

تغییر و تحولات صورت گرفته در DSM 5

مقدمه کوتاه درباره DSM

DSM مخفف **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است که برای اولین بار توسط انجمن روان پزشکی آمریکا انتشار یافت و شامل توصیف علائم و دیگر معیارها برای تشخیص اختلالات روانی است. این معیارها زبان مشترکی را میان بالینگران برای تشخیص ارائه می دهند.

DSM با تعریف روشن معیارها برای اختلالات روانی به اتخاذ تشخیص های دقیق و سازگار برای اختلالات روانی کمک کرده است؛ به طور مثال تشخیص اسکیزوفرنیا از یک بالینگر به بالینگر دیگر ثابت است، و برای هر دو متخصص چه در آمریکا اقامت داشته باشند و چه در دیگر مناطق بین المللی اسکیزوفرنیا معنی یکسانی می دهد.

DSM شامل یک علامت تجاری ثبت می باشد که متعلق به انجمن روان پزشکان آمریکا APA می باشد. در ایالات متحده آمریکا نیاز به جمع آوری اطلاعات انگیزه اولیه برای طبقه بندی اختلالات روانی به شمار می رفت. اولین اقدام برای جمع آوری اطلاعات درباره بیماری های روانی در آمریکا، ثبت فراوانی یک طبقه از بیماری های روانی تحت عنوان (کانا/ دیوانگی) در سرشماری سال ۱۸۴۰ بود.

در سال ۱۸۸۰ بین هفت طبقه بیماری روانی تمایز قایل شدند که شامل (شیدایی، مالیخولیا، مونومانی (مشغولیت فکری بیمارگون، فلج ناقص، زوال عقل، می بارگی و صرع) می باشد. در سال ۱۹۱۷ کمیته آماری انجمن روان پزشکی آمریکا (انجمن پزشکی - روان شناسی آمریکا) همراه با کمیسیون حل بهداشت روانی طرحی تصویب کرد که جهت سرشماری برای بیمارستان های روانی مورد استفاده قرار گرفت. گرچه این سیستم در مقایسه با سیستم های قبلی بیشتر یک سیستم بالینی بود ولی در درجه نخست هنوز یک طبقه بندی آماری محسوب می شد که بعداً چندین بار اصلاح شد. در جنگ جهانی دوم با توجه به حجم بالای مبتلایان به آسیب های روانی، روان پزشکان آمریکا با سیل مراجعان مواجه شدند و ضرورت ارزیابی، اقدام و معالجه سربازان آسیب دیده مشهود شد. در واقع مرکز این حرکت به دور از مؤسسات فکری و کلینیک های سنتی بود.

ارتش آمریکا با تشکیل یک کمیته به وسیله روان پزشکان و سرتیپ ویلیام سی منیجر به طبقه بندی و ایجاد یک برنامه که 203 medical نامیده می شد، اقدام کرد که در سال ۱۹۴۳ مثل یک اطلاعیه فنی وزارت جنگ اعلام شد و توسط همه نیروهای مسلح پذیرفته شد. این طبقه بندی بسیار تحت تأثیر اختلالات رفتاری سربازان بود. مقارن با آن سازمان بهداشت جهانی ششمین چاپ ICD را منتشر کرد که برای اولین بار در آن اختلالات روانی گنجانده شده بود.

ICD-6 بسیار تحت تأثیر شدید مجموعه اصطلاحات اداره سربازان قرار داشت و شامل ۱۰ طبقه برای روان پریشی ها، ۹ طبقه برای روان رنجوری ها و ۷ طبقه برای اختلال های منش، رفتار و هوش بود. کمیته اطلاعات و آمار انجمن روان پزشکی آمریکا، نسخه متفاوتی از ICD-6 را به عنوان اولین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-I) در سال ۱۹۵۲ منتشر کرد.

DSM-I این راهنما واژه نامه ای داشت که طبقات تشخیصی در آن توصیف شده و نخستین راهنمای رسمی اختلالات روانی بود و بر کاربرد بالینی تأکید داشت. از خصوصیات اولیه DSM می توان به کاربرد اصطلاح واکنش (Reaction) در سراسر آن تحت تأثیر نفوذ دیدگاه روانی زیستی آدلف مایر نام برد که اختلالات روانی را واکنش شخصیت به عوامل روانی اجتماعی و زیستی قلمداد می کرد. این طبقه بندی ۱۳۰ صفحه داشت و در آن ۱۰۶ ناهنجاری فکری و ذهنی فهرست شده بود.

• DSM-II

اولین اصلاح DSM در سال ۱۹۶۸ صورت گرفت که در آن ۱۸۲ ناهنجاری در ۱۳۴ صفحه فهرست شده بود ولی هنوز کاملاً شبیه DSM-I بود. ویژگی دومین نسخه DSM این بود که اصطلاح واکنش (Reaction) حذف شده بود ولی اصطلاح روان رنجوری ((neurosis) کمکان حفظ شد. در این ویرایش توصیف نشانه‌های بیماری کامل نبود و اکثر بیماری‌ها را واکنشی به تعارض‌های درونی یا استفاده از مکانیسم‌های ناسازگارانه انطباقی برای مشکلات زندگی تلقی می‌کردند.

در این نسخه بیماری‌ها در دو گروه بزرگ نوروز و سایکوز قرار می‌گرفتند به گونه‌ای که برای مثال بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب کمکان در ارتباط با واقعیات بودند ولی بیماران دچار توهم و هذیان ارتباطشان با واقعیت‌ها قطع شده بود. همچنین به دنبال بحث و جدل‌ها بین سال‌های ۱۹۷۰ تا سال ۱۹۷۳ و همچنین ظهور مفروضات جدید از طرف محققانی نظیر آلفرد کینزی و اولین هوکر، در تجدید چاپ هفتم DSM-II در سال ۱۹۷۴ همجنس‌گرایی دیگر یک بیماری در نظر گرفته نشد و به جای آن اصطلاح "اختلال جهت‌گیری جنسی" گنجانده شد.

DSM-III

طرح اولیه DSM-III در یک سال آماده شد و طبقه بندی جدیدی از اختلالات معرفی گردید DSM-III. تعدادی از ابداعات مهم روش شناسی را، شامل معیارهای تشخیصی صریح، سیستم چندمحوری و رویکرد توصیفی را که تلاش می‌کرد با احترام به نظریه های سبب شناسی جهت گیری نداشته باشد، معرفی کرد. این تلاش با کار گسترده تجربی بر روی ساختار و اعتبار معیارهای تشخیصی صریح و توسعه مصاحبه نیمه ساختاریافته تسهیل شده بود. از جمله مباحثی که در این طبقه بندی مطرح شد بحث درباره حذف مفهوم روان رنجوری در روان درمانی و تئوری روان کاوی بود. اما از آنجا که این بحث مبهم و غیرعلمی بود توسط گروه مسئول اصلاح با تضادهایی روبه رو شد. این نسخه از DSM شامل ۴۹۴ صفحه و ۲۶۵ مقوله تشخیص بیماری بود که سرانجام در سال ۱۹۸۰ منتشر شد.

• DSMIII-R

نسخه DSMIII-R در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. با تجدید نظر DSM-III زیر نظر Robert Spitzer، اسامی طبقه بندی‌ها تغییر یافت و تغییرات مهمی در معیارها ایجاد شد، بعضی از مقوله‌ها حذف گردید در حالی که بعضی دیگر اضافه شدند. بعضی از تشخیص‌های بحث برانگیز نظیر ناهنجاری ملال پیش از قاعدگی و اختلال شخصیت آزارطلب مورد بررسی مجدد قرار گرفته و رد شدند. این راهنما شامل ۲۹۲ اختلال بود و ۵۶۷ صفحه داشت.

• DSM-IV

چند سال بعد، در سال ۱۹۹۴، با تجدیدنظری عظیم در DSMIII-R، DSM-IV، انتشار یافت. انتشار این نسخه نقطه اوج ۶ سال تلاش بیش از ۱۰۰۰ نفر و تعداد زیادی از سازمان‌های حرفه‌ای بود. کارگروه های درگیر در این کار هر کدام از یک فرایند سه مرحله‌ای پیروی کردند. اول، هر گروه مطالعه‌ای گسترده در حیطه تشخیصی خود انجام می‌داد. سپس از محققین درخواست اطلاعات می‌کردند. در مرحله دوم، تجزیه و تحلیل صورت می‌گرفت و معیارهایی که نیاز به تغییر داشتند مشخص می‌شد و در نهایت در مرحله سوم با اجرای چند مطالعه میدانی بزرگ به بررسی ارتباط فعالیت های بالینی و تشخیص بیماری‌های روانی می‌پرداختند. از جمله تغییرات مهم این ویرایش نسبت به ویرایش‌های قبلی گنجانیدن معیار این که "علائم موجب پریشانی یا اختلال بالینی قابل توجهی در مسایل اجتماعی، شغلی، یا سایر حوزه‌های عملکردی فرد شود" می‌باشد. در این نسخه ۲۹۷ ناهنجاری در ۸۸۶ صفحه لیست شده بود.

• DSM- IV-TR

تجدید نظر در DSM-IV در سال ۲۰۰۰ انجام شد که در این تجدیدنظر اکثریت معیارهای خاص تشخیص بیماری‌ها تغییر نکردند. نیاز به تجدید نظر در DSM- IV-TR از زمانی که DSM-I انتشار یافته این راهنما به طور دوره‌ای تجدید نظر می‌شود. باتوجه به پیشرفت های وسیع علمی در طی دو دهه گذشته محققان به اطلاعات ارزشمندی درباره شیوع اختلالات روانی، چگونگی فعالیت

مغز، فیزیولوژی مغز و تأثیرات ژن و محیط بر رفتار و سلامت افراد رسیده اند که نحوه مواجهه ما را با اختلالات روانی، شدیداً دگرگون کرده است، از طرفی دیگر DSM-IV محدودیت‌هایی هم دارد که بر لزوم انتشار نسخه جدیدی از DSM تأکید می‌کند. از این جهت بود که نیاز به تجدید نظری عظیم در DSM IV احساس شد .

در سال، ۱۹۹۹ کنفرانس طرح‌ریزی تحقیق در باب DSM-5 توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا و موسسه ملی سلامت روان آمریکا تشکیل گردید تا اولویت‌های پژوهشی برای ویرایش پنجم DSM را مورد بررسی قرار دهد. سپس شش کارگروه برای تمرکز بر مباحث متفاوت DSM-5 تشکیل شد که حیطه‌های کاری آن‌ها شامل اصطلاحات تشخیصی، ژنتیک و علوم اعصاب، موضوعات تحولی و تشخیص، شخصیت و اختلالات ارتباطی، اختلالات روانی و ناتوانی و موضوعات بین فرهنگی بود .

همچنین در سال ۲۰۰۴، سه کارگروه در ارتباط با موضوعات مربوط به جنسیت، تشخیص در سنین سالمندی و اختلالات روانی در نوزادان و کودکان خردسال به این کارگروه‌ها افزوده شدند. در سال ۲۰۰۷، انجمن روان‌پزشکی آمریکا کمیته‌ای را برای نظارت بر شکل‌گیری DSM-5 تشکیل داد که شامل ۲۷ عضو بود.

دانشمندانی که بر روی DSM-5 تحقیق می‌کنند شامل متخصصین و صاحب‌نظران حوزه‌های متعددی چون تحقیقات روان‌پزشکی، کاربالینی، زیست‌شناسی، ژنتیک، آمار، شیوع‌شناسی، بهداشت عمومی می‌باشند.

براساس موارد مذکور تغییرات عمده‌ای در DSM-5 در مقایسه با نسخه‌های قبلی DSM ایجاد شده است که از بارزترین موارد آن می‌توان به تغییر اعداد لاتین اشاره کرد. کارگروه لزوم این تغییر را با توجه به پیشرفت تکنولوژی و گستره وسیع انتقال اطلاعات از طریق شبکه اینترنت در سطح جهان و محدودیتی که اعداد لاتین در این روند ایجاد می‌کنند با اهمیت دانسته و خاطر نشان کرده است، تغییرات بعدی پس از چاپ نسخه پنجم DSM به صورت DSM-5.1 و DSM-5.2 و غیره نشان داده خواهد شد.

روند کنونی تجدیدنظر در DSM به وسیله ۴ اصل هدایت می‌شود :

۱. بیشترین اولویت با سودمندی بالینی است؛ به این معنی که تغییرات باید هم برای درمان‌گر در هر دو حوزه تشخیص و درمان و هم برای بیماران تحت درمان مفید باشد.

۲. تمامی پیشنهادها مطرح شده باید براساس شواهد پژوهشی باشند.

۳. DSM باید پیوستگی و استمرار خود را با ویرایش‌های قبلی حفظ کند.

۴. محدودیت‌های DSM-IV نباید در DSM-5 تکرار شوند. ممکن است که اصل ۳ و ۴ به نظر متناقض برسند، اما هر دو اصل ضروری هستند هر دو اصل عهده دار مسئولیت بررسی دقیق اثرات تغییرات ایجاد شده بر روی تکنیک‌های بالینی، شیوع اختلالات و دیگر عوامل مهم می‌باشند و به طور هم‌زمان باید پیشرفت‌های تشخیصی را که در نتیجه دانش‌های علمی جدید و یافته‌های بالینی ایجاد می‌شوند بررسی کنند.

در تجدیدنظر DSM، کارگروه به این توجه می‌کند که چه عناصری از نسخه کنونی به خوبی عمل می‌کنند، چه عناصری از نظر بالین‌گران مورد نیاز نیستند و چگونه می‌توان به بهترین صورت آن‌ها را اصلاح کرد. به طور مثال کارگروه مشخص می‌کند، چگونه شدت علائم رابطه‌ی ارزیابی کند و چگونه با اختلالات روانی همبود همانند اضطراب و افسردگی برخورد کند. همچنین کارگروه بر روی کاهش موارد تشخیصی “به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده (NOS)” تمرکز کردند. در عین حال کارگروه تلاش زیادی را صرف بهتر تعریف کردن اهداف درمانی برای بالین‌گران و پیشرفت‌های ممکن در سیر درمان، کرده است .

ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی

به علاوه، وظیفه عمده کارگروه DSM-5 تمرکز بر روی ارزیابی چگونگی علایم شایعی است که جزء معیارهای تشخیصی برای اختلالات نیستند ولی شاهد حضور آن‌ها هستیم (به طور مثال علایم بی‌خوابی مرضی (Insomnia) که فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است آن را تجربه کند

در واقع یکی از راه‌های پرداختن به این مسایل از طریق ارزیابی‌های ابعادی (dimensional assessment) است، نکته‌ای که در ویرایش اخیر این کتاب شاهد آن هستیم. ارزیابی ابعادی در مقابل ارزیابی مقوله‌ای (Categorical) قرار دارد به گونه‌ای که دیدگاه مقوله‌ای پیوستگی بین رفتار بهنجار و نابهنجار را در نظر نمی‌گیرد. نظام مقوله‌ای متخصصان بالینی را وادار به تعریف یک آستانه به عنوان آستانه "قابل تشخیص" می‌کند. در این نوع طبقه بندی لیست بخصوصی از علایم برای هر بیماری روانی تعریف شده است. در سیستم مقوله‌ای وجود تعداد معینی از علایم برای دریافت تشخیص لازم است، که اگر این تعداد علایم دیده نشود اختلال تشخیص داده نخواهد شد.

در DSM-IV از نظام تشخیصی مقوله‌ای استفاده شده است. در عین حالی که معیارها در راهنمای تشخیصی قبلی که برای تشخیص بیماران با بیماری روانی در دسترس قرار گرفت بهبود گسترده یافته بود ولی دنیای واقعی با این سیستم تشخیصی مشکل داشت؛ به طوری که "سندرم‌های طبقه‌ای" همواره با "واقعیت طیفی و گسترده علایم" که افراد تجربه می‌کنند سازگار نبود. به دلیل این‌که معیارها برای تشخیص "بله/خیر" بودند (به طور مثال: آیا افراد اختلال دارند یا نه؟)، در بیشتر موارد، روشی در DSM-IV برای محاسبه نمودن شدت اختلال، بدین معنی که راه مشخص و معینی برای شناسایی این‌که آیا بیمار با درمان بهبود می‌یابد؛ وجود نداشت. ارزیابی ابعادی علایم به متخصصین اجازه می‌دهد که به طور سیستماتیک بیماران را در طیف کاملی از علایم که ممکن است تجربه شوند ارزیابی کنند. به طور مثال، اطلاعات درباره خلق افسرده، سطح اضطراب، کیفیت خواب و مصرف مواد ممکن است صرف نظر از تشخیصی که بیمار دریافت کرده برای متخصصین مهم باشد. ارزیابی ابعادی به متخصصین اجازه سنجش هر دو مورد وجود و شدت علایم را به صورت "خیلی شدید"، "شدید"، "متوسط" یا "خفیف" می‌دهد.

این رتبه بندی همچنین می‌تواند برای پی‌گیری کردن پیشرفت بیمار در درمان صورت بگیرد، که برای مثال بهبود را حتی اگر علایم به طور کامل محو نشده باشند نشان می‌دهد. این نوع ارزیابی می‌تواند شاغلین سلامت روان را برای مستند کردن تمام علایم بیماران و نه تنها آن علایمی را که به تشخیص اولیه گره خورده‌اند تشویق کند.

وظایف کنونی کارگروه DSM-5 آزمودن شواهد علمی در دسترس و مشخص کردن این است که چه نوع ارزیابی ابعادی برای بیماری‌های خاصی که تحت بررسی هستند مناسب است.

همچنین کارگروه موظف است به متخصصین آموزش لازم را برای استفاده از این نوع خاص روش ارزیابی بدهد. در DSM-5 دو تعریف تجدیدنظر شده از اختلال روانی ارایه شده است، اما تاکنون هیچ یک از این دو تعریف مورد پذیرش کارگروه DSM-5 قرار نگرفته است. در تعریف نخست اشتین و همکاران (۲۰۱۰) اختلال روانی را به عنوان الگو یا نشانگان روان‌شناختی یا رفتاری که در فرد رخ می‌دهد مطرح می‌کنند.

این الگو یا نشانگان منعکس کننده‌ی یک بدکارکردی روان‌شناختی زیربنایی است و پیامدهای آن ناتوانی (برای مثال تخریب در یک یا چند حوزه‌ی مهم از کارکرد) یا پریشانی (برای مثال یک نشانه‌ی دردناک) بالینی معنادار است.

این نشانگان نباید پاسخی قابل انتظار به یک عامل استرس‌زای عمومی، فقدان (برای مثال از دست دادن فرد مورد علاقه) یا پاسخ فرهنگی معمول به یک رویداد خاص باشند (برای مثال حالت‌های خلسه در آیین‌های مذهبی) و اساساً ناشی از انحراف اجتماعی یا تعارض با جامعه نیستند.

در تعریف دوم، گروه مطالعاتی DSM-5 در زمینه‌ی ارزیابی اختلال و ناتوانی نیز در ملاک اول خود اختلال روانی را الگو یا نشانگان روان‌شناختی و رفتاری معرفی می‌کند که در فرد رخ می‌دهند. این الگو مبتنی بر نقصان یا مشکل در یک یا چند حوزه از کارکرد روانی شامل کارکرد عمومی (برای مثال هشیاری، جهت‌یابی، هوش یا مزاج) یا کارکردهای اختصاصی (برای مثال توجه، حافظه، هیجان، ادراک و تفکر) است، اما محدود به این حوزه‌ها نیست. این نشانگان نباید پاسخی قابل انتظار به یک عامل استرس‌زای عمومی، فقدان یا پاسخ فرهنگی تأیید شده به یک رویداد خاص باشند و اساساً ناشی از انحراف اجتماعی یا تعارض فرد با جامعه نیستند.

آشنایی با تشخیص‌ها در ویرایش پنجم:

DSM-5 از سه بخش تشکیل شده است:

بخش ۱: مقدمه‌ای بر DSM-5 است که اطلاعاتی را در مورد چگونگی استفاده از کتابچه راهنما به افراد می‌دهد.

بخش ۲: طبقات تشخیصی را بر اساس ساختار تجدیدنظر شده مطرح می‌کند.

بخش ۳: مواردی را که نیازمند تحقیقات بیشتر، قبل از استفاده از آن‌ها به عنوان یک اختلال رسمی هستند، مشخص می‌کند و همچنین فرمول‌بندی فرهنگی، واژه نامه، اسامی افراد دخیل در تهیه DSM-5 و سایر اطلاعات را بیان می‌دارد.

دو تغییر عمده محتوایی در DSM-5

الف) حذف سیستم چندمحوری

DSM-5 به سمت حذف محورها گام برداشته است و به ترکیب محورهای I و II و III با نمادهای جداگانه برای عوامل روانی-اجتماعی (که قبلاً محور IV بود) و ناتوانی (که قبلاً روی محور V بود) پرداخته است.

ب) ترتیب فصول DSM-5، بیست فصل خواهد داشت

که فصول بر اساس ارتباطشان با یکدیگر بازسازی شده‌اند. در این ارتباط‌ها مواردی چون شباهت‌ها در آسیب‌پذیری بین اختلالات و ویژگی‌های علایم مربوط به اختلالات لحاظ شده است. این تغییرات هم‌تراز با تغییرات سازمان جهانی بهداشت (WHO) و طبقه بندی بین المللی بیماری‌های نسخه ۱۱ (ICD-11) است و انتظار می‌رود این تغییرات، باعث تسهیل و بهبود ارتباطات بین این طبقه‌بندی‌ها شود.

طبقات تشخیصی

1. DSM-5 اختلالات عصبی-رشدی Neurodevelopmental

شش دسته اختلالات شامل اختلالات رشد عقلانی، اختلالات ارتباطی، اختلالات طیف اوتسم، اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، اختلالات یادگیری و اختلالات حرکتی در این طبقه قرار می‌گیرند که در هر یک از این دسته‌ها اختلالات زیادی گنجانده شده است؛ برخی از این اختلالات نظیر اختلال آوایی (Voice Disorder)، اختلال ارتباط اجتماعی (Social Communication Disorder)، اختلال زبانی خاص (Specific Language Impairment) و پیدایش دیر هنگام زبان، تشخیص‌های جدیدی هستند که در DSM-IV وجود ندارند، علاوه بر این اختلالاتی مانند اختلال زبانی بیانی، اختلال مختلط زبانی درکی-بیانی (Mixed) (receptive-expressive language disorder) در راهنمای جدید حذف شده‌اند.

اختلالاتی که در این طبقه قرار می‌گیرند در DSM-IV، در طبقه تشخیصی "اختلالاتی که برای نخستین بار در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند" و "اختلالات اضطرابی" قرار داشتند. اختلالات ارتباطی دوباره سازمان بندی شده اند و شامل اختلال ارتباط اجتماعی به علاوه دو طبقه تشخیصی اختلال زبانی-تکلمی و اختلال بیانی است. این طبقه ها هر کدام شامل زیرمجموعه هایی مناسب برای پوشش تمام ۷ اختلالی که قبلاً برای این طبقه تشخیصی فرض می‌شده است (تکلم غیرمنتظره، اختلالات تکلمی خاص، اختلال ارتباط اجتماعی، اختلال آوایی، اختلال درکی - بیانی، اختلال حرکتی گفتار، اختلال سلیسی آغاز شده در کودکی. اختلالات یادگیری به اختلالات یادگیری اختصاصی تغییر پیدا کرد و انواع قبلی اختلالات یادگیری (Dyslexia, Dyscalculia, and Disorder of Written Expression) دیگر توصیه نمی‌شوند. در عوض نوع اختلال یادگیری در تشخیص ذکر خواهد شد.

پیش نویس ارایه شده از طرف کارگروه neurodevelopmental طبقه جدیدی را که اختلالات طیف اوتیسم خوانده می‌شوند و می‌توانند تعدادی تشخیص را که قبلاً جدا از هم بودند متحد کنند توصیه می‌کند، این اختلالات شامل اختلال اوتیسم، اختلال آسپرگر، اختلالات فرساینده کودکی و اختلالات نافذ رشد که به گونه‌ای دیگر طبقه بندی نشده اند، می‌باشد. اختلالات طیف اوتیسم (ASD) گروه اختلالات عصبی رشدی است که در معیارهای تشخیصی مرتبط به کمبود در ارتباطات و اجتماعی شدن و علاقه محدود و رفتارهای تکراری همپوشی دارند. بحث در خصوص تفاوت بین اختلالات شامل در طیف بحثی قدیمی است و ناکامی در پیدا کردن تداومی در تفاوت بین این اختلالات، حذف مرزهای مجزا و جدا از هم را توصیه می‌کند، اما در عوض باید پیوستاری در شدت علایم وجود داشته باشد.

همچنین فقدان مشخص کننده‌های بیولوژیکی برای این اختلالات، مجادلات بیشتری را در باب تمایزهای معتبر بین زیر مجموعه ASD ایجاد می‌کند.

در پیش نویس اظهار شده است که علایم این چهار اختلال به صورت طیفی از خفیف تا شدید، به جای تشخیص ساده بله/خیر برای یک اختلال خاص بروز می‌کند. معیارهای تشخیصی پیشنهاد شده برای اختلالات طیف اوتیسم محدوده‌ای از شدت را به گونه ای که وضعیت رشد کلی فرد را در زمینه ارتباطات اجتماعی و دیگر رفتارهای شناختی و حرکتی مرتبط توصیف می‌کند. با این تغییر جدید و اساسی ممکن است که افراد با شدت کمتر علایم، دیگر تشخیص مشخصی دریافت نکنند.

تغییر دیگر در مورد نرخ شیوع و وقوع ASD ها خواهد بود. با ارایه علایم تشخیصی محدودتر، کودکان کم تری واجد معیارهای تشخیصی برای این گونه اختلالات خواهند بود. از دیگر تغییرات در این طبقه تشخیصی می‌توان به افزودن معیار "ADHD" جای دیگر طبقه بندی نشده "اشاره کرد.

2. اختلالات اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک schizophrenia and other psychotic disorder

در این طبقه اختلالاتی قرار گرفته‌اند که در DSM-IV تحت عنوان طبقه تشخیصی اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک قرار داده شده‌اند. قرار گرفتن اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در این طبقه و حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی (مانند پارانوئید یا آشفته) مهم ترین تغییرات این طبقه این راهنما نسبت به DSM-IV است. علاوه براین، دو اختلال پیشنهادی در این طبقه قرار گرفته‌اند که اختلال نخست علایم سایکوز خفیف و اختلال دوم کاتاتونیا (هم به عنوان یک اختلال مجزا با نام اختلال کاتاتونیک مرتبط با وضعیت پزشکی عمومی ناشناخته و هم به عنوان تصریح کننده‌ی کاتاتونیا که در طیف وسیعی از اختلالات می‌تواند روی دهد) است.

در ادامه معیارهای تشخیصی نشانگان ریسک سایکوز را شرح می‌دهیم. معیارهای پیشنهادی برای نشانگان ریسک سایکوز /Risk syndrome psychosis) علایم مشخصه: حداقل یکی از موارد زیر در شکلی ضعیف با واقعیت سنجی سالم، اما با شدت و یا تناوب کافی، به طوری که بیش از حالت هنجار است:

(i) هذیان (ii) توهم (iii) گفتار نابسمان

(ب) تناوب/ رواج: علائم معیار الف باید در طی ماه گذشته و با تناوب حداقل یک بار در هفته در ماه گذشته حضور داشته باشند.

(ج) پیشرفت: علائم معیار الف باید در طی سال گذشته آغاز و یا بدتر شده باشند.

(د) پریشانی/ ناتوانی/ جستجو برای درمان: نشانه ها به اندازه کافی پریشان کننده و یا ناتوان کننده برای بیمار و یا دیگران هستند که منجر به جستجوی کمک می شود.

(ه) علائم سایکوز خفیف توسط دیگر تشخیص های DSM-5 بهتر توجیه نمی شود.

(و) معیارهای بالینی برای هرگونه اختلال سایکوتیک DSM-5 هرگز مشاهده نشده باشد.

3. اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن Bipolar and related disorders

طبقه‌ی تشخیصی اختلالات خلقی DSM-IV در راهنمای جدید به دو طبقه‌ی مجزای اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن و اختلالات افسردگی تقسیم شده است. طبقه‌ی تشخیصی اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن به عنوان سومین طبقه‌ی تشخیصی و یک طبقه‌ی جدید شامل اختلالاتی نظیر اختلال دوقطبی نوع I، نوع II و اختلال خلق ادواری است.

4. اختلالات افسردگی Depressive disorder

این طبقه شامل اختلالاتی نظیر اختلال خلق نامنظم مخرب، اختلال افسردگی اساسی/ دوره‌ی واحد، اختلال افسردگی اساسی/ عود کننده و افسرده خویی است.

مهم ترین تغییر در این طبقه اضافه شدن دو اختلال جدید است که عبارتند از:

(الف) اختلال افسردگی/ اضطراب مختلط (mixed anxiety/depression disorder) وجود سه یا چهار علامت از افسردگی اساسی [باید شامل خلق افسرده یا فقدان لذت باشد] که با آشفتگی اضطرابی همراه باشد.

این علائم حداقل ۲ هفته طول می کشند و به صورت هم زمان رخ می دهند.

(ب) اختلال ملال پیش از قاعدگی (premenstrual dysphoric disorder) این اختلال در DSM-IV به عنوان یکی از “اختلالات افسردگی که به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند” گنجانده شده است، اما در راهنمای جدید به عنوان یک اختلال مجزا کدگذاری می شود.

در DSM-IV دوره خروج از سوگ، افسردگی به حساب نمی آمد. اما اشاره شده بود که اگر این دوره بیش از ۲ ماه بعد از دست دادن فرد موردعلاقه ادامه یابد، تشخیص داغدیدگی از افسردگی اساسی پیچیده می شود.

در پیش نویس انتشار یافته از DSM-5 خروج از سوگ از تبصره ویژه برای دوره افسردگی اساسی حذف گردیده که این حرکت موجب انتقاداتی شده است. منتقدان استدلال می کنند که حذف کردن معیار خروج از سوگ موجب بیمارگون کردن واکنش داغدیدگی هنجار می شود و ممکن است منجر به درمان های دارویی نامناسب شود.

5. اختلال بی نظمی مخرب خلق Disruptive mood dysregulation disorder در DSM-5 این تشخیص به کودکانی اطلاق خواهد شد که تحریک پذیری مداوم و رفتارهای مکرر طغیان را ۳ یا بیشتر از ۳ بار در هفته و به مدت بیش از ۱ سال نشان می دهند.

این طبقه تشخیصی به دلیلی نگرانی های بالقوه در مورد افزایش تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان به وجود آمده است. در مورد دوره شیدایی و نیمه شیدایی نیز معیار A تجدید نظر شده است و افزایش انرژی/ فعالیت به عنوان علامت اصلی مطرح گردیده است.

6. اختلالات اضطرابی Anxiety disorder

این طبقه در DSM-IV نیز با همین نام قرار دارد. اما تفاوتی که وجود دارد این است که بسیاری از اختلالاتی که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات اضطرابی مطرح شده‌اند در راهنمای جدید در بین طبقات مجزای اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی-عملی و اختلالات مرتبط با آن، اختلالات مرتبط با سانه و عوامل تنش‌زا، توزیع شده‌اند. مهم‌ترین تغییراتی که در این طبقه در DSM-5 ایجاد شده است، حذف اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلال وسواسی-عملی (OCD) و قرار گرفتن آن‌ها در یک طبقه‌ی تشخیصی مجزا است. علاوه بر این اختلالاتی نیز به این طبقه‌ی تشخیصی اضافه شده‌اند؛ همانند اختلال اضطراب جدایی است که در DSM-IV تحت عنوان "سایر اختلالات شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی" قرار گرفته است و در این‌جا تبدیل به یک اختلال مجزا شده است.

اختلال اضطراب جدایی برای اولین بار در DSM-III-R مطرح شده بود، مهم‌ترین تفاوت بین DSM-III-R و DSM-5 این است که تداوم نشانگان در DSM-5 برای حداقل چهار هفته برای تشخیص اختلال لازم دانسته شده است، در حالی که در DSM-III-R و DSM-III، دو هفته را برای این مدت کافی دانسته‌اند.

متن تجدید نظر شده DSM-IV-TR اختلال اضطراب جدایی را جزء اختلالات دوره‌ی شیرخوارگی کودکی و نوجوانی آورده است. تغییر دوم اضافه شدن آگورافوبیا به عنوان یک اختلال مجزا است که این تشخیص نیز در DSM-IV به عنوان حالتی که تنها در بستر اختلال وحشت‌زدگی (پانیک) روی می‌داد (حمله‌ی وحشت‌زدگی با آگورافوبیا یا آگورافوبیا بدون سابقه‌ی حمله وحشت‌زدگی) شناخته می‌شد.

دیگر تغییرات این طبقه عبارتند از:

*** آگرو فوبیا:** مدت زمان استمرار معیارها تغییر یافته است (از "استمرار حداقل به مدت شش ماه" به "حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت ۶ ماه یا بیشتر"). * اختلال اضطراب فراگیر: تعداد علائم فیزیکی مرتبط از شش مورد به دو مورد کاهش یافته است.

*** فوبیای خاص:** مدت زمان استمرار معیارها تغییر یافته است (از "استمرار حداقل به مدت شش ماه" به "حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت ۶ ماه یا بیشتر"). * اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی): مدت زمان استمرار معیارها تغییر یافته است (از "استمرار حداقل به مدت شش ماه" به "حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت شش ماه یا بیشتر"). * افزودن معیار اختلال اضطرابی جای دیگر طبقه بندی نشده.

* افزودن معیار برای اختلال اضطرابی مرتبط به دیگر شرایط پزشکی.

* افزودن معیار برای اختلال اضطرابی ناشی از مواد.

7. اختلالات وسواس فکری / عملی و اختلالات مرتبط با آن OCD and related disorders

این طبقه از طبقه‌ی اختلالات اضطرابی DSM-IV جدا شده است. و شامل اختلالاتی است که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه‌جسمی و اختلالات کنترل تکانه که به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند، مطرح شده است.

از مهم‌ترین اختلالات این طبقه می‌توان به اختلال وسواسی-عملی، اختلال بدشکلی بدن، اختلال انبارکردن، اختلال کندن مو (trichotillomania) و اختلال کندن پوست اشاره کرد. در DSM-IV اختکار به عنوان یکی از معیارهای شخصیت وسواسی-اجباری (OCPD) ذکر شده است. بر اساس DSM-IV زمانی که اختکار مفرط باشد متخصصین باید تشخیص OCD را بگذارند و اگر معیارها برای هر دو اختلال OCPD و OCD دیده شد باید هر دو تشخیص را بگذارند. اگرچه به نظر می‌رسد اختکار اجباری

اغلب از دیگر اختلالات نورولوژیکی و روان پزشکی، از جمله OCD و OCD مجزا است. اگرچه در DSM-IV به صراحت بیان نشده اما زمانی که احتکار شدید باشد می توان آن را از نشانه های OCD به حساب آورد .

این نکته می تواند زمانی که تنها احتکار وجود دارد و دیگر علائم OCD وجود ندارد ، برای تشخیص OCD بحث انگیز باشد و بالینی گر را دچار مشکل کند. بنابراین در DSM-5 اختلال احتکار را به عنوان اختلالی مجزا از اختلال وسواس فکری- عملی قرار دادند که ویژگی های آن به قرار زیر است:

تشخیص OCD به عنوان شرایط همبود (تقریباً در ۲۰٪ موارد) ممکن است وجود داشته باشد اما این همبودی شایع نیست. همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی با این اختلال شایع تر است.

ترس از دست دادن چیز های مهم ممکن است از نظر عملکردی شبیه وسواس فکری باشد .

افکار، تصاویر یا تکانه های ناخوانده، ناخواسته و متناقض که به طور فعال مقاوم باشد، مشاهده نمی شود .

اجتناب از دور انداختن چیزها که ممکن است از نظر عملکردی شبیه وسواس عملی باشد .

احتکار از نظر بالینی در این بیماران آشکارا وجود دارد، این احتکار در نتیجه یک نیاز عاطفی یا واقعی نیست .

احتکار اگر همبود با OCD باشد، احتکار نسبت به دیگر علائم OCD ثانویه نیست .

تقریباً در یک سوم موارد وجود تشخیص OCDP محتمل است. هر چند زمانی که معیارهای احتکار مستثنی شوند، بیماران مبتلا به اختلال احتکار بیشتر از مبتلایان به دیگر اختلالات اضطرابی تشخیص OCDP دریافت نمی کنند .

وجود دیگر اختلالات شخصیت به جز OCDP شایع تر است .

این افراد نسبت به بیماری خود بینش ضعیف دارند. احتکار می تواند به خصوص در مراحل ابتدایی همخوان با خود باشد. این افراد احتکار را مشکل نمی دانند و درصدد جستجوی کمک بر نمی آیند، به طوری که دیگران برای در مان آن ها پافشاری نمی کنند.

علائم این بیماران ثابت است اما در طول زمان بدتر می شود.

شیوع این اختلال در حدود ۲٪ تا ۵٪ است .

این اختلال ۵۰٪ به طور ژنتیکی در بزرگسالان دیده می شود .

اختلال در پردازش اطلاعاتی در زمینه های تصمیم گیری، طبقه بندی، سازماندهی، مشکلات در حافظه وجود دارد. این افراد باورهای نادرستی درباره تملک اشیاء دارند.

پاسخ به درمان این اختلال ضعیف تا متوسط است.

8. اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش زا Trauma and stressor related disorder

این طبقه اختلالاتی را در بر می گیرد که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات اضطرابی و اختلالات انطباقی مطرح شده اند.

اختلال دلبستگی واکنشی (که در DSM-IV در طبقه ی اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند، قرار دارد)، اختلال استرس پس از سانحه ی حاد، اختلالات انطباقی و اختلال استرس پس از سانحه از مهم ترین اختلالات این طبقه ی جدید هستند.

از نکات جالب توجه در این طبقه می توان به اضافه شدن اختلالی با عنوان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان پیش دبستانی اشاره نمود. به رغم آن که محققان و متخصصان از مدت ها پیش پذیرفته بودند که کودکان و نوجوانان نسبت به رویدادهای استرس زا حساس هستند، اما تا همین اواخر فرض می شد که واکنش کودکان نسبت به رویدادهای آسیب زا بیشتر نشان دهنده ی واکنش های انطباقی کوتاه مدت است و تا سال ۱۹۸۷ و زمان انتشار DSM-III-R وجود این اختلال در کودکان و نوجوانان پذیرفته نشده بود (دیویس و سیگل، ۲۰۰۰)

بر این اساس اضافه شدن این اختلال جدید می‌تواند نشان از شیوع بالای مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا در کودکان و تأثیرات مخرب این ضربه‌ها بر سیر تحولی آنان به عنوان گروه سنی آسیب‌پذیر باشد .

9. اختلالات تجزیه‌ای Dissociative disorder

اختلالات تجزیه‌ای در DSM-IV طبقه تشخیصی با همین نام را به خود اختصاص داده‌اند و شامل اختلالاتی نظیر مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت، یادزدودگی تجزیه‌ای و اختلال هویت تجزیه‌ای است. این طبقه‌ی تشخیصی در مقایسه با DSM-IV، تغییر نسبتاً کمی داشته است و تنها تغییر چشمگیر در این طبقه حذف اختلال گریز تجزیه‌ای است.

10. اختلالات نشانه‌های بدنی Somatic Symptom Disorders

این طبقه تشخیص‌هایی را دربرمی‌گیرد که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات شبه‌جسمی قرار گرفته‌اند. این طبقه‌ی تشخیصی شامل ۷ اختلال است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به اختلال علایم بدنی پیچیده، اختلال علایم بدنی ساده، اختلال اضطراب بیماری و اختلال عصب شناختی کارکردی (اختلال تبدیلی) اشاره کرد؛ از آن‌جایی که اختلال جسمانی کردن، خودبیمارانگاری، میگنا دات آی آر، اختلال شبه جسمی نامتمايز و اختلال درد، مشخصه‌های عمومی مشترکی دارند (یعنی علایم بدنی و تحریف‌های شناختی) در این‌جا تحت عنوان یک اختلال با نام اختلال علام بدنی پیچیده مطرح شده‌اند. علاوه بر این اختلالات ساختگی که در DSM-IV به صورت طبقه‌ای مجزا قرار دارند، در DSM-5 در زیرمجموعه‌ی اختلالات علایم بدنی قرار گرفته است. اختلال تبدیلی به نشانگان عصب شناختی کارکردی ((Functional Neurological Symptoms تغییر نام داده شده است.

11. اختلالات تغذیه و خوردن Feeding and eating disorder

اختلالات تغذیه و خوردن شامل تشخیص‌هایی هستند که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات خوردن قرار گرفته‌اند. هرزه‌خواری، اختلال نشخوار، بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی از مهم‌ترین اختلالات این طبقه هستند . مهم‌ترین تغییر صورت گرفته در این طبقه اضافه شدن اختلال پر خوری به عنوان یک تشخیص قابل کدگذاری است؛ علاوه بر این تغییر نام این طبقه به منظور منعکس کردن شمول اختلالات تغذیه‌ای (مانند هرزه‌خواری و اختلال نشخوار) در این طبقه انجام گرفته است که در DSM-IV تحت عنوان "اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی" تشخیص داده می‌شوند، مطرح شده‌اند .

در DSM-5 تجدید نظرهایی در معیارهای تشخیصی اختلالات خوردن (Eating Disorder) به منظور کاهش تشخیص ED NOS و افزایش دقت در گروه‌های تشخیصی مطرح شده، اعمال گردیده که این تغییرات عبارتند از :

بی‌اشتهایی عصبی:

حذف معیار آمنوره شدن در مورد زنان .

'پراشتهایی عصبی تکرار دوره‌های راجعه پر خوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب از دوبار در هفته به یک بار در هفته در طی سه ماه گذشته کاهش یافته است .

'اختلال پر خوری تجدید نظر چشمگیر در طبقه اختلالات تغذیه و خوردن به رسمیت شناختن اختلال پر خوری (Binge Eating Disorder) به عنوان اختلالی مشخص شده است که معیارهای تشخیصی آن به شرح زیر است:

الف) دوره‌های راجعه از پر خوری که با هر دو مورد زیر مشخص می‌شوند:

1. خوردن، در دوره‌های زمانی منفصل (به طور مثال هر دوره دو ساعت) و مقدار غذایی مشخصاً بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در دوره‌های زمانی و موقعیت‌های مشابه می‌خورند .

2. احساس عدم کنترل بر خوردن در طی دوره‌ها (به طور مثال فرد احساس می‌کند نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا کنترلی بر این که چه می‌خورد و چه مقدار می‌خورد ندارد.

ب) دوره‌های پرخوری با سه مورد (یا بیشتر) از موارد زیر مرتبط است:

1. غذا خوردن با سرعت بیشتر از هنجار.
2. غذا خوردن تا زمانی که احساس پر بودن ناراحت‌کننده‌ای به فرد دست دهد.
3. خوردن مقدار زیادی از غذا زمانی که فرد به طور فیزیکی احساس گرسنگی نمی‌کند. ۴. تنها غذا خوردن به دلیل احساس شرمندگی از میزان غذایی که می‌خورد.
5. احساس انزجار از خود، افسردگی یا احساس گناه زیاد بعد از پرخوری.

ج) پریشانی مشخص در نتیجه پرخوری وجود دارد.

د) پرخوری حداقل یک بار در هفته به مدت ۳ ماه اتفاق می‌افتد.

و) پرخوری با استفاده‌ی مکرر از رفتارهای جبرانی نامناسب مرتبط نیست و منحصراً در طی دوره‌های بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی اتفاق نمی‌افتد.

'اختلالات خوردن در جای دیگر طبقه‌بندی نشده:'

طبقه‌ی اختلالات خوردن در جای دیگر طبقه‌بندی نشده برای اختلالات خوردنی است که شامل معیارها برای هیچ یک از اختلالات خوردن مشخص شده نیستند.

12. اختلالات دفعی Elimination disorders

اختلالات دفعی در DSM-IV از جمله اختلالاتی هستند که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند.

در DSM-5 این اختلالات منفک شده و تبدیل به یک طبقه‌ی تشخیصی مجزا شده‌اند؛ شامل دو اختلال بی‌اختیاری ادرار و بی‌اختیاری مدفوع.

13. اختلالات خواب – بیداری Sleep _ wake disorders

این اختلالات در DSM-IV تحت عنوان اختلالات خواب مطرح شده‌اند.

این طبقه‌ی تشخیصی در راهنمای جدید، ۲۰ اختلال مجزا را دربر می‌گیرد که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به اختلال بی‌خوابی، پرخوابی اولیه (early hypersomnia)، حمله‌ی خواب بدون کاتاپلکسی، اختلال کابوس، اختلال رفتار حرکت سریع چشم و سندرم پاهای بی‌قرار اشاره نمود.

14. اختلالات کنش جنسی Sexual dysfunction

طبقه‌ی تشخیصی اختلالات جنسی و هویت جنسی (gender identity) در DSM-IV به سه طبقه‌ی تشخیصی مجزا، یعنی اختلالات کنش جنسی، ملال جنسی و نابهنجاری‌های جنسی در DSM-5 تقسیم شده است.

طبقه‌ی تشخیصی اختلالات کنش جنسی در ۱۰ دسته قرار می‌گیرند که همانند DSM-IV شامل اختلالات میل جنسی (مانند اختلال میل جنسی کم‌کار در مردان)، اختلالات انگیزش جنسی (مانند اختلال نعوظ)، اختلالات ارگاسمی (مانند انزال زودرس) و اختلالات درد جنسی (مانند مقاربت دردناک) است.

15. ملال جنسی Gender Dysphoria

طبقه‌ی تشخیصی ملال جنسی (Gender Dysphoria)، معادل اختلال هویت جنسی در DSM-IV است که شامل سه اختلال ملال جنسی در کودکان، ملال جنسی در نوجوانان یا بزرگسالان و ملال جنسی نامتمایز است.

16. نابهنجاری‌های جنسی Paraphilic Disorders

طبقه‌ی تشخیصی نابهنجاری‌های جنسی (Paraphilic Disorders)، شامل اختلالاتی است که در DSM-IV، تحت عنوان اختلالات جنسی و هویت جنسی قرار گرفته‌اند.

در این طبقه‌ی تشخیصی ۹ اختلال مجزا قرار گرفته‌اند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به اختلال نمایشگری، یادگار خواهی، نظربازی، آزارگری جنسی اشاره کرد (اختلالات این طبقه همگی مشابه نابهنجاری‌های جنسی مطرح شده در DSM-IV هستند).

17. اختلالات رفتار ایدایی، کنترل تکانه و سلوک Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders

این طبقه‌ی تشخیصی شامل هفت اختلال است که در DSM-IV در زیرگروه «اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند» و «اختلالات کنترل تکانه» که به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند، قرار دارند.

اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، آتش افروزی، دزدی بیمارگون، اختلال انفجاری متناوب و اختلال سلوک مهم‌ترین اختلالات در این طبقه‌ی تشخیصی هستند.

18. اختلالات اعتیادی و مصرف مواد Substance Use and Addictive Disorders

این طبقه شامل اختلالاتی می‌باشد که در DSM-IV در طبقه‌ی اختلالات وابسته به مواد قرار دارند. تغییر نام این طبقه به منظور وسعت دادن شمول آن انجام گرفته است تا هم اختلالات مصرف مواد و هم رفتارهای اعتیادی غیر مصرف مواد را دربرگیرد. تنها رفتار اعتیادی غیر مصرف مواد که در این طبقه‌ی تشخیصی قرار گرفته، اختلال قماربازی است که در DSM-IV در دسته‌ی «اختلالات کنترل تکانه که به گونه‌ای دیگر طبقه بندی نشده‌اند»، قرار دارد.

سایر اختلالات این طبقه در سه دسته‌ی کلی اختلالات مصرف مواد، مسمومیت مواد و ترک مواد جای گرفته‌اند. در اختلالات سوء مصرف مواد معیارهای قبلی برای تشخیص سوء مصرف مواد وجود تنها یکی از علائم را ضروری می‌دانست در حالی که اختلال مصرف مواد در DSM-5 تعدیل شده و نیازمند ۲ یا ۳ مورد از علائم برای تشخیص است.

در کارگروه DSM5 طرفداران اصطلاح addiction باور دارند که این کلمه می‌تواند به خوبی به شرایط مصرف و سواس گونه مواد اشاره کند و نیز می‌تواند آن را از وابستگی فیزیکی هنجار که ممکن است در نتیجه مصرف داروهای موثر بروی سیستم اعصاب مرکزی، اتفاق بیافتد، تمیز دهد.

کسانی که با اصطلاح dependence موافق بودند احساس کردند که این کلمه اصطلاح خنثی‌تری است که می‌تواند به راحتی برای تمام مواد از جمله الکل و نیکوتین اعمال شود و استدلال کردند که کلمه addiction اصطلاح تحقیرآمیزی است که می‌تواند برای انگ زدن به مردمی که اختلال مصرف مواد دارند، استفاده شود.

در طی آخرین رأی گیری کلمه dependence تنها با یک رأی نسبت به addiction شکست خورد و در نهایت از کلمه Addiction در نام‌گذاری این طبقه استفاده گردید.

19. اختلالات عصبی - شناختی Neurocognitive Disorders

اختلالات این طبقه تشخیصی در DSM-IV در طبقه‌ی دلیریوم، دمانس و سایر اختلالات نسیانی و شناختی قرار گرفته‌اند. این طبقه‌ی تشخیصی در راهنمای جدید به سه دسته‌ی گسترده‌ی دلیریوم، اختلال عصبی - شناختی اساسی و اختلال عصبی - شناختی خفیف تقسیم شده‌اند که در مجموع بیست و هفت اختلال مجزا را دربر می‌گیرند.

20. اختلالات شخصیت Personality disorders

شاید بتوان بیشترین تغییر ایجاد شده در طبقات تشخیصی راهنمای جدید را در حوزه‌ی اختلالات شخصیت مشاهده کرد.

کار گروه DSM-5 بر اساس یک مدل ابعادی طبقه‌ای پیوندی، فرمول‌بندی جدیدی از ارزیابی و تشخیص آسیب‌شناسی شخصیت پیشنهاد کرده است که در آن انواع اختلالات شخصیت با صفات شخصیتی آسیب‌شناختی ادغام می‌شوند. بر این اساس در راهنمای جدید ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت، تخریب در عملکرد شخصیت و وجود صفات شخصیتی آسیب‌شناختی است و

برای تشخیص اختلال شخصیت ۵ ملاک باید وجود داشته باشد که عبارتند از:

1. تخریب قابل ملاحظه در عملکرد خود (هویت و خود جهت‌دهی) و عملکرد بین فردی (همدلی یا صمیمیت)
 2. وجود یک یا چند ویژگی شخصیتی بیمارگون
 3. آسیب در عملکرد خود و تظاهرات صفات شخصیتی که در طول زمان و در موقعیت‌های مختلف ثابت هستند
 4. آسیب در کارکردهای شخصیتی و تظاهر صفات شخصیتی را نمی‌توان ناشی از سطح تحولی هنجار فرد یا محیط اجتماعی / فرهنگی، در نظر گرفت.
 5. آسیب در کارکردهای شخصیتی و تظاهر صفات شخصیتی ناشی از اثرات مستقیم فیزیولوژیک یک ماده (برای مثال داروی غیرمجاز یا تجویز شده) یا یک وضعیت پزشکی عمومی (برای مثال ضربه‌ی شدید مغزی) نمی‌باشد.
- کار گروه DSM-5، بر اساس معیارهای مبتنی بر آسیب نوعی در کارکرد شخصیت و صفات شخصیتی بیمارگون، اختلالات شخصیتی DSM-IV را از ده اختلال به شش اختلال که شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، خودشیفته، وسواسی - اجباری و اسکیزوتایپی هستند کاهش داده است.
- در مجموع مهم‌ترین مزیت مدل ابعادی جدید را می‌توان در نظر گرفتن اختلالات شخصیت به صورت یک پیوستار و نه صرفاً نگاهی دووجهی (وجود یا عدم وجود اختلالات شخصیت آن‌گونه که در DSM-IV وجود دارد) به آن‌ها و ارزیابی شدت کارکردی‌های شخصیت دانست.

21. سایر اختلالات Other disorder

در نهایت آخرین طبقه‌ی تشخیصی DSM5، تحت عنوان سایر اختلالات، شامل تشخیص‌های جدیدی است که در DSM-IV قرار ندارند و در این طبقه دو اختلال آسیب به خود و آسیب به خود از نوع غیرخودکشی قرار گرفته است. انتقادات وارده به کار کمیته شکل‌گیری DSM-5 فرایند کار کمیته شکل‌گیری DSM-5 و همچنین اولین پیشنهادی منتشر شده این کمیته انتقاداتی را برانگیخته که به طور خلاصه در ذیل به آن‌ها می‌پردازیم:

- در کمیته شکل‌گیری DSM-5 برای اولین بار از اعضا خواسته شد توافق نامه‌ای را امضا کنند که بر حسب آن کل فرایند کار گروه‌ها و کمیته به صورت مخفیانه باشد. این امر انتقادات بسیاری از جانب صاحب‌نظران از جمله رابرت اسپیتزر سرپرست کمیته شکل‌گیری ویرایش سوم DSM و آلن فرانسیس سرپرست کمیته شکل‌گیری ویرایش چهارم DSM برانگیخته است. این منتقدان

معتقدند برای حفظ روایی و اعتبار طبقات تشخیصی جدید، شفافیت فرایندهای کار کمیته و گروه‌ها و همچنین امکان نظردهی سایر صاحب‌نظران درباره این فرایند ضروری است.

-همان‌طور که قبلاً هم ذکر شد افزایش قابل توجه تعداد اعضای کمیته که پیوندها و روابطی را با سازمان‌های صنعتی دارند، موجب نگرانی منتقدین گردیده است. منتقدین می‌گویند این امر ممکن است سبب شکل‌گیری سوگیری‌های قابل توجه و پزشکی‌سازی بیش از پیش شرایط طبیعی زندگی گردد.

-یکی دیگر از انتقادات جدی به DSM-5، تداوم سوگیری‌های فرهنگی است. از نظر منتقدین این حیطه، با وجود شواهد روزافزون وجود سوگیری‌های فرهنگی در سیستم تشخیصی DSM، هیچ تغییر قابل توجهی در این زمینه صورت نگرفته است.

-اما یکی از جدی‌ترین انتقادات به پیش‌نویس اولیه ارایه شده DSM-5، درباره سیستم جدید تشخیص اختلالات شخصیت است. از نظر منتقدان این سیستم التقاطی که ملغمه‌ای از دو سیستم تشخیصی مقوله‌ای و ابعادی است، نه تنها دارای چهارچوب منطقی قابل قبولی نیست، بلکه در عمل نیز مشکلات فراوانی را به وجود خواهد آورد. این سیستم از لحاظ بالینی به اندازه کافی مورد بررسی و آزمایش قرار نگرفته و از طرف دیگر با سیستم رایج و جاافتاده میان روان‌پزشکان و روان‌شناسان تفاوت عمده‌ای دارد و بنابراین جانداختن آن به انرژی فراوان و تلاش‌های گسترده نیازمند است که با توجه به فقدان چارچوب نظری منسجم و منطقی برای این سیستم التقاطی معلوم نیست آیا این اصلاح، ارزش این همه تلاش را دارد یا خیر (گروهل، ۲۰۱۰)

منابع

۱. WWW.DSM-5.org
۲. WWW.APA.ORG
۳. Niles. A. N., Lebeau, R. T., Liao, B., Glenn, D. E., & Craske, M. G. (2012). Dimensional indicators of generalized anxiety disorder severity for DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*. 26 279– 286
۴. Hummelena B., Pedersen, G., & Karterud, Sigmund. (2012). Some suggestions for the DSM-5 schizotypal personality disorder construct. *comprehensive psychiatry*. 53 341-349
۵. Cheryl, M. C. B., Michael F. & Cornblatt B., (2010). The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: A risk–benefit analysis. *Schizophrenia Research* 120 16–22
۶. Mataix-Cols, D.O, Frost R., Pertusa, A. & Clark L. A. (2011). Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *International Journal of Eating Disorders* 44
۷. Richard, M., LEVENSON, J. & SHARPE, M. (2003). Somatoform Disorders in DSM-V. *(Psychosomatics)* 44(6)
۸. Mojtabai, R. Bereavement-Related Depressive Episodes (Characteristics, 3-Year Course, and Implications for the DSM-5). (2003) *Archive of General Psychiatry*. Vol 68, 9
۹. K. Keel., Brown T. A., Holm-Denoma, J., & P. Bodell, L. (2011). Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of eating Disorders*. 44. 553-560

۱۰. Saxena, S., Leckman, J. F., Stein D. J., Matsunaga, H. & Wilhelm, S. (2010). Hording disorder: A new diagnosis for DSM-V?. *Depression and Anxiety*. 27 : 556–572

۱۱. Grohol, J. (2010). Personality Disorder shakes up in DSM-5. <http://psychcentral.com/blog/archives/2010/11/30/personality-disorders-shakeup-in-dsm-5>

– www.migna.ir

– خبرنامه انجمن علمی روان شناسی بالینی ایران. زمستان ۱۳۹۱