم، موجب پریشانی یا اختلال بالینی قابل توجهی در مسایل اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های عملکردی فرد شود» است. در نسخه تجدیدنظر آن یعنی DSM-IV-TR (DSM-IV-Text Revision) اکثریت معیارهای خاص تشخیص بیماری‌ها تغییر نکرد (۲).

جدول ۱. ویرایش‌های مختلف DSM (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders)

از سال ۱۹۵۲ تا ۲۰۱۳

ویراست	سال انتشار	تعداد اختلالات	تعداد صفحات
DSM-I	۱۹۵۲	۱۰۶	۱۳۲
DSM-II	۱۹۶۸	۱۸۲	۱۱۹
DSM-III	۱۹۸۰	۲۶۵	۴۹۴
DSM-III-R	۱۹۸۷	۲۹۲	۵۶۷
DSM-IV	۱۹۹۴	۲۹۷	۸۸۶
DSM-IV-TR	۲۰۰۰	۲۹۷	۹۴۳
DSM-5	۲۰۱۳	۱۵۷	۹۴۷

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, TR: Text revision

بازنگری تعریف اختلال روانی

DSM-5 تعریف جدیدی را از اختلال روانی ارائه می‌دهد. تعریف جدید مفاهیم پریشانی / ناتوانی، رفتار فرهنگی و کژکاری فرد را بر مبنای DSM-IV حفظ می‌کند، اما مفاهیمی مربوط به تنظیم هیجان و فرایندهای تحولی را به آن می‌افزاید (۵). هر یک از اختلالات تشخیصی باید با تعریف DSM-5 با اختلال روانی مطابقت داشته باشد.

اختلال روانی سندرمی است که از جمله مشخصه‌های آن می‌توان به عدم تعادل بارز بالینی در شناخت، تنظیم هیجانی یا رفتار فرد اشاره کرد که خود بازتابی از کژکاری فرایندهای زیستی، روانی یا رشدی زمینه‌ساز عملکرد روانی می‌باشد. اختلالات روانی اغلب با ناراحتی قابل ملاحظه یا کم‌توانی در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و یا سایر فعالیت‌های مهم زندگی فرد همراه است. یک واکنش مورد انتظار یا مبتنی بر فرهنگ یا یک استرس یا فقدان عادی مانند مرگ عزیزان، اختلال روانی محسوب نمی‌شود. رفتارهای غیر متعارف اجتماعی (به طور مثال رفتارهای سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارضات بین فرد و اجتماع نیز اختلال روانی نیستند؛ مگر این که این انحراف یا تعارض ناشی از یک کژکاری در فرد باشد (۳).

DSM-5 به صراحت بیان می‌کند که اول، این تعریف برای تأمین مقاصد بالینی، سلامت عمومی و پژوهشی ارائه شده است و دوم این که گنجاندن تعدادی طبقات تشخیصی مانند اختلال قماربازی و اختلال بچه‌بازی، بیانگر آن نیست که چنین بیماری‌هایی با تعاریف حقوقی یا سایر تعاریف غیر پزشکی بیماری روانی، اختلال روانی و یا کم‌توانی روانی مطابقت دارند (۱). با گنجاندن «تنظیم هیجانی» در تعریف بازنگری شده، DSM-5 تصریح می‌کند که

نیاز به نسخه جدیدتر DSM

نقاط ضعف سیستم‌های قبلی، دلیل مهمی برای توسعه بیشتر DSM بود. نکات کلیدی انتقادهای وارد شده به نسخه‌های قبلی (۵، ۴) مربوط به طبقه‌بندی دسته‌ای اختلالات و میزان بالای شیوع و همبودی بود. همچنین، این تغییر تا حد زیادی به علت پیشرفت علوم اعصاب و نیاز به سلامت بالینی و عمومی صورت گرفت (۶). DSM-5 با هدف پرداختن به محدودیت‌های DSM-IV ایجاد شد. در این نسخه، اولویت با ارائه بهترین مراقبت ممکن از بیماران و کاربردی‌تر شدن برای پزشکان و محققان بود (۷).

در این مطالعه، مجموعه تغییرات صورت گرفته در نسخه اخیر DSM به تفصیل مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱).

تغییر در رسم/الخط: DSM-5 جایگزین DSM-V

یکی از اهداف هیأت اجرایی DSM-5، تدوین آن به عنوان یک سند «زنده» بود؛ بدین معنی که تغییرات بعدی را بتوان به سرعت و در پاسخ به پیشرفت‌های علمی ایجاد کرد. اعضای هیأت اجرایی چنین نتیجه‌گیری کردند که بهترین راه

می‌شوند و برخی از اختلالات قبلی DSM-IV که ابتدا در نوزادی، کودکی و یا نوجوانی تشخیص داده شده، اکنون در سراسر DSM-5 توزیع شده‌اند. در فصل مربوط به اختلال وسواسی-جبری (Obsessive-compulsive disorder یا OCD) و اختلالات مرتبط، اختلال بدشکلی بدنی (که پیش‌تر در بخش اختلالات شبه جسمی DSM-IV طبقه‌بندی می‌شد) و اختلال موکتی (Tricotilomania) قرار دارد که قبل از آن به فصلی از DSM-IV تعلق داشت که «اختلالات کنترل تکانه که در جای دیگری طبقه‌بندی نشده است»، نام داشت. اختلال موکتی و آسیب‌های دیگر تکرار شونده متمرکز بر بدن (به عنوان مثال اختلال پوست کردن) از نظر بروز علایم، هم‌ابتلائی و الگوهای خانوادگی، شباهت نزدیکی را به OCD و اختلالات مرتبط نشان دادند تا به اختلالات کناری خود در DSM-IV همچون قمار بیمارگونه، اختلال انفجاری متناوب، جنون سرعت، یا جنون آتش‌افروزی (۱۴).

اختلالات اضطرابی DSM-IV نیز مانند اختلالات کودکان، در نسخه جدید به چند فصل جداگانه تقسیم می‌شود که از آن جمله می‌توان به اختلالات اضطرابی ترس‌مدار (مانند فوبیا)، اختلالات اضطرابی مربوط به افکار و اعمال (مانند OCD)، اختلالات ناشی از تکانه یا استرس شدید (مانند اختلال استرس پس از ضربه (Posttraumatic stress disorder یا PTSD)) و اختلالات مربوط به افتراق (مانند فراموشی تجزیه‌ای) اشاره کرد (۱۵).

افتراق بین تشخیص اصلی و دلیل مراجعه

در DSM-5 تشخیص اصلی از دلیل مراجعه افتراق داده شده است. تشخیص اصلی، به اختلالی اشاره دارد که دلیل عمده اقامت بیمار در بیمارستان می‌باشد؛ در حالی که دلیل مراجعه، نوع بیماری است که سبب مراجعه سرپایی بیمار شده است. هنگامی که بیش از یک تشخیص مطرح شده باشد، تشخیص اصلی یا دلیل مراجعه، با ذکر آن به عنوان نخستین مورد در فهرست مشخص می‌گردد و اختلالات باقی‌مانده نیز به ترتیب قرار گرفتن در کانون توجه یا درمان، در فهرست ذکر می‌شوند. گاهی نیز جدا کردن تشخیص اصلی بیمار از دلیل مراجعه دشوار است؛ به ویژه هنگامی که به نظر برسد بیماری‌های متعددی (مانند اسکیزوفرنی و اختلال مصرف الکل هر دو) سبب بستری شدن بیمار یا مراجعه سرپایی وی شده است (۱).

مشخص ساختن قطعی یا موقتی بودن تشخیص

اگر بالینگر اطلاعات کافی برای مطرح کردن یک تشخیص قطعی نداشته باشد، می‌تواند این عدم قطعیت خود را با ثبت عبارت «موقتی» پس از تشخیص مربوط به آن بیان کند. به عنوان مثال، تظاهر بالینی ممکن است از تشخیص اسکیزوفرنی حمایت کند، اما بیمار نتواند شرح‌حال کافی را برای تصدیق این تشخیص ارائه دهد. در این صورت، بالینگر با ثبت عبارت «موقتی» به دنبال تشخیص مربوط، سطح قابل ملاحظه‌ای از عدم قطعیت تشخیص را ذکر می‌نماید (۱).

طبقات جدید «سایر اختلالات معین» و «سایر اختلالات نامعین»

جایگزین «به گونه‌ای دیگر مشخص نشده» (Not otherwise specified یا NOS)

برای این که تشخیص‌ها هرچه بیشتر اختصاصی باشند، DSM-5 برای کارهای بالینی، گزینه NOS ویرایش قبلی را با دو گزینه جدید سایر اختلالات معین و اختلالات نامعین جایگزین نموده است. گروه سایر اختلالات معین از این جهت

سلامت روان بیشتر از این که از کاهش هیجان‌ات اصلی ناشی شود، به لحاظ انطباقی، مدیریت طیفی از هیجان‌ات «مثبت» و «منفی» به شمار می‌رود. این موضوع زمینه‌ساز رشد سریع درک پژوهشگران از نقش‌هایی است که به وسیله سیستم‌های عاطفی و هیجانی انسان ایفا می‌گردد (۸، ۹). علاوه بر این، شمول «فرایندهای تحولی» به عنوان یک حوزه بالقوه از بدکارکردی در DSM-5، بر یک رویکرد تحولی در گستره زندگی برای طبقه‌بندی تأکید می‌نماید (۱۰).

بازنگری در نظم طبقه‌بندی‌ها: ملاحظات مربوط به دوره زندگی و

مسایل رشد و نموی

الگوی قرارگیری فصل‌ها در DSM-5، بیانگر پیشرفت علمی در عرصه درک اختلالات روان‌پزشکی و نیز درک روابط احتمالی سبب‌شناختی و فیزیوپاتولوژیک میان آن‌ها است (۱۱). هدف از ایجاد این تغییرات، ساده‌تر کردن رویکرد تشخیصی و درمانی جامع‌تر می‌باشد. تدوین کنندگان این نسخه جدید، به جای مرتب کردن طبقات تشخیصی به همان ترتیبی که در DSM-IV ارایه شده بودند، آن‌ها را به ترتیب روند تکاملی در طول دوره زندگی مرتب نمودند. DSM-5 با اختلالات رشدی عصبی (که اغلب در دوران شیرخوارگی و اوایل دوران کودکی تشخیص داده می‌شوند) آغاز شد و به دنبال آن، تشخیص‌هایی که در نوجوانی و جوانی شایع هستند (مانند اختلالات دوقطبی، افسردگی و اضطراب)، آورده شده است و با اختلالاتی که در بزرگسالی و اواخر عمر بروز می‌کند (مانند اختلالات عصبی شناختی)، خاتمه می‌یابد. در هر طبقه تشخیصی نیز، هر یک از اختلالات اختصاصی به گونه‌ای مرتب شدند که اختلالاتی که اغلب در دوران کودکی تشخیص داده می‌شوند، در ابتدای فهرست جای گیرند (۱).

گروه بندی اختلالات با تمرکز بیشتر بر علوم اعصاب و تأکید کمتر

بر بروز علایم

بسیاری از تحقیقات انجام شده در زمینه ژنتیک و روان‌پزشکی در بیست سال گذشته، به نقش تداخلی ژنتیک بین اختلالات روانی و خلق و خو اشاره می‌کنند (۱۲). در طبقه‌بندی DSM-5، فصل مربوط به اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی پس از اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط آمده است (که اکنون از اختلالات خلقی دوقطبی جدا شده‌اند) و پس از آن، فصل مربوط به اختلالات افسردگی قرار دارد. این یافته با نتایج اخیر به دست آمده از بزرگ‌ترین مطالعه ژنوم روی اختلالات روانی که چندریختی (Polymorphism) مشترک بین اختلالات عصبی منتخب [اختلال طیف اوتیسم، اختلال طیف اوتیسم و اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (Attention deficit hyperactivity disorder یا ADHD)]، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی را شناسایی کرد (۱۳)، مطابقت دارد. مثال دیگر، قرار دادن اختلالات تجزیه‌ای در حد فاصل بین دسته اختلالات ضربه‌های روانی و فشارزاهای مرتبط و دسته علایم جسمی و اختلالات مرتبط است. بسیاری از پژوهشگران بر این باور هستند که اختلالات تجزیه‌ای به شدت تحت تأثیر سوانح می‌باشند. از دیرباز نیز پژوهشگران معتقد بوده‌اند که این اختلالات با اختلالات جسمانی سازی همپوشانی دارد. برای مثال، آنان اعتقاد داشتند که اختلال تبدیلی بیانگر حالتی از تجزیه است (۱۴).

الگوی مشابه یعنی گروه‌بندی با تمرکز بیشتر بر علوم اعصاب و تأکید کمتر بر بروز علایم در طبقات تشخیصی نیز به چشم می‌خورد. اختلالات طیف اوتیسم و ADHD، اکنون به صورت اختلالات عصبی و با هم گروه‌بندی

DSM-5 همه این حوزه‌ها را تحت عنوان یک سرفصل توصیف می‌کند، اما تعیین کننده‌هایی ارائه شده‌اند تا تغییرات طیف اوتیسم را بررسی نمایند که از آن جمله می‌توان به تعیین کننده‌های وجود و یا عدم وجود اختلال فکری، اختلال ساختاری زبان، شرایط پزشکی هم‌زمان یا از دست دادن مهارت‌های اصلی اشاره کرد. بنابراین، کودکی که پیش از این طبق DSM-IV مبتلا به اختلال اسپرگر تشخیص داده می‌شد، طبق DSM-5 مبتلا به طیف اختلال اوتیسم با تعیین کننده‌های «بدون اختلال فکری و بدون اختلال ساختاری زبان» تشخیص داده می‌شود (۱۸).

در نهایت، ارزیابی ابعادی در DSM-5 برای مطالعه بیشتر و تجربه بالینی پیشنهاد می‌شود. چنین ارزیابی‌هایی بعدتر که برای همه اختلالات و از طریق به کار بردن ارزیابی‌های کمی سراسری اعمال نمود. این ارزیابی‌ها، پزشکان را برمی‌انگیزد تا حوزه علائم مربوط به بیشتر اختلالات روانی مانند اختلالات خلقی، اضطراب، خواب و شناخت را همراه با ارزیابی‌های عمیق‌تری مشخص کنند. هنگامی که یک حوزه خاص مورد تأیید قرار می‌گیرد، اگر معیارهای یک تشخیص تحقق یابد، سطح سوم ارزیابی‌هایی بعدتر که می‌تواند به ایجاد شدت کمک نماید. به عنوان مثال، سطح اول ارزیابی کلی یک بیمار، وجود خلق و خوی افسرده را نشان می‌دهد. سپس پزشک سیستم اطلاعاتی اندازه‌گیری نتایج گزارش بیمار (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) یا PROMIS، فرم کوتاه ناراحتی عاطفی - افسردگی را اجرا می‌کند. امتیاز به دست آمده نشان دهنده احتمال وجود اختلال افسردگی اساسی است. پس از یک مصاحبه بالینی که وجود معیارهای تشخیصی را ارزیابی می‌کند، ممکن است افسردگی تشخیص داده شود. سپس می‌توان برای تعیین شدت فرضی، پرسش‌نامه ۹ موردی سلامت را (با اجرای مکرر در فواصل منظم که از نظر بالینی دوره نظارت و پاسخ به درمان را نشان می‌دهد) اجرا کرد. لازم به ذکر است که سطح اول ارزیابی کلی در نسخه چاپی DSM-5 و هر سه سطح ارزیابی ابعادی در نسخه الکترونیکی کتابچه راهنما برای دانلود و استفاده بالینی ارائه شده است (۱۸).

افول نظام تشخیص محوری

یکی از اهداف تدوین نظام تشخیصی چند محوری، حصول اطمینان از این مسأله بود که اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی [که اکنون کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) نامیده می‌شود]، به درستی شناسایی شده است و از چشم بالیگرانی که توجهشان بر اختلالات واضح‌تر علت مراجعه بیماران متمرکز می‌باشد، دور نماند. علاوه بر این، پژوهشگران می‌دانستند که بیماری‌های طبی در بسیاری از موارد هم‌زمان با اختلالات روان‌پزشکی وجود دارند و اغلب نادیده انگاشته می‌شوند یا بی‌اهمیت قلمداد می‌شوند. هدف دیگر تدوین این نظام، حصول اطمینان از این مسأله بود که بالیگران به آن دسته از عوامل روانی-اجتماعی که ممکن است در ایجاد یا تشدید اختلال روان‌پزشکی مورد نظر نقش داشته باشند، توجه کنند و محور V نیز روشی را برای درجه‌بندی عملکرد کلی بیمار فراهم آورد، اما واقعیت آن بود که این محوربندی در عمل کارایی نداشت (۱۹).

از همان ابتدا، منتقدان از جداسازی مصنوعی اختلالات محور I و محور II اکراه داشتند و به عدم وجود نوعی وجه تمایز اساسی میان این اختلالات اشاره می‌کردند و ادعا داشتند که محور II، تنها سبب ناچیز شمرده شدن بیشتر اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی شده است. شرکت‌های بیمه نیز در پرداخت هزینه درمان، از این موقعیت بهره‌برداری نمودند و در اغلب موارد، از

در نظر گرفته شده است که بالیگر بتواند در مورد این که تظاهرات اختلال واجد ملاک‌های هیچ طبقه خاصی از یک طبقه تشخیصی نیست، دلیل اختصاصی ذکر کند. این کار با درج نام طبقه و به دنبال آن دلیل اختصاصی مربوط انجام می‌شود. به عنوان مثال، در مورد فردی دارای علائم افسردگی بارز بالینی که چهار هفته طول کشیده است، ولی علائم موجود کمتر از آستانه تشخیصی می‌باشد، بدین گونه ثبت می‌نماییم: «سایر اختلالات افسردگی معین، دوره افسردگی با علائم ناکافی» و اگر بالیگر نخواهد علت عدم برآورده شدن ملاک‌های یک اختلال خاص را ذکر نماید، گزینه «اختلال افسردگی نامعین» انتخاب مناسبی خواهد بود. دقت نمایید که افتراق بین سایر اختلالات معین و اختلالات نامعین به تصمیم بالیگر بستگی دارد. این شرایط می‌تواند حداکثر انعطاف تشخیصی را ایجاد نماید (۱۶).

حرکت به سوی ارزیابی ابعادی

با وجود بیانیه DSM-IV که هیچ فرضیه‌ای مبنی بر این که «طبقات اختلالات روانی یک واحد مجزا با مرزهای مطلق جدا کننده از دیگر اختلالات هستند»، وجود ندارد؛ استفاده از مرزهای طبقه‌ای این تصور را ایجاد کرده است که اختلالات روانی پدیده واحد و مجزایی می‌باشند. در پزشکی عمومی، شرایط اغلب در یک طیف از طبیعی تا آسیب‌زا بدون وجود آستانه منحصر به فرد برای تشخیص بیماری تصور می‌شود. در تکامل به سوی ساختار بهتر، DSM-5 جنبه‌های ابعادی تشخیص را همراه با دسته‌بندی دربرمی‌گیرد. اگرچه در نهایت هنوز هم تشخیص تا حد زیادی وابسته به تصمیم‌گیری «آری یا خیر» می‌باشد، اما به کار بردن تعیین کننده‌ها، زیرگروه‌ها، درجه‌بندی شدت و ارزیابی‌های علائم، یک قدم به سمت جلوس (۱۷). به عبارت دیگر، در DSM-5 مدل ارزیابی ابعادی برای درمانگران با این هدف که به طیف گسترده و کاملی از علائم دست یابند و علاوه بر آن قادر باشند شدت یک تشخیص را درجه‌بندی نمایند (خیلی شدید، شدید، متوسط، خفیف) و هم‌زمان توانایی و فرصت پیگیری پیشرفت درمان را به دست آورند، فراهم شده است (۳).

به عنوان مثال، تعیین کننده جدید «همراه با ناراحتی و اضطراب» که برای اختلالات افسردگی و دوقطبی و اختلالات مرتبط اعمال می‌شود، شامل علائمی است که جزء اکثر معیارهای اختلالات خلقی نیستند (به طور مثال، اشکال در تمرکز به دلیل نگرانی)، اما ممکن است نوع خاصی از اختلال خلقی را توصیف کند که باعث ایجاد اختلال و یا ناراحتی می‌شود و یا مداخله را ایجاب می‌کند. همچنین، ممکن است از نظر بالینی اطلاعات مفیدی را در مورد برنامه‌ریزی درمان و ردیابی نتایج فراهم آورد که به احتمال زیاد در DSM-IV تحت تشخیص «به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است» پنهان می‌ماند. همچنین، این تغییر ممکن است آگاهی بیشتری برای پزشکان و محققان در مورد اهمیت ارزیابی اضطراب در حضور علائم خلقی به ارمغان آورد (۱۷).

ورود تعیین کننده‌های شدت DSM-5، جزئیات مهمی را در مورد نحوه عرضه خدمات بالینی فراهم می‌کند و ممکن است برای ترویج درمان مناسب‌تر آموزنده باشد. همان طور که درمان برای اختلالات خفیف مشخص باید با برنامه درمانی برای اختلالات متوسط تا شدید متفاوت باشد (۱۷).

برخی از اختلالات DSM-IV با هم ترکیب شدند تا طیفی از اختلالات را در DSM-5 شکل دهند. قابل توجه‌ترین نمونه، اختلال طیف اوتیسم است که شامل علائمی متشکل از ویژگی‌های قبلی اختلال اوتیسم، اسپرگر، فروپاشنده کودکی که تحت طبقه اختلال نافذ رشد در DSM-IV می‌باشند. اگرچه

ممکن است فقط برای انتقال و تفهیم گسترده‌ای از ناراحتی‌ها شامل تجارب روزمره و یا رنج و عذاب ناشی از وضعیت اجتماعی و نه به عنوان اختلالات روانی به کار رود. برای مثال، در اغلب فرهنگ‌ها اصطلاحات بدنی شایعی وجود دارد که از آن‌ها برای ابراز طیف گسترده‌ای از دغدغه‌ها و رنج‌ها استفاده می‌گردد. ۳- توضیح فرهنگی یا علت ادراک شده: یک برچسب، اسناد یا ویژگی از یک مدل توضیحی است که علت بیماری، علایم یا پریشانی را از دیدگاه فرهنگی بیان می‌کند. توضیحات علیتی می‌تواند ویژگی برجسته تقسیم‌بندی عامیانه بیماری باشد که افراد عادی یا شفا دهندگان محلی از آن‌ها استفاده می‌نمایند (۱۶).

تأکید بر مسایل جنسیتی

در DSM-5 از عبارت تفاوت‌های جنسیتی استفاده شده است؛ چرا که تفاوت‌های بین زن و مرد هم از جنسیت زیستی و هم برداشت فرد از جنسیت خودش نشأت می‌گیرد، گرچه برخی از این تفاوت‌ها فقط ریشه در جنسیت زیستی بیمار دارند.

جنسیت به طریق مختلف بر روی بیماری تأثیر می‌گذارد؛ اول، به گونه‌ای اختصاصی تعیین می‌نماید که فرد در معرض خطر یک اختلال قرار دارد یا خیر (مانند اختلال سندرم پیش از قاعدگی). دوم، جنسیت در برخی از اختلالات می‌تواند احتمال خطر کلی ابتلا به یک اختلال را تعدیل نماید و به همین دلیل است که میزان بروز و شیوع برخی اختلالات روانی تفاوت‌های عمده‌ای بین زن و مرد را نشان داده‌اند. سوم، جنسیت روی احتمال بروز برخی از علایم خاص یک اختلال در افراد تأثیرگذار است. ADHD نمونه خوبی از اختلالاتی است که تظاهرات آن در پسرها و دخترها متفاوت می‌باشد. وقایع چرخه زندگی تناسلی، شامل تغییرات استروژن نیز در تفاوت‌های جنسیتی مربوط به خطر بروز و نوع تظاهر بیماری‌ها دخالت دارند. به عنوان مثال، مشخصه شروع بعد از زایمان دوره مانیا یا افسردگی، اشاره به یک بازه زمانی دارد که طی آن احتمال و خطر بروز یک دوره بیماری در زنان افزایش می‌یابد (۱۶).

بازنگری معیارهای تشخیصی

تغییر گسترده‌ای در معیارهای تشخیصی برای بیشتر اختلالات اعمال نشد. توصیف مختصری از تغییرات عمده نسبت به DSM-IV در ادامه آمده است.

الف. ادغام بعضی از اختلالات DSM-IV و ایجاد یک اختلال جدید

برخی از اختلالات با ترکیب معیارهای چند اختلال به یک تشخیص واحد، بازنگری شدند؛ مانند نمونه‌هایی که در آن‌ها اطلاعات کافی جهت پشتیبانی از جدا شدنشان وجود نداشت. نمونه‌ای که بیشتر از همه مورد بحث عمومی قرار گرفت، طیف اوتیسم می‌باشد. همان طور که پیش‌تر اشاره شد، با اضافه کردن تعیین‌کننده‌های رفتاری، انواع طیف اوتیسم مشخص می‌گردد. اختلال علایم جسمانی تا حد زیادی جای اختلال جسمانی‌سازی، اضطراب و اندیشه بیهوده راجع به سلامتی خود، اختلال درد و اختلال شبه جسمی تمایز نیافته را می‌گیرد. اگرچه بسیاری از بیمارانی که پیش از این مبتلا به اضطراب و اندیشه بیهوده راجع به سلامتی خود تشخیص داده شدند، اکنون دارای معیارهای اختلال اضطراب هستند.

اختلال مصرف مواد، ترکیبی از سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد در DSM-IV است. وابستگی به مواد، به علت نامناسب بودن عبارت وابستگی که برای توصیف واکنش‌های فیزیولوژیک طبیعی به کنار گذاشتن مواد و داروهای خاص به کار می‌رفت، جایگزین شد. علاوه بر این، اضافه کردن درجه‌بندی شدت

بازپرداخت هزینه‌ها در مواردی که اختلالات محور II به عنوان مشکل اصلی کدگذاری شده بود، خودداری می‌کردند. محور III نیز هیچ‌گاه به صورت پایدار مورد استفاده قرار نمی‌گرفت و انتقاد وارد بر محورهای IV و V نیز این بود که اختیاری و غیر قابل اعتماد هستند و علاوه بر کاربرد نادر، در ارزیابی کلی عملکرد محور V، نمره GAF (Global Assessment of Functioning) به دلیل روایی کم در کار بالینی آسیب‌پذیر بود (۲۰). علاوه بر این، شرکت‌های بیمه در مواردی که امتیازات مربوط به مقیاس GAF بیش از حد بالا (بدین مفهوم که عملکرد بیمار بهتر از آن است که نیازی به درمان داشته باشد) و یا بیش از حد پایین (بدین مفهوم که شدت ناخوشی بیمار، بیشتر از آن است که سودی از درمان ببرد) بود، از این امتیازات به صورت اختیاری و به منظور رد ضرورت مراقبت استفاده می‌کردند (۸). همین مسایل و نگرانی‌ها، هیأت اجرایی DSM-5 را بر آن داشت که به نظام چندمحوری پایان ببخشند و به جای آن، از نظام کدگذاری در تشخیص‌ها استفاده نماید (۲۰).

تأکید بر مسایل فرهنگی

در بین فرهنگ‌های مختلف، مرز بین هنجار و بیمارگونه بودن برخی از انواع رفتارها فرق می‌کند. آستانه تحمل برخی علایم خاص یا رفتارها نیز در بین خانواده‌ها، جوامع مختلف و فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت است. آگاهی از اهمیت مسایل فرهنگی، می‌تواند تفاسیر غلط روان آسیب‌شناختی را برطرف نماید، اما در عین حال فرهنگ می‌تواند در آسیب‌پذیری و رنج افراد نیز تأثیر داشته باشد (برای مثال، تشدید ترس موجب تداوم اختلال پاتیک یا اضطراب سلامتی گردد). معانی فرهنگی و عادات و رسوم نیز می‌توانند هم در درجه‌انگ بیماری و هم در میزان حمایت جامعه و خانواده از بیماری روانی دخالت داشته باشند. در عین حال، فرهنگ هر جامعه می‌تواند راهبردهای تطابقی مناسبی را فراهم کند که سبب تقویت تاب‌آوری در واکنش به بیماری‌ها شود یا در یاری‌خواهی از گزینه‌های دسترسی به انواع مختلف مراقبت‌های بهداشتی شامل نظام بهداشتی مکمل و جایگزین به بیمار کمک نماید. فرهنگ می‌تواند بر پذیرش یا رد یک تشخیص و همراهی با درمان تأثیرگذار باشد و بدین ترتیب در سیر بیماری و بهبود آن نقش مهمی ایفا کند. همچنین، فرهنگ می‌تواند در شیوه برخورد بالینی دخیل باشد و در نتیجه، تفاوت‌های فرهنگی بالینگر و بیمار می‌تواند بر صحت و پذیرش تشخیص و نیز تصمیمات درمانی، ملاحظات پیش‌آگاهی و نتیجه درمان تأثیر بگذارد (۱۶).

از نظر تاریخی، پیدایش سندرم‌های مرتبط با فرهنگ، موضوع مورد علاقه روان‌پزشکی فرهنگی بوده است. در DSM-5 این سازه مفهومی با سه مفهوم گسترده‌تر که کاربرد بالینی بیشتری دارند، جایگزین شده است:

۱- سندرم فرهنگی: خوشه یا گروهی از علایمی است که اغلب بدون تغییر شکل خاصی، همیشه با هم بروز می‌کنند و در یک گروه، اجتماع یا بافتار فرهنگی خاص مشاهده می‌شود. این سندرم ممکن است در آن فرهنگ بیماری تلقی شود یا نشود، اما در هر صورت این‌گونه الگوهای فرهنگی ناراحتی و ویژگی‌های بیماری، ممکن است توسط فردی خارج از آن جامعه قابل تشخیص باشد.

۲- اصطلاح فرهنگی ناراحتی: یک اصطلاح زبان‌شناختی، عبارت است از شیوه‌ای از صحبت در مورد رنج و عذاب در بین افراد یک گروه فرهنگی است (به طور مثال با نژاد یا مذهب مشابه) که به مفاهیم مشترک آسیب‌شناختی و شیوه‌های بیانی، ارتباطی و نامگذاری ویژگی‌های اصلی ناراحتی اشاره دارد. اصطلاح ناراحتی همیشه همراه علایم، سندرم یا علل ادراک شده خاصی نیست،

عملکرد (شبهه به اختلال شناختی خفیف DSM-IV که در ضمیمه وجود داشت) باشد. علاوه بر معیارهای اصلی برای NCD شدید و خفیف، در حال حاضر ۱۰ زیرگروه اتیولوژیک با معیارهای جداگانه ارائه شده است. به غیر از ارتباط صریح و روشن با هر یک از علل شناخته شده خاص، اکثر معیارهای این زیرگروه‌ها تا حد زیادی به یکدیگر شبیه هستند. با این حال، با در دسترس قرار گرفتن اطلاعات بیشتر در مورد ارتباطات آزمایشگاهی پس از واقعه و پیشرفت بالینی در دو دهه گذشته، مشخص شده است که تفاوت‌های ظریف و مهمی بین این اختلالات وجود دارد. بیشتر این زیرگروه‌ها به طور خلاصه در DSM-IV شرح داده شده‌اند، اما DSM-5 هر یک را به طور جداگانه و با جزئیات بیشتر مشخص می‌کند تا پزشکان را در تعیین علل ممکن بیشتر راهنمایی نماید (۱۵).

د. اختلالات جدید در DSM-5

بر اساس شواهد موجود از علوم اعصاب، نیاز بالینی و اهمیت بهداشت عمومی، تعداد انگشت شماری از اختلالات جدید گنجانده شده‌اند که بسیاری از آن‌ها از فصل «شرایط برای مطالعه بیشتر» DSM-IV ترفیع یافتند. اختلال احتکار، به جمع‌آوری بیش از حد اقلام بی‌فایده از جمله زباله می‌پردازد و این اغلب شرایط زندگی را برای بیمار و یا وابستگان خطرناک می‌سازد.

اختلال بی‌نظمی مخرب خلق (Disruptive mood dysregulation disorder یا DMDD) در پاسخ به بحثی که یک دهه طول کشید که آیا تحریک‌پذیری مزمن در کودکان نشانه‌ای از اختلال دوقطبی است یا نه، به وجود آمد. با شیوع اختلالات دوقطبی کودکی که با سرعت هشدار دهنده‌ای رشد می‌کند، گروه کاری اختلالات کودکان و نوجوانان شواهد به دست آمده از تاریخ طبیعی و مطالعات درمانی اختلال دوقطبی کلاسیک در مقابل اختلال دوقطبی را با استفاده از تحریک‌پذیری غیر اپیزودی به عنوان یک معیار مقایسه کرد و با اختلالات جداگانه‌ای بر اساس تحریک‌پذیری اپیزودیک در مقابل تحریک‌پذیری مداوم مواجه شد (۲۵). بنابراین، کودکانی که مبتلا به عدم کنترل شدید رفتاری هستند، اما تحریک‌پذیری غیر اپیزودیک ندارند، دیگر واجد شرایط تشخیص اختلال دوقطبی در DSM-5 نیستند و در عوض DMDD در نظر گرفته می‌شوند. سایر اختلالات جدید قابل توجه (که از پیوست DSM-IV ترفیع داده شدند) نیز شامل مواردی همچون اختلال پرخوری، اختلال سندرم پیش از قاعدگی، سندرم پای بی‌قرار و اختلال رفتار خواب یا REM (Rapid eye movement) می‌باشند (۱۵).

ه. اختلالات حذف شده از DSM-IV

یکی از پیشنهادها بحث برانگیز برای DSM-5، در مورد حذف سوگ برای اپیزودهای افسردگی اساسی است. طبق DSM-IV، افرادی که علائم اختلال افسردگی اساسی را نشان می‌دهند، از تشخیص حذف می‌شوند؛ در صورتی که در دو ماه قبل سوگوار بودند. هدف این بود، افرادی که واکنش‌های غم و اندوه طبیعی نسبت به فقدان عزیزی را تحمل می‌کنند، از برچسب ابتلا به اختلال روانی در امان بمانند. این موضوع باعث شد تا کسانی که مبتلا به اپیزودهای افسردگی اساسی بودند نیز از تشخیص و درمان مناسب بی‌بهره باشند. همچنین این موضوع نشان دهنده یک دوره زمانی اختیاری از سوگواری بود و نتوانست مشخص کند که تجربه یک فقدان مهم (مانند مرگ یک عزیز و نه از دست دادن شغل) می‌تواند به علائم افسردگی منجر شود و باید از علائم مربوط به اختلال افسردگی اساسی متمایز گردد. اگرچه نشانه‌های غم و اندوه و یا فقدان‌های دیگر می‌تواند شبیه علائم افسردگی باشد و نشان دهنده یک اختلال

برای اختلال مصرف مواد، موجب تشخیص اختلال خفیف مصرف مواد می‌گردد که به صورت جداگانه از سطح متوسط تا شدید کدگذاری خواهد شد [کدگذاری شده با کدهای (International Classification of Diseases) ICD پیش از این برای وابستگی به مواد به کار می‌رفت] (۲۱).

ب. جدا سازی بعضی از اختلالات DSM-IV و ایجاد چند اختلال جدید

در برخی موارد، یک اختلال DSM-IV به اختلالات مجزا در DSM-5 تقسیم شد. اختلال دلبستگی واکنشی DSM-IV شامل زیرگروه‌های «انزوا/ مهارشدگی» و «نامتمایز/ مهار گسیخته» می‌باشد. با وجود سبب‌شناسی مشترک (به عنوان مثال عدم وجود محیط ثابتی که از نظر عاطفی مراقبت کننده و حمایت کننده باشد)، زیرگروه دلبستگی واکنشی (اختلال دلبستگی واکنشی) جلوه‌ای از دلبستگی‌های اجتماعی ناقص و نامن است و بیشتر به اختلالات درونی مانند اختلالات افسردگی اساسی شبیه است؛ در حالی که زیرگروه عدم بازداری اجتماعی (اختلال تعامل اجتماعی مهار نشده) بدون وابستگی‌های اجتماعی امن در کودکان مشهود است، اما بیشتر شبیه به اختلالات برونی از جمله ADHD است (۲۱). این دو زیرگروه، تفاوت در دوره و پاسخ به درمان را نیز نشان می‌دهند. بنابراین، هر کدام از آن‌ها در DSM-5 به صورت یک اختلال کامل جداگانه در نظر گرفته شدند. به طور مشابه، DSM-5 در حال حاضر زیرگروه‌های اختلالات خواب مربوط به تنفس DSM-IV را به صورت سه اختلال مستقل با معیارهای جداگانه فهرست‌بندی می‌کند که شامل وقفه‌های تنفسی انسدادی در خواب، وقفه تنفسی مرکزی خواب و افت تهویه مرتبط با خواب که بیشتر با ویرایش دوم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب سازگار است (۲۱).

ج. تعیین کننده‌ها و زیرگروه‌ها

تعیین کننده‌ها و زیرگروه‌ها، انواع پدیدارشناسی اختلالی را ترسیم می‌کنند که نشان دهنده زیرگروه‌های مشخصی است و بر برنامه‌ریزی درمان و توسعه درمان تأثیر می‌گذارد. تعداد تعیین کننده‌ها و زیرگروه‌ها در DSM-5 به منظور تلاش جهت ابعاد بیشتری کردن بیشتر اختلالات، نسبت به DSM-IV توسعه یافته است. در چارچوب اختلالات افسردگی و دوقطبی و اختلالات مرتبط، یک تعیین کننده «با ویژگی‌های ترکیبی» جایگزین تشخیص دوقطبی نوع یک، اپیزود ترکیبی در DSM-IV شده است (۲۲، ۲۳). حالات ترکیبی زیر آستانه دوره‌های افسردگی اساسی و شیدایی شایع‌تر هستند، اما به علت شرط DSM-IV که هر دو اختلال باید معیارهای کامل را داشته باشند، از تشخیص حذف می‌شوند، اما اکنون تعیین کننده «با ویژگی‌های ترکیبی» در مورد شرایط تک قطبی و دوقطبی نیز به کار می‌رود. یک تعیین کننده برای کودکانی است که واکنش غیر انسانی شدید و عواطف منفی با شدت متفاوت (به عنوان مثال الگوهای مکررتر و شدیدتر پرخاشگری) و پاسخ ضعیف‌تر به درمان را نشان می‌دهند که به اختلال سلوک اضافه شده است (۲۴). بر این مبنای، مداخلات درمانی خاصی توسعه یافته که برای این زیرگروه موفق‌تر عمل می‌کند.

اختلال عصبی-خلقی (Neurocognitive disorders یا NCDs) DSM-5 اغلب معادل با زوال عقل DSM-IV می‌باشد. اگرچه معیارهای زوال عقل به نحوی تغییر کرده است که یک تشخیص جدید و جداگانه از NCD خفیف را نیز شکل می‌دهد و نشان دهنده وجود اختلال عصبی است که شدت آن تا سطحی افزایش نیافته است که تضمین کننده آسیب عمده و یا اختلال در

تشخیص‌های جدید (به ویژه اضطراب افسردگی آمیخته، خوردن افراطی و اختلال عصب‌شناختی خفیف) که پیش‌تر به عنوان اختلالات روانی شناخته نمی‌شدند، به طور بالقوه باعث ایجاد آمار غلط همه‌گیرشناسی به واسطه بدشناسی شبه بیماران خواهد شد؛ در حالی که پژوهش کافی در حمایت از این تشخیص‌ها (به ویژه پژوهش‌هایی برای تحلیل خطر-فایده آن‌ها) وجود ندارد. این تشخیص‌های جدید و کاهش آستانه‌های تشخیصی، منجر به افزایش بی‌رویه تشخیص‌های روان‌پزشکی می‌گردد و مرزهای ناهنجاری و بهنجاری را مخدوش خواهد کرد. در نتیجه، این وضعیت باعث طبی‌سازی ناخواسته بهنجاری می‌شود و عواقبی مانند درمان بی‌رویه، استیگمازایی و تخصیص اشتباه منابع محدود سلامت را به دنبال خواهد داشت (۳۰).

یکی از مناقشات اصلی، تشخیص سوگ به عنوان اختلال افسردگی اساسی در DSM-5 است. در DSM-IV معیار مستثنی‌سازی سوگ مانع از این می‌شد که فردی که برای مرگ کسی عزادار است، تا دو ماه بعد از مرگ او مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شناخته شود. طبق معیارهای قدیمی، چنین افرادی باید عزادار محسوب می‌شدند. معرفی سوگ به عنوان اختلال افسردگی اساسی واکنش‌های متعددی را در میان متخصصان و نهادهای مربوط به سوگواری برانگیخت. Wakefield مروری بر این تصمیم جنجالی داشت. فرضیه‌های مختلفی که از حذف معیار مستثنی‌سازی دفاع کرده‌اند (مانند افراد سوگواری که از تشخیص کنار گذاشته شده‌اند، همچون دیگر افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند، مستثنی‌سازی با خطر نادیده گرفتن بیماران مستعد خودکشی همراه است، مداخله طبی بر روی افراد سوگوار مؤثر است)، همگی به لحاظ تجربی غلط و مبتنی بر استدلال‌هایی هستند که ایراداتی به آن‌ها وارد است. قابل توجه‌تر از همه، شواهد تجربی نشان می‌دهد مواردی که از تشخیص کنار گذاشته می‌شوند، در مراحل پیگیری از کسانی که تجربه افسردگی اساسی نداشته‌اند، افسردگی بیشتری نخواهند داشت. بنابراین، حذف معیار مستثنی‌سازی تجربه سوگ، روایی مفهومی اختلال افسردگی اساسی را کاهش می‌دهد و برای پژوهش‌های حوزه درمانی فایده ندارد (۳۱).

یکی دیگر از مناقشات اصلی، به اختلالات طیف اوتیسم مربوط می‌گردد. DSM-5 چهار اختلال را در یک طبقه وسیع به نام اختلال طیف اوتیسم ادغام کرده است. اوتیسم، اختلال اسپرگر، اختلال فروپاشی کودکی و نوع به گونه‌های دیگر مشخص نشده اختلال نافذ رشد ترکیب شدند و یک طبقه واحد را تشکیل دادند. Hazen و همکاران با مرور مباحثی پیرامون تغییرات این حوزه، نتیجه گرفتند که ویژگی تشخیصی معیارهای جدید، افزایش و حساسیت تشخیصی، کاهش یافته است؛ بدین ترتیب کسانی که بر اساس DSM-IV تشخیص می‌گرفتند، ممکن است در DSM-5 تشخیص داده نشوند. خطر این عامل آن است که کودکان نیازمند دریافت خدمات روان‌درمانی و آموزشی، از این مسأله محروم شوند (۳۲).

به اعتقاد Frances، ارایه مقولات تشخیصی جدید، تغییرات جزئی در تعریف اختلالات و کاهش آستانه‌های تشخیصی، منجر به تورم تشخیصی در تعداد زیادی از طبقات شده است که از میان آن‌ها می‌توان به مواردی مانند DMDD، ADHD، اختلال عصبی‌شناختی خفیف، اختلال خوردن افراطی و اعتیادات رفتاری اشاره کرد. DSM-5 سن شروع اولیه نشانه‌شناسی ADHD را تا ۱۲ سالگی بالا برده است. به همین دلیل درجات تشخیص این اختلال در سال‌های اخیر سه برابر شده است و حالا حدود ۱۰ درصد کودکان را شامل

روانی نیست، اما در مورد افرادی که فقدان‌هایشان به یک اختلال افسردگی منجر می‌شود (و یا کسانی که پیش از این اختلال افسردگی داشتند)، تشخیص و درمان مناسب می‌تواند بهبودی را تسهیل نماید. در نتیجه، سوگواری حذف شد و با راهنمایی توصیفی‌تر جایگزین گردید که در راستای تمایز بین علایم بیان‌کننده غم و اندوه طبیعی و علایم نشان‌دهنده یک اختلال بالینی است (۲۶).

و. تغییر در قواعد نامگذاری

بازنگری در اصطلاحات معمول مورد استفاده، نیازمند ارزیابی از مناسب‌ترین عبارات برای توصیف برخی از اختلالات روانی است. اصطلاح «عقب ماندگی ذهنی» قبل از تصویب عبارت «کم‌توانی ذهنی» (اختلال رشدی فکری) چندین بار تغییر یافت. عبارت‌های «سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد» حذف گردید و اکنون با «اختلال مصرف مواد» جایگزین شده است. نام خود فصل مواد (اختلالات مربوط به مواد مخدر و اعتیادآور) نیز به نحوی تغییر کرد تا عبارت «اعتیادی» را دربرگیرد و مطابق با قرارداد نامگذاری پیشنهاد شده ICD-11 باشد که اشاره به گنجاندن اختلال قمار به عنوان یک سندرم رفتاری با علایم و پاتوفیزیولوژی (به عنوان مثال سیستم پاداش فعال) دارد و تا حد زیادی انعکاس‌دهنده علایم اختلالات مرتبط با مصرف مواد می‌باشد (۲۷).

نقدهای وارد شده به DSM-5

از زمان برگزاری اولین کنفرانس APA در رابطه با DSM-5 در سال ۱۹۹۹ - که بیشتر برای تعیین اولویت‌های پژوهشی برای طبقه‌بندی‌های آینده بود تا تهیه یک راهنمای تازه - مناظرات و گاه مناقشات قابل توجهی ایجاد شد. این انتقادات از جناح‌های مختلف و بیشتر در میان اعضای رهبری خود جوامع طبی - زیستی مطرح شدند. در سال ۲۰۱۰ تاریخ نامی <http://www.dsm5.org>، نسخه اولیه راهنمای جدید را معرفی نمود. به دنبال انتشار آن، مقالات و نظرات متعددی ارایه گردید که بیشتر بر تحولات اصلی DSM جدید متمرکز بود. این تحولات شامل تغییرات تشخیصی عمده‌ای بود. اگرچه تعدادی از این تغییرات بعد کنار گذاشته شد، اما پس از آن باز هم موجی از انتقادات علیه گروه ضربت DSM سرازیر شد (۲۸).

بیشترین میزان انتقادات در رابطه با طبی‌نگری افراطی در مورد مسائلی بهنجار در نسخه جدید DSM بود. بر این اساس، طیف وسیعی از تجارب بدنی و روانی عادی در یک چارچوب طبی قرار می‌گیرند. Frances (رئیس گروه ضربت DSM-IV)، از منتقدان اصلی روند اخیر و تغییرات DSM بود. او اظهار می‌کند که مطالعات همه‌گیرشناسی گذشته‌نگر اخیر تا حدود ۲۰ درصد از جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا را واجد معیارهای یک تشخیص روان‌پزشکی گزارش می‌کند. این عدد با شاخص گذر عمر، تا حدود ۵۰ درصد افزایش می‌یابد. مطالعات آینده‌نگرانه نیز این اعداد را به دو برابر می‌رساند. این آمار پرسش‌هایی را در رابطه با روایی این تشخیص‌ها پیش می‌کشد؛ پرسش‌های جدی درباره حضور همه‌گیر اختلالات و گرایش به تشخیص‌گذاری، اغلب هر چیزی به میان می‌آورد (۲۹). در همین راستا، هدف غیر واقع‌بینانه DSM-5 یک تغییر الگو در تشخیص روان‌پزشکی بود. گروه‌های ضربت پیشنهاد‌های دلخواه فراوانی را ارایه دادند که منجر به گسترش افراطی سیستم تشخیصی شد. مطابق با این سیستم، ده‌ها میلیون نفر از افرادی که پیش‌تر بهنجار یا مجرم، نافرمان و مسؤلیت‌ناپذیر شناخته می‌شدند، هم‌اکنون بیمار روان‌پزشکی شناخته می‌شوند. تعدادی از این

گروه‌های مستقل از تیم کاری DSM-5 شود (۳۴). بدین منظور، کمیته مجازی برای جمع‌آوری امضا تشکیل شد که مورد استقبال نهادهای مختلف دیگری از جمله چندین بخش دیگر APA قرار گرفت (۳۵). این درخواست طی پاسخ‌نامه‌ای توسط رئیس APA با این توضیح که روند آماده‌سازی DSM-5 به لحاظ علمی قابل اعتماد است و امکان انجام آن توسط نهادهای دیگر به لحاظ نیروی انسانی و اقتصادی امکان پذیر نیست، رد شد (۳۶).

بحث و نتیجه‌گیری

نویسندگان DSM-5 در مقدمه آن اذعان نمودند که «در عین حال که DSM پایه و اساس پیشرفت چشمگیر پایایی تشخیص در روان‌پزشکی بوده است، اما هم APA و هم اعضای هیأت علمی که در زمینه اختلالات روانی کار می‌کنند، می‌دانند دانش فعلی ما به آن اندازه رشد نکرده است که به تشخیص‌های کاملاً معتبر بینجامد؛ یعنی برای هر اختلال در DSM ملاک‌های معتبر علمی، عینی، قوی و پایداری وجود ندارد. دانش اختلالات روانی در حال تکامل روزافزون است». در دو دهه گذشته پس از انتشار DSM-IV، پیشرفت‌های ارزشمندی در زمینه‌هایی مانند علوم عصبی شناختی، تصویربرداری مغزی، همه‌گیرشناسی و ژنتیک به وقوع پیوسته است (۱۶). همچنین، هیأت اجرایی ناظر ویرایش جدید DSM-5 می‌دانستند در صورتی که DSM بخواند در آینده جایگاه خود را به عنوان تقسیم‌بندی استاندارد اختلالات روانی حفظ نماید، باید در بازنگری خود تغییرات پیوسته این پیشرفت‌های پژوهشی را با دقت لحاظ کند. یافتن تعادل صحیح اهمیت حیاتی دارد. نتایج فرضی و احتمالی، جایی در تقسیم‌بندی رسمی بیماری‌ها ندارند، اما در عین حال DSM باید از بستر ابتکارات پژوهشی بالینی که در این حوزه انجام شده است، تکامل پیدا کند. یک جنبه مهم این روند گذرا، توجه فراگیر به این حقیقت است که سامانه طبقه‌بندی غیر قابل انعطاف، تجارب بالینی و مشاهدات علمی مهم را پوشش نمی‌دهد (۱۶).

یکی از اساسی‌ترین تغییر ویرایش پنجم این راهنما، جایگزین کردن نگاه ابعادی به جای نگاه طبقه‌ای به اختلالات روانی است (۳۷، ۳۸). در نگاه ابعادی به دلیل این که تشخیص بر اساس مشاهده چند نشانه در کنار هم داده نمی‌شود، بلکه شناسایی حوزه طیفی اختلال و مجزا کننده آن از حوزه‌های دیگر اختلالات است (به طور مثال تشخیص در طیف اختلالات خلقی و افتراق آن از تشخیص در طیف حوزه‌های دیگر مانند اختلالات وسواسی، اضطرابی، رشدی عصبی و بسیاری موارد دیگر) (۳۹)، از اولین و مهم‌ترین گام‌ها در انعطاف‌پذیر بودن این راهنمای تشخیصی، افزایش رویای قضاوت‌های بالینی متخصصان حوزه سلامت روان می‌باشد.

یکی دیگر از اساسی‌ترین تحولات DSM-5 در جهت افزایش روایی تشخیصی، توجه به ابعاد فرهنگی در تشخیص‌گذاری است. مسایلی همچون بی‌اعتمادی به درمان در بافت فرهنگی از سوی مراجعان، وجود کلیشه‌های نادرست، سوگیری‌های تشخیصی، ویژگی‌های فرهنگی بالینی و در نهایت، عواقب عدم آگاهی از ویژگی‌های فرهنگی مراجع و یا جامعه هدف، نگارنده‌های این راهنما را بر آن داشت که مؤلفه فرهنگ را به اصول تشخیص‌گذاری خود اضافه نمایند (۴۰). این مسأله حتی در ارزیابی‌های نیمه ساختار یافته پیشنهاد شده توسط این راهنمای تشخیصی قابل مشاهده است.

حذف (مانند اختلال بی‌زاری جنسی) و ادغام اختلالات در یک حوزه (مانند اختلال هویت جنسی و اختلالات جنسی)، جدا شدن یک اختلال به عنوان یک

می‌شود. برای اختلال ADHD به هیچ آزمون تأیید شده جهانی دسترسی نداریم، بلکه تشخیص آن به طور ذهنی انجام می‌گیرد. استفاده از چک‌لیستی که در این زمینه همچون نرُم درآمده است، باعث مثبت‌های غلط زیادی می‌شود. DSM-5 برای توصیف کودکانی که به طور مرتب قشقرق راه می‌اندازند، تشخیصی با نام DMDD ارائه داده است. این تصمیم تنها مبتنی بر کار یک گروه پژوهشی است. مشخص نیست آیا این تشخیص نآزموده در محیط بالینی به درد خواهد خورد یا نه، اما به طور مشخص به وخامت وضعیت فعلی به کارگیری پزشکی در کودکان کم‌سن خواهد افزود. فراموشی روزمره در کهنسالی در حال حاضر ممکن است به عنوان تشخیص غلطی به نام اختلال عصبی شناختی خفیف شناسایی شود. این تشخیص با هدف شناسایی کسانی که ممکن است در آینده به دمانس (زوال عقل) مبتلا شوند، انجام می‌گیرد؛ در صورتی که این تشخیص، جمعیت مثبت غلط بسیار زیادی از مردمی را به وجود می‌آورد که خطر خاصی برای دمانس ندارند. خوردن افراطی برای دوازده بار در سه ماه در عوض این که به عنوان نشانه‌ای از ولع و دسترسی آسان به غذاها در جهان امروز قلمداد شود، در DSM-5 به عنوان یک بیماری روان‌پزشکی به نام اختلال خوردن افراطی شناسایی می‌شود. DSM-5 با معرفی مفهوم اعتیادات رفتاری، این خطر را ایجاد کرده است که طیف وسیعی از فعالیت‌های لذت‌جویانه بشر از جمله بازی‌های کامپیوتری، سکس، خرید، ورزش و کار کردن را دربرگیرد. همه این تشخیص‌های بی‌رویه، زمینه را برای شکل‌گیری بازارهای تازه و رشد برنامه‌های درمانی پرسود فراهم می‌نماید (۲۹).

یکی از دلایل اصلی گرایش به طبی‌سازی افراطی در DSM-5 را تأثیر شرکت‌های دارویی دانسته‌اند. Frances و Widiger صنعت دارویی را به عنوان یکی از مهم‌ترین نیروهای بافتاری مؤثر بر DSM معرفی کرده‌اند. به اعتقاد آنان، صنعت دارویی نشان داده که در توسعه درمان‌های تازه و بهتر تا حدودی ناموفق بوده و در عین حال در فروش داروهای در دسترس به نحو شگفت‌انگیزی توانایی داشته است. صنعت دارویی محرک مهمی در تشخیص افراطی و زیادی همه‌گیرشناسی‌های روان‌پزشکی است (۳۰). Cosgrove و Krimsky طی یک بررسی نشان دادند که تعداد زیادی از نویسندگان DSM-5 (مانند نویسندگان نسخه‌های قبلی) با صنعت دارویی در ارتباط هستند. این یافته با وجود قوانینی است که APA برای اولین بار در روند آماده‌سازی DSM-5 جهت ایجاد محدودیت برای نویسندگان وضع کرده بود. بر اساس این قوانین، نویسندگان باید رابطه مالی خودشان با شرکت‌های دارویی را شفاف‌سازی می‌نمودند و بیشتر از حد معینی در هر سال از این شرکت‌ها دریافت نمی‌کردند، اما Cosgrove و Krimsky طی بررسی خود به این نتیجه رسیدند که این قوانین فایده لازم را نداشته است (۳۳). این قوانین گرانت‌های پژوهشی را دربر نمی‌گیرد. همچنین، نویسندگان به عنوان سخنران تبلیغی شرکت‌های دارویی مبالغ قابل توجهی دریافت می‌کنند. علاوه بر این، گروه‌هایی که تعداد اعضای بیشتری در پیوند با شرکت‌های دارویی داشتند، به احتمال بیشتری دارو را به عنوان درمان خط مقدم بیماری‌ها در نظر می‌گرفتند. همچنین، تغییراتی که در مقولات تشخیصی DSM-5 به طور خاص مناقشه برانگیز بود، بیشتر به همین گروه‌ها اختصاص داشت (۳۳).

نگرانی‌ها درباره روند تکمیل DSM-5 باعث شد که پیش از انتشار نسخه نهایی آن، بخش ۳۲ APA (جامعه روان‌شناسی انسان‌گرا) نامه سرگشاده‌ای برای ضرورت بازنگری در این حوزه منتشر نماید و خواهان انجام مطالعه توسط

در سبب‌شناسی و روش‌های نوین درمانی نادیده می‌گیرند (۴۲). داده‌های بالینی و زیست‌عصب‌شناختی نشان دادند که اختلالات روانی که به صورت سنتی در DSM تعریف شده‌اند: بیش از حد انتظار با یکدیگر همبوند هستند، اغلب پایه‌های مشترک زیست‌عصب‌شناختی دارند و منعکس‌کننده تغییرات در سیستم‌های چندگانه سراسری مغز هستند که فرایندهای ذهنی به خصوصی را ایجاد می‌کنند. از این‌رو، پروژه RDoC پیشنهاد می‌کند، روش‌های متنوع در بررسی آسیب‌شناسی روانی ممکن است با توجه به درجه‌ای از اختلال در هر یک از این سیستم‌های مغزی (در صورتی که با دید ابعادی نگریسته شود)، پیوستاری در دو بعد اختلال و عملکرد سالم را به نمایش بگذارد (۴۳).

معیارهای ابعادی تحقیق در مورد طبقه‌بندی اختلالات روانی، بر ابعاد قابل مشاهده رفتار و سنجش‌های نوروبیولوژیک استوار است. پیشرفت‌های حوزه عصب‌شناختی و عصب‌روان‌شناختی این امکان را ایجاد کرده‌اند که مطالعه و طبقه‌بندی اختلالات روانی بر اساس اختلالات مدارهای مغزی مورد مطالعه قرار گیرد. این تفسیر از طبقه‌بندی اختلالات روانی با رویکرد ابعادی همسانی زیادی دارد و بیان می‌کند که چشم‌انداز عصب‌تکاملی می‌تواند این پروژه را غنی نماید و گسترش دهد (۴۴). این پروژه دو بعد «نامنظم بودن و بدعملکردی» را به عنوان زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته است. سازمان اصلی کار در این پروژه، ماتریس می‌باشد. ماتریس یک مفهوم ریاضی و شامل ردیف‌ها و ستون‌های عمود بر هم است. ردیف‌ها ساختارهای عملکردی خاصی هستند که داده‌های مربوط به آن بعد از عملکرد را تبیین می‌کنند. این داده‌ها می‌توانند مربوط به ژن‌ها، مولکول‌ها و مدارهای مسؤول آن عمل باشند. ساختارها خود بر مبنای ابعاد سطوح بالاتر عملکرد طبقه‌بندی می‌شوند و بیانگر اطلاعات مرتبط در زمان بررسی هستند. این اطلاعات در مورد سیستم‌های شناخت، انگیزش و رفتارهای اجتماعی می‌باشند. ستون‌ها، واحدهای تحلیلی را که در مطالعه ساختارها به کار برده می‌شوند، مشخص می‌سازند و شامل ژن‌ها، مولکول‌ها، سلول‌ها، مدارها، فیزیولوژی رفتار و خوداظهاری افراد هستند. در این ماتریس، ستون مجزایی نیز وجود دارد که پارادایم‌های معتبر استفاده شده در مطالعه هر ساختار را بررسی می‌نماید. ماتریکس RDoC ممکن است بر مبنای پیشرفت‌های علمی تغییر یابند.

مبتنی بودن این پروژه بر رشته و شاخه‌های علمی نوین، قابلیت انطباق سریع آن نسبت به یافته‌های علمی جدید و کاربرد ابزارها و روش‌های دقیق‌تر در ارزیابی و تشخیص (مانند ابزارهای نورولوژیک)، نویدبخش توسعه نتایج این پروژه در زمینه طبقه‌بندی تشخیصی اختلالات روانی خواهد بود. ایجاد روش‌های درمانی مطمئن‌تر بر اساس طبقه‌بندی‌های نوین، می‌تواند بیانگر جایگزین شدن و یا ادغام طبقه‌بندی DSM با طبقه‌بندی‌های پروژه RDoC شود. با این وجود، تا به حال این حوزه علمی در آموزش‌های عصب‌شناختی روان‌پزشکی ادغام نشده و ارتباط خود را با حوزه‌های مراقبت‌های درمانی مشخص ننموده است (۴۳).

حوزه (مانند اختلال OCD و اختلال استرس پس از سانحه)، تغییر نام برخی از طبقات (مانند اختلالات رشدی عصبی به جای اختلالات فراگیر رشد و اختلالات شناختی عصبی به جای دمانس و دلریوم) حاصل پیشرفت‌های علمی در حوزه آسیب‌شناسی روانی بوده است. همچنین، این تغییرات آینده‌کاربردهای تشخیصی و پژوهشی در حوزه اختلالات را افزایش داده‌اند.

تغییر اساسی دیگر در طبقه‌بندی اختلالات شخصیت صورت گرفت. هرچند که این تغییر همچنان به عنوان یک پیشنهاد مطرح است، اما مدل صفتی اختلالات شخصیت را با در نظر گرفتن دو حیطه سطح کارکرد شخصیت (فردی و بین‌فردی) و صفات شخصیتی مرضی (هیجان‌پذیری منفی، بریدگی، مخالفت‌جویی، مهار گسستگی و گرایش روان‌پریشی) تبیین می‌کند. سودمندی مدل صفتی چند بعدی، توانایی آن در ایجاد تمرکز بر روی زمینه‌های مرتبط تفاوت‌های شخصیتی هر یک از مراجعان است (۱۶).

در نهایت، تغییرات چشمگیری در DSM-5 (مانند حذف دیدگاه محوری و دیگر تغییرات اساسی) با هدف بهینه نمودن این راهنما صورت گرفته است. حمایت‌ها و اتقادهای بسیاری در مورد این راهنما نگارش شده است، همان‌گونه که Trost و همکاران بیان کردند، باید در نظام آموزش روان‌شناسان و همچنین، در برنامه‌های تشخیصی درمانگران، کاربردها و فرصت‌های مناسبی را که این راهنما ایجاد می‌کند، در کنار محدودیت‌ها و نقاط ضعف آن در نظر گیرند (۴۱). رشد و پیشرفت سریع علمی و افزایش یافته‌های پژوهشی در زمینه آسیب‌شناسی روانی، انحصار کاربرد این راهنما را با محدودیت مواجه می‌نماید و کاربرد این راهنما در صورت به روزرسانی آن، بر مبنای یافته‌های جدید خواهد بود (به همین دلیل اعداد لاتین جایگزین اعداد یونانی در عنوان این راهنما شده است). با این وجود، پیشرفت‌های علمی ممکن است جایگزین‌های دیگری برای طبقه‌بندی اختلالات روانی داشته باشد.

یکی از جایگزین‌های مهم در طبقه‌بندی اختلالات، پروژه RDoC (Research Domain Criteria) خواهد بود. NIMH که یکی از بخش‌های مؤسسه ملی سلامت آمریکا (NIH) می‌باشد، از سال ۲۰۰۹ پروژه‌ای را تحت عنوان معیارهای ابعادی تحقیق برای مطالعه و طبقه‌بندی اختلالات روانی آغاز نمود (۴۲). RDoC یک چارچوب تحقیق و پژوهش برای راه‌های جدید از مطالعه اختلالات روانی است. این پروژه با استفاده از پارچه‌سازی سطح بسیاری از اطلاعات (از ژنومیک گرفته تا خودگزارش‌دهی) برای درک بهتر ابعاد اساسی عملکرد بنیادی، طیف گسترده‌ای از رفتار انسان از رفتارهای طبیعی تا غیر طبیعی طراحی شده است (وب سایت NIMH). این پروژه از تحقیقاتی حمایت می‌کند که ابعاد اساسی زیست‌رفتاری را مشخص می‌نمایند و طبقه‌بندی دقیقی از اختلالات هتروژنی را نشان می‌دهد (۴۲).

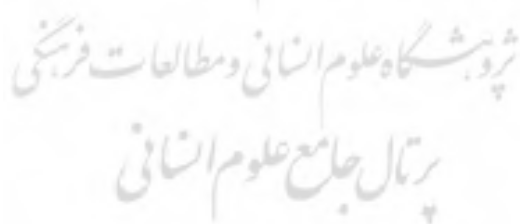
سیستم‌های تشخیصی اختلالات روانی حاضر مانند DSM و ICD، بر بررسی علائم و نشانه‌های مشخص استوار هستند. در نتیجه، اغلب ارتباط بین فرایندهای زیست‌عصب‌شناختی و سیستم‌های رفتاری را چه در تحقیقات و چه

References

1. Grant J, Black DW. DSM-5 guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Taromian F, Bagheri Z, Ahmadzadeh R. Changes and developments in DSM 5 [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: <http://www.migna.ir/vdcgyw9x.ak9zw4prra.html> [In Persian]
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, D.C.:

- American Psychiatric Association; 2013.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: primary care version. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1996.
 5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
 6. Ehret A, Berking M. From DSM-IV to DSM-5: What has changed in the new edition. *Verhaltenstherapie* 2013; 23(3): 258.
 7. Regier D. Developing the Research Base for DSM-V and ICD-11 [Online]. [cited 2003] Available from: URL: https://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=.+Developing+the+Research+Base+for+DSM-V+and+ICD-11.+Cooperative+agreement+U13MH067855+from+the+National+Institute+of+Mental+Health%2C+National+Institute+on+Drug+Abuse%2C+and+National+Institute+on+Alcohol+Abuse+and+Alcoholism+to+American+Psychiatric+Institute+&btnG=&as_sdt=1%2C5&as_sdtp=
 8. Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH. Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychol Bull* 2000; 126(6): 890-909.
 9. Sander D. Models of emotion: The affective neuroscience approach. In: Armony J, Vuilleumier P, Editors. *The Cambridge handbook of human affective neuroscience*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2013. p. 5-53.
 10. Klott J. Using the DSM-5® for revolutionizing diagnosis & treatment [Online]. [cited 2013 Aug]; Available from: URL: <https://catalog.pesi.com/item/using-dsm5-revolutionizing-diagnosis-treatment-4331>
 11. Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, Regier DA. Stress-induced and fear circuitry disorders: refining the research agenda for DSM-V. 1st ed. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
 12. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull* 2007; 33(4): 905-11.
 13. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013; 381(9875): 1371-9.
 14. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety* 2010; 27(6): 611-26.
 15. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013; 12(2): 92-8.
 16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Trans. Rezaei F, Fakhraei SA, Farmand A, Nilofari A, Hashemiazar J, Shamloo F. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2013. [In Persian].
 17. Baumeister H. Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: time for the evidence to become practice. *J Affect Disord* 2012; 139(3): 240-3.
 18. Lord C, Petkova E, Hus V, Gan W, Lu F, Martin DM, et al. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(3): 306-13.
 19. Paris J. *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015.
 20. Vatnaland T, Vatnaland J, Friis S, Opjordsmoen S. Are GAF scores reliable in routine clinical use? *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(4): 326-30.
 21. Zeanah CH, Mary MD, Gleason MM. *Reactive attachment disorder: a review for DSM-V*. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2010.
 22. Agosti V, Stewart JW. Hypomania with and without Dysphoria: comparison of comorbidity and clinical characteristics of respondents from a national community sample. *J Affect Disord* 2008; 108(1-2): 177-82.
 23. Suppes T, Mintz J, McElroy SL, Altshuler LL, Kupka RW, Frye MA, et al. Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(10): 1089-96.
 24. Frick P, Moffitt TE. A proposal to the DSM-V childhood disorders and the ADHD and disruptive behavior disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of conduct disorder based on the presence of callous-unemotional traits.. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2010. p. 1-36.
 25. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011; 168(2): 129-42.
 26. Zisook S, Corruble E, Duan N, Iglewicz A, Karam EG, Lanouette N, et al. The bereavement exclusion and DSM-5. *Depress Anxiety* 2012; 29(5): 425-43.
 27. Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi L, Cooper SA, Martinez Leal R, Bertelli M, et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011; 10(3): 175-80.
 28. Pickersgill MD. Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique [Online]. [cited 2013 Dec]; Available from: URL: <http://jme.bmj.com/content/early/2013/12/10/medethics-2013-101762.full.pdf+html>. *J Med Ethics*
 29. Frances A. *Essentials of psychiatric diagnosis, revised edition: responding to the challenge of DSM-5?* New York, NY: Guilford Publications; 2013.

30. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 109-30.
31. Wakefield JC. The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(7): 825-45.
32. Hazen EP, McDougle CJ, Volkmar FR. Changes in the diagnostic criteria for autism in DSM-5: controversies and concerns. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(7): 739-40.
33. Cosgrove L, Krinsky S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *PLoS Med* 2012; 9(3): e1001190.
34. Coalition for DSM-5 Reform. The open letter to DSM-5 Task Force [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: <http://dsm5-reform.com/the-open-letter-to-dsm-5-task-force/>
35. Robbins B. Open letter to the DSM-5 [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: <http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>
36. American Psychiatric Association. APA president responds to open letter committee call for independent review [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: <http://dsm5-reform.com/apa-task-force-response-to-the-open-letter-committee-call-for-independent-review/>
37. 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.
38. American Psychiatric Association. Using DSM-5 in the transition to ICD-10 [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
39. Craighead WE, Miklowitz DJ, Craighead LW. *Psychopathology: history, diagnosis, and empirical foundations*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2008.
40. Beidel DC, Frueh BC, Hersen M. *Adult psychopathology and diagnosis*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2014.
41. Trost SE, Burke BL, Schoenfeld J. DSM-5: Teaching points for psychology instructors [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: <http://teachpsych.org/Resources/Documents/otrp/resources/trost14.pdf>
42. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013; 11: 126.
43. Etkin A, Cuthbert B. Beyond the DSM: development of a transdiagnostic psychiatric neuroscience course. *Acad Psychiatry* 2014; 38(2): 145-50.
44. Casey BJ, Oliveri ME, Insel T. A neurodevelopmental perspective on the research domain criteria (RDoC) framework. *Biol Psychiatry* 2014; 76(5): 350-3.



The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Development, Review, Prospect

Fariba Zarani¹, Salaheddin Esmaeili², Nayereh Ghashang², Soudeh Aghamohammadi², Mahmoud Khazayi²

Review Article

Abstract

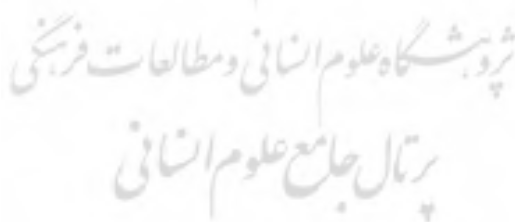
The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) has provided a standard language that physicians, scientists, and public health specialists use to communicate about mental disorders. This guideline was revised for the first time in 1986 and its last edition (fifth edition) was published in 2013. The most important modifications in the DSM-5 include the change in font, reexamination of the definition of psychological disorder, the order of categories, considerations for lifetime growth and developmental issues, categorization of disorders with greater emphasis on neuroscience and less emphasis on symptom emergence, differentiation between main diagnosis and the reason for referral, determination of temporary or absolute diagnosis, new categories of other specified and unspecified disorders, tendency toward dimensional evaluation, decrease in diagnosis-centered system, emphasis on cultural issues, emphasis on gender issues, and reexamination of diagnosis criteria. The aim of the present article was a critical, applied, and integrated investigation into these modifications. The new version received the most criticisms regarding extreme medicalization of normal issues. The main controversies regarding this version are related to the definition of some disorders, diagnostic inflation, and inappropriate impact of drug companies. In the final section of the article, the future perspectives of psychological disorder categories are explored. It seems that the Research Domain Criteria (RDoC) Project will play an important role in psychological disorder categorization in the future.

Keywords: Mental disorders, Diagnostic classification, Fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Research Domain Criteria Project

Citation: Zarani F, Esmaeili S, Ghashang N, Aghamohammadi S, Khazayi M. **The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Development, Review, Prospect.** J Res Behav Sci 2016; 14(1): 125-36.

Received: 03.12.2015

Accepted: 25.02.2016



1- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
2- PhD Student, Department of Psychology, School of Education Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Salaheddin Esmaeili, Email: salah.esmaeili@gmail.com