

# فهرست

۶	دربارۀ نویسندگان
۷	مقدمه
۸	پیشگفتار
۱۱	تقدیر و تشکر
۱۲	کلیات
۱۹	فصل ۱: مسیر تدوین DSM-5
۲۷	فصل ۲: استفاده از DSM-5 و تغییرات مهم آن نسبت به DSM-IV
۴۷	فصل ۳: اختلالات رشدی عصبی
۷۵	فصل ۴: طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشانه
۹۹	فصل ۵: اختلالات خلقی
۱۲۹	فصل ۶: اختلالات اضطرابی
۱۵۱	فصل ۷: اختلال وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط
۱۷۱	فصل ۸: اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس
۱۹۳	فصل ۹: اختلالات تجزیه‌ای
۲۰۱	فصل ۱۰: اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط
۲۱۵	فصل ۱۱: اختلالات تغذیه و خوردن
۲۲۹	فصل ۱۲: اختلالات دفعی
۲۳۵	فصل ۱۳: اختلالات خواب-بیداری
۲۶۷	فصل ۱۴: اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری‌های جنسی)، نارضایتی جنسی، و اختلالات پارافیلیک
۲۸۷	فصل ۱۵: اختلالات ایذایی، کنترل تکانه، و سلوک
۳۰۳	فصل ۱۶: اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
۳۴۷	فصل ۱۷: اختلالات عصبی-شناختی
۳۷۱	فصل ۱۸: اختلالات شخصیت
۳۸۷	فصل ۱۹: اختلالات حرکتی ناشی از داروها و سایر حالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرند
۴۰۹	فصل ۲۰: مقیاس‌های اندازه‌گیری
۴۲۵	فصل ۲۱: مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت
۴۴۱	فصل ۲۲: اختلالاتی برای مطالعه بیشتر
۴۵۳	منابع
۴۵۹	ضمیمه: طبقه‌بندی DSM-5
۴۹۳	نمایه

## درباره نویسندگان

**دکتر دونالد و. بلک**، پزشک، استاد، مدیر آموزش دستیاری، و معاون آموزشی بخش روان‌پزشکی در دانشکده پزشکی روی

ج. و لوسیل ا. کارور دانشگاه آیووا در شهر آیووااسیتی ایالت آیووا است.

**دکتر جان ا. گرنت**، پزشک و استاد بخش روان‌پزشکی و علوم اعصاب رفتاری در دانشکده پزشکی پریتزکر دانشگاه شیکاگو در

شهر شیکاگوی ایالت ایلینویز است.

### به نام بی کران هستی بخش

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) یکی از نظام‌های طبقه‌بندی معتبر در علم روان‌پزشکی است که مؤلفین آن در طول ویراست‌های مختلف، کوشیده‌اند زبان مشترکی برای ارتباط بهینه روان‌شناسان، روان‌پزشکان، و سایر دست‌اندرکاران بهداشت روان فراهم سازند. علی‌رغم انتقادهایی که به DSM وارد است، این نکته قابل چشم‌پوشی نیست که بدون وجود یک زبان مشترک، علم روان‌پزشکی و روان‌شناسی به سرعت دقت علمی خود را از دست خواهد داد و به وادی شبه‌علم سوق خواهد یافت که نمونه این گونه شبه‌علم‌ها را در سطح جامعه خود به‌وفور می‌بینیم. مؤلفین کتاب حاضر تلاش کرده‌اند که دستنامه‌ای برای استفاده سریع از این نظام طبقه‌بندی مفصل فراهم آورند تا دانشجویان پزشکی، دستیاران روان‌پزشکی، و دانشجویان روان‌شناسی و رشته‌های مرتبط به سرعت بتوانند از آن در کار بالینی و تشخیص‌گذاری‌های بهره‌گیرند. مطالعه این کتاب ارزشمند به‌خصوص با توجه به ترجمه شیوا و روان همکار و دوست گرامی جناب آقای دکتر منصوری‌راد را به تمامی مشتاقان علوم روان‌پزشکی و روان‌شناسی توصیه می‌کنم و امیدوارم دانش‌پژوهان و دانش‌دوستان این حیطه، با بهره‌مندی از درخت دانش، روزبه‌روز در مسیر رشد و تعالی گام بردارند.

**دکتر فرزین رضاعی**

دانشیار روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کردستان

این کتاب راهنما، یکی از کتاب‌های همراه «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»، ویراست پنجم (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) است. مدت‌های مدیدی است که از DSM-5 در ایالات متحده و کشورهای دیگر به‌عنوان نظام تشخیص روان‌پزشکی استفاده می‌شود، و DSM-5 نیز همان مسیر سنتی پیشینیان خود را ادامه می‌دهد. مع‌هذا، روش طبقه‌بندی تشخیصی روان‌پزشکی برای بسیاری از متخصصان حوزه سلامت روان، مایه تشویش است. از آنجایی که DSM-5، کتاب حجیمی بوده و بدون محاسبه فهرست طبقه‌بندی و پیش‌گفتار، مشتمل بر ۹۴۷ صفحه است، بسیاری از کاربران، آن را رُعب‌آور خواهند یافت. بسیاری از آنان با خود چنین می‌پندارند که «مطالعه آن را از کجا آغاز کنم؟ چگونه روزی می‌توانم این ملاک‌های تشخیصی را فرا گرفته و به کار گیرم؟» از این گذشته، کاربران DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) در این اندیشه خواهند بود که DSM-5 چه تفاوت‌هایی با DSM-IV دارد. این موضوعات، برخی از مسائل اساسی و مهمی هستند که ما در این کتاب به بررسی آنها می‌پردازیم. هدف ما از تدوین این کتاب، خلاصه کردن DSM-5 نبوده است، بلکه مقصود ما آن بوده است که راهنمایی سهل‌الوصول را برای همکاران روان‌پزشک، روان‌شناسان، و سایر متخصصان حوزه سلامت روان و نیز برای سایر افراد علاقمند فراهم آوریم. ما بحث خود را با این فرض آغاز می‌کنیم که اولین و مهم‌ترین خواسته کاربران، همانا تفاوت DSM-5 با سلف بلافصل خود یا همان DSM-IV از نظر سازمان‌دهی کلی، طبقات پرشمار تشخیصی، و خود ملاک‌های تشخیصی است. ما در هنگام بررسی این موضوعات، منطق حاکم بر این تجدید سازمان‌دهی و تغییرات پرشماری که در ملاک‌های تشخیصی مزبور ایجاد شده‌اند را شرح خواهیم داد. ما به خوانندگان ارجمند قویاً توصیه می‌کنیم نسخه‌ای از DSM-5 را تهیه کرده و طبقات تشخیصی کاملاً مرتبط با نیازهای حرفه‌ای خود را مطالعه کنند، و در عین حال در نظر داشته باشند که فراگیری و فهم کامل چنین کتابی حجیم - و در نظر برخی افراد، بی‌در و پیکر - آسان نیست.

کتاب راهنمای حاضر، از بسیاری جهات، نوعی «دستورالعمل ویژه خریداران» است که متخصصان امر را یاری می‌دهد تا DSM-5 را در حرفه خویش به کار گیرند. این کتاب بدین منظور نگاشته شده است تا نحوه استفاده از ملاک‌های تشخیصی بازنگری شده را به بالینگران بیاموزد. ما فراساختار کلی (یا همان سازمان‌دهی) DSM-5، طبقات پرشمار تشخیصی آن (و از جمله چندین طبقه جدید آن)، و ملاک‌های تشخیصی اختلالات عمده را شرح خواهیم داد. ما بر مهم‌ترین تشخیص‌ها تأکید ورزیده و توصیف دقیقی از ملاک‌های تشخیصی آنها را ارائه خواهیم داد، و در این راستا، ملاک‌های تشخیصی را در بافتار مربوطه قرار داده و مقایسه‌ای را با ویراست پیشین به عمل خواهیم آورد. به اعتقاد ما، کتاب «راهنمای استفاده از DSM-5»، طرحی کلی از تغییرات پرشمار ایجاد شده در دستنامه و نیز اطلاعاتی کاربردی درباره استفاده از طبقات پرشمار تشخیصی و گدهای مربوطه آنها را فراهم آورده است. به‌طور خلاصه، اهداف ما از تدوین کتاب راهنمای حاضر عبارت‌اند از:

۱. ارائه مروری بر طبقه‌بندی تشخیصی، به‌منظور بررسی چشم‌انداز تاریخی DSM-5 و پیشینیان آن.
۲. بررسی نحوه تدوین DSM-5، و نوآوری‌های آن، ساختار کلی آن، و تغییرات مهم ایجاد شده در مقایسه با DSM-IV (و DSM-IV-TR).
۳. ارائه بحثی درباره هر یک از طبقات تشخیصی عمده، تشخیص‌های مربوطه، و ملاک‌های تشخیصی مورد نظر، جهت تبیین مفاهیم آنها و نیز کمک به درک فرآیند تشخیص افتراقی.
۴. شرح مؤلفه‌های گوناگون تشکیل‌دهنده یک تشخیص کامل DSM-5، و از جمله نحوه استفاده از مقیاس‌های بُعدنگر مندرج در

تشخیص، نقشی بنیادین را در پرداختن به حرفه روان‌پزشکی و روان‌شناسی برعهده دارد. برای بسیاری از بالینگران، تسلط بر فرآیند مطرح کردن تشخیص، سال‌ها زمان می‌برد؛ مع‌هذا، فراگیری این فرآیند و کسب مهارت در آن، برای متخصصان حوزه سلامت روان ضروری است. مقدمه ملاک‌های تشخیصی عملیاتی در DSM-III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰)، این فرآیند را بسیار ساده‌تر ساخته است، زیرا تشخیص را به اقدامی به‌مراتب پایاتر از پیش تبدیل کرده تا به‌مراتب کمتر تحت تأثیر دیدگاه‌های شخصی و سوگیری‌های بالینگران قرار داشته باشد. ما نویسندگان این کتاب، هر دو، در دوران پس از DSM-III آموزش دیده‌ایم، و معتقدیم استفاده از تشخیص‌های مبتنی بر ملاک تشخیصی، در اذهان ما ملکه شده است.

DSM-5 از جهاتی متعدد، تغییر شکل یافته است (کوپفر و رژیبر، ۲۰۱۱؛ کوپفر و همکاران، ۲۰۱۳). مسیر تدوین DSM-5 از سال ۱۹۹۹ آغاز شد و انتشار آن در سال ۲۰۱۳، پایانی بود بر فرآیندی طولانی و پرتلاش، که در فصل ۱ («مسیر تدوین DSM-5») مورد بررسی قرار گرفته است. طی این مسیر، با تلاش متخصصان پرشمار امکان‌پذیر شد که متون علمی مربوطه را به‌دقت نقد و بررسی کرده، داده‌های جدیدی گردآوری کرده، و تحلیل‌هایی هدفمند را بر روی داده‌های موجود انجام دادند. سلف DSM-5 یا همان DSM-IV، در سال ۱۹۹۴ منتشر شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، و متن آن نیز در سال ۲۰۰۰ بازنگری شد (DSM-IV-TR). صرف‌نظر از هر نیت و مقصود، برای تدوین ملاک‌های تشخیصی DSM-5، ۱۹ سال زمان صرف شده است. در این میان نه تنها ملاک‌های تشخیصی بازنگری و به‌روز شده‌اند، بلکه محل قرارگیری فصول کتاب نیز تغییر کرده است. طبقات جدیدی به آن اضافه شده و برخی طبقات نیز در یکدیگر ادغام شده‌اند. اختلالات جدید بسیاری به کتاب افزوده شده، و طرح تشخیصی چند-محوری حذف شده است. ارزیابی‌های بُدنگر پرشمار نیز اضافه شده‌اند تا بالینگران با کمک آنها بهتر بتوانند علایم و عملکرد بیماران خود را توصیف کنند.

نماد این تغییر، آن است که DSM-5 برخلاف ویراست‌های پیشین، به‌عنوان نوعی «سند زنده» مورد بحث قرار گرفته است. یک هدف بلندمدت‌تر در آینده، آن است که DSM-5 در پاسخ به پیشرفت‌های علمی، به‌همان نحو که رخ می‌دهند، به‌روز شود. به‌همین دلیل هم بوده است که در عنوان آن، از عدد عربی به‌جای عدد رومی استفاده شده است (DSM-5 به‌جای DSM-V) تا بتوان تغییرات را در آینده به‌سهولت مشخص ساخت (مانند DSM-5.1، DSM-5.2).

اشتباه نکنید: حتی DSM-5 نیز بدون اشتباه نیست. افرادی که با فرآیند تشخیصی آشنا نیستند- و حتی برخی از افرادی که با آن آشنا هستند- همان تقدسی را برای ملاک‌های تشخیصی قایل هستند که برای متون انجیل و تورات قایل‌اند. برخی دیگر نیز فرآیند تشخیصی را نوعی کتاب آشپزی می‌دانند که در آن، وجود هر یک از اجزای تشکیل‌دهنده (یعنی همان ملاک‌های تشخیصی)، ضروری بوده و هرگونه انحراف از آن قطعاً به تهیه غذای نامطبوع منجر خواهد شد. ما به خوانندگان ارجمند یادآوری می‌کنیم که از DSM-5- یا هر دستنامه تشخیصی دیگری در این زمینه- نمی‌توان بدون بهره‌گیری از قضاوت بالینی استفاده کرد. قضاوت بالینی، همان عنصر حیاتی است که در هیچ دستنامه‌ای وجود نداشته و بدون آموزش و تمرین نیز به‌سهولت فراگرفته نخواهد شد. آیا یک روان‌پزشک صرفاً بدین دلیل که بیمار وی به آستانه تشخیصی معینی نرسیده است، به او خواهد گفت که دچار افسردگی نیست؟ آیا بیمار روان‌پریش که علایم او تمامی ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنی را برآورده نمی‌سازند، دچار بیماری خفیف‌تری است؟ پابندی بیش از حد به قوانین (یا همان ملاک‌های تشخیصی) می‌تواند مانعی بر سر مراقبت‌های بالینی مناسب بوده، و بالینگران باید همواره نیازهای هر یک از بیماران خود را در نظر گیرند، و نه ضوابط گهگاه قراردادی مندرج در نوعی نظام‌گذاری را.

ما در حالی که به بررسی کتاب راهنمای حاضر پرداخته‌ایم که از معلومات حاصل از فعالیت روزمره خویش به‌عنوان بالینگر و پژوهشگر نیز استفاده کرده‌ایم. ما به هیچ‌یک از جزئیات سازمانی مربوط به هیئت اجرایی DSM-5 و یا کارگروه‌های پرشمار آن اشاره

نکرده‌ایم، زیرا شخصاً هیچ‌گونه اطلاعاتی دربارهٔ آنها نداریم. به‌همین دلیل، ما مطالب را از دید ناظرانی خارج‌سازمانی نگاشته‌ایم که وظیفه داشته‌ایم شرح دهیم مجموعه ملاک‌های تشخیصی مورد نظر، چگونه در حوزه‌های بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در اینجا لازم است اذعان داریم که نوشته‌های ما، بیانگر دیدگاه‌های شخصی خود ما هستند، و نه دیدگاه‌های هیئت اجرایی DSM-5 یا انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA). هیچ‌یک از ما دو نویسندهٔ کتاب حاضر، در هیچ‌یک از کارگروه‌های مزبور شرکت نداشته‌ایم. ما هیچ‌یک از مطالب DSM-5 را ویرایش نکرده و مسئولیتی در قبال هیچ‌یک از آنها نداریم. با این وجود، ما از تشخیص روان‌پزشکی و یا از نیازهای همکاران متخصص خود یا نیازهای کارآموزان خود بی‌اطلاع نیستیم، زیرا هر دوی ما به‌عنوان عضو هیئت علمی در یک بخش روان‌پزشکی دانشگاهی بزرگ مشغول فعالیت هستیم. هر دوی ما از تجربیات گسترده‌ای در زمینهٔ آموزش قوانین پر رمز و راز تشخیص روان‌پزشکی به دستیاران، دانشجویان پزشکی، و سایر دانش‌پژوهان بهره‌مند هستیم؛ تشخیص روان‌پزشکی، فرآیندی است که برای افراد ناآشنا، اسرارآمیز و بسیار دشوار به‌نظر می‌رسد، ولی از دیدگاه ما فرآیندی متداول (و حتی مفرح) قلمداد می‌شود.

در نگاهی به گذشته، هم DSM-III و هم DSM-IV، با انتقاداتی از تمامی جهات مواجه بوده، ولی در عین حال خود را به‌عنوان اسنادی بی‌عیب و نقص و تأثیرگذار معرفی کردند. شورای APA، DSM-5 را در ماه نوامبر سال ۲۰۱۲ و بدون توصیه کردن هیچ‌گونه تغییری، تأیید کرد، و مدتی بعد نیز هیئت امنای APA، این سند را به‌اتفاق آرا پذیرفتند. رؤسای مشترک هیئت اجرایی DSM-5 یعنی دکتر دیوید ج. کوپفر و دکتر دَرل ا. رزبر، به‌دلیل هدایت این فرآیند و تداوم آن (هرچند خارج از زمان‌بندی مربوطه) شایستهٔ تقدیر فراوان هستند. اگرچه ما در بخش مقدمه، مروری بر فرآیندی که به تدوین DSM-5 منتهی شد را ارائه خواهیم داد، ولی ابدأ در صدد آن نیستیم که تاریخچهٔ دقیق‌تری از این فرآیند را ارائه دهیم، و این وظیفه را به همکارانی دیگر محول می‌کنیم. تا پیش از این نیز کتاب‌های پرشماری منتشر شده‌اند که دیدگاه‌های اولیهٔ مربوط به فرآیند بازنگری و نیز اهداف کلی و جزئی DSM-5 را شرح داده‌اند.

بیباید ساختار این کتاب راهنما را بررسی کنیم. ما در بخش مقدمه، تاریخچهٔ طبقه‌بندی تشخیصی در روان‌پزشکی را به‌اختصار مرور خواهیم کرد. سپس در فصل ۱، بر مسیر تدوین DSM-5 تأکید خواهیم ورزید. فصل ۲، به گذار از DSM-IV به DSM-5 اختصاص داشته و بر تغییرات عمده (و نه ویرایش‌های پرشمار جزئی) متمرکز خواهد بود. ما در فصل‌های ۳ تا ۱۹، به مرور طبقات تشخیصی عمده و تشخیص‌های اختصاصی و ملاک‌های تشخیصی آنها خواهیم پرداخت تا بتوانیم روش ارزیابی آنها را به‌نحوی شفاف بیان کنیم. مقیاس‌های بُدنگر مندرج در DSM-5 در فصل ۲۰ شرح داده شده، و مدل جایگزین اختلالات شخصیت نیز در فصل ۲۱ ارائه شده است. اختلالات پیشنهاد شده‌ای که تحت بررسی هستند نیز در فصل ۲۲ مرور شده‌اند. در ادامه، فهرستی از منابع و ضمیمه‌ای همراه با طبقه‌بندی DSM-5 ارائه خواهد شد.

به‌اعتقاد ما، این کتاب راهنما، برای مخاطبان گسترده‌ای شامل روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پرستاران روان‌پزشکی، مددکاران اجتماعی، و متخصصان سلامت روان که مایل باشند از نحوهٔ به‌کارگیری DSM-5 در حرفهٔ کنونی خود آگاه شوند، کاربرد خواهد داشت. ما انتظار داریم که مخاطبان سازمانی ما نیز مراکز کوچک و منفرد، سازمان‌های حفظ سلامت، بیمه‌گران، بیمارستان‌ها، کتابخانه‌ها، مؤسسات دانشگاهی، دوره‌های دانشکدهٔ پزشکی، و برنامه‌های آموزش دستیاری باشند. دانشجویان، دستیاران، و کارکنان مطب نیز می‌توانند از فواید این کتاب راهنما بهره‌مند شوند، زیرا به آنان کمک خواهد کرد تا بهتر دریابند تشخیص‌های DSM-5 چگونه در حرفهٔ کنونی سلامت روان جای می‌گیرند. ما امیدواریم که افرادی پرشمار، کتاب حاضر را کتابی مفید برای آموزش متخصصان حوزهٔ سلامت در زمینهٔ استفاده از DSM-5 بیابند.

## تقدیر و تشکر

هنگامی که تألیف کتاب حاضر به ما پیشنهاد شد، ما آن را فرصتی بسیار معتنم شمردیم. هر دوی ما، بالینگران و استادانی بسیار علاقمند به طبقه‌بندی و ارزیابی روان‌پزشکی هستیم. اگرچه هر دوی ما پژوهشگران و روان‌پزشکانی دانشگاهی هستیم، ولی سال‌ها مراقبت بالینی متداول را در تمامی انواع مجموعه‌های گوناگون (شامل مراکز پزشکی دانشگاهی، درمانگاه‌های خصوصی سلامت روان، کانون‌های اصلاح و تربیت و مراکز پزشکی قانونی، و غیره) تجربه کرده‌ایم. بدین ترتیب ما بیش از ۴۵ سال تجربه بالینی را ضمیمه این تلاش کرده‌ایم.

استفاده از پایگاه اینترنتی رسمی ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) - که در اختیار همگان قرار دارد - و نیز دسترسی به پیش‌نویس‌های DSM-5 (که انجمن روان‌پزشکی آمریکا آنها را در کمال بزرگواری در اختیار ما قرار داد)، وظیفه ما را بسیار ساده‌تر کرد. بخش عمده‌ای از کار ما، شامل مقایسه مستقیم DSM-5 با اسلاف خود (به‌ویژه DSM-IV و DSM-IV-TR) بود، که به ما امکان داد تا محل ایجاد تغییرات و دلیل آنها را مشخص سازیم. ما از هیئت اجرایی DSM-5 و کارگروه‌های آن و نیز اعضا و مشاوران پرشمار آنها سپاسگزاریم. بیش از ۱۰۰۰ نفر در تدوین DSM-5 نقش داشته‌اند. در این اقدام به‌یاد ماندنی، ساعاتی بی‌شمار از همکاری صرف شد که وقت خود را به‌رایگان به تهیه کتابی اختصاص دادند که رشته ما را به آینده خواهد بُرد.

ما در تألیف این کتاب، کاملاً تحت تأثیر تجربیات خود در زمینه مراقبت از بیماران و نیز سالیان سال فعالیت در زمینه تدریس روش‌های ارزیابی و تکنیک‌های مصاحبه روان‌پزشکی به دانشجویان پزشکی و دستیاران قرار داشته‌ایم. به‌علاوه، ما نسبت به نیازهای پژوهشگران در زمینه گردآوری نظام‌یافته داده‌های تشخیصی نیز حساس هستیم. ما معتقدیم که DSM-5، محرک قدرتمندی برای پژوهش خواهد بود، زیرا دانشمندان با استفاده از آن می‌توانند رویکرد خود را مجدداً تجهیز کرده و در ارزیابی‌های خود از مجموعه ملاک‌های تشخیصی جدید و بازنگری شده بهره‌مند شوند.

سبک عملی و دانش پایه ما نیز تحت تأثیر تجربیات آموزشی ما شکل گرفته‌اند. یکی از ما دو نفر (دونالد و. بلک) در بخش روان‌پزشکی دانشگاه آیووا آموزش دیده است. این بخش تحت هدایت مرحوم دکتر جورج وینوکور، از اعضای «کالج نامرئی» نئوکربلینی‌ها بود که اعضای آن، نخستین مجموعه ملاک‌های تشخیصی مفید در روان‌پزشکی (یعنی ملاک‌های تشخیصی فینر و مدتی بعد، ملاک‌های تشخیصی پژوهشی) را تدوین کردند؛ همان‌طور که در بخش مقدمه به‌تفصیل بیشتر شرح خواهیم داد. این دو مجموعه ملاک تشخیصی، هر دو، طلایه‌داران عملی DSM-III به‌شمار می‌رفتند. نفر دیگر (جان ا. گرت) در دانشگاه مینه‌سوتا آموزش دیده است که هدایت بخش روان‌پزشکی آن تا مدتی برعهده یکی دیگر از اعضای «کالج نامرئی» به‌نام دکتر پائولا کلیتون بوده است. همین تجربیات، سبب شده‌اند که ما ارزش ملاک‌های تشخیصی مبتنی بر شواهد را چه در کاربردهای بالینی و چه در کاربردهای پژوهشی، قدر نهیم.

ما خود را مدیون کارکنان انتشارات روان‌پزشکی آمریکا می‌دانیم، و به‌طور اخص، از دکتر رابرت ا. هیلز (که ما را در امر شکل دادن به چشم‌انداز و دیدگاه این کتاب یاری داد) و جان مک‌دافی (که انگیزه و حمایت‌های مورد نیاز را فراهم آورد) سپاسگزاریم. ما علاوه بر کارکنان نشر، از مشاوران مهم و پرشماری تشکر می‌کنیم که ما را در حرفه خود تحت تأثیر قرار داده‌اند، از جمله دکتر نانس اندرئاسن، دکتر ریموند کراو، دکتر راسل نویس، دکتر ویلیام کوریل، دکتر بروس فول، دکتر ساک وان کیم، دکتر کاترین فیلیپس، دکتر لری پرایس، و دکتر استیو راسموسن. یکی از دوستان و همکاران ما به‌نام دکتر رابرت اسپیتزر که هدایت هیئت‌های اجرایی DSM-III و DSM-III-R را برعهده داشته، الهام‌بخش ما بوده است. ما مراتب تقدیر ویژه خود را از دکتر سوزان شولتز، از همکاران دانشگاه آیووا ابراز می‌داریم که همواره ما را تشویق می‌کرد. او به‌عنوان یکی از ویراستاران DSM-5، اطلاعات ارزشمندی درباره این دستنامه در اختیار ما گذارده است.

ما همچنین از بیماران بی‌شماری تشکر می‌کنیم که در آیووا، مینه‌سوتا، و نقاط دیگر به ما مراجعه کرده‌اند و بخش عمده‌ای از دانسته‌های خویش درباره اختلالات‌شان را از آنان آموخته‌ایم. استادان واقعی ما، آنان بوده‌اند.

# کلیات

## علم، همانا طبقه‌بندی نظام‌یافته تجربیات است.

جورج هنری لیوز، «مبنای فیزیکی ذهن»، ۱۸۷۷

«راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»، ویراست پنجم (DSM-5): انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) که تدوین آن چهارده سال به طول انجامید، کتابی است برجسته که استاندارد بین‌المللی را برای طبقه‌بندی و تشخیص روان‌پزشکی فراهم آورده است. DSM-5 که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) منتشر شده است، از سنت نابی تبعیت می‌کند که از سوی پیشینیان آن پایه‌گذاری شده است. این سنت، از ویراست نخست آن (DSM-I) که در سال ۱۹۵۲ عرضه شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۵۲)، بنا نهاده شد. DSM، چکیده‌ای از تمامی تشخیص‌های به رسمیت شناخته شده و مورد استفاده در روان‌پزشکی را ارائه داده و علایمی که باید وجود داشته باشند را مشخص می‌سازد. ابداع DSM، محصول نخستین تلاش نظام‌یافته جهت ایجاد یک طرح طبقه‌بندی رسمی برای اختلالات روان‌پزشکی در ایالات متحده بود. روان‌پزشکی، تنها رشته تخصصی در پزشکی است که فرآیندهای تشخیصی مربوط به اختلالات حوزه خود را به‌نحوی پیوسته و جامع، رسمیت بخشیده است.

برای ما که در حرفه روان‌پزشکی اشتغال داریم، استفاده از DSM ملکه ذهن ما شده است، زیرا در آموزش و تجربیات بالینی ما گنجانده شده بود. مع‌هذا، همکاران ما که در این رشته فعالیت ندارند، ممکن است با خود بیاندیشند که علت این همه جار و جنجال چیست. چرا باید نگران DSM باشیم؟ واقعاً چرا؟ به بیانی ساده، DSM زبان مشترکی برای عده‌ای از ما به‌شمار می‌رود که بر روی افراد دچار اختلالات روان‌پزشکی تحقیق کرده و یا آنان را درمان می‌کنند. شاید یکی از مهم‌ترین مأموریت‌های DSM، کمک به تضمین ثبات در تعریف اختلالات روانی برای بالینگران ایالات متحده و سایر کشورهای جهان باشد. DSM که برای متخصصان آموزش‌دیده سلامت روان تدوین شده است، کاربردهایی گسترده و فراتر از مرزهای روان‌پزشکی دارد. از میان کاربران پرشمار آن می‌توان به پژوهشگران، مدیران، کارکنان دولت، وکلا، و غیره اشاره کرد. هنگامی که از DSM برای مقاصد مورد نظر خود استفاده می‌شود، به‌کارگیری آن مستلزم آموزش و تخصص بالینی است. یکی از محدودیت‌های مهم DSM آن است که اطلاعاتی درباره درمان ارائه نمی‌دهد. از آنجایی که روان‌پزشکی فاقد تست‌های تشخیصی آزمایشگاهی و سبب‌شناسی‌های تأیید شده برای اکثر اختلالات است، تشخیص نیز تا حد بسیاری بر علایم و شرح حال بیمار مربوطه متکی است. به‌همین دلیل، ملاک‌های تشخیصی باید دقیق و روشن باشند.

حرفه روان‌پزشکی، DSM را به‌طور منظم و در پاسخ به یافته‌های پژوهشی جدید، مرور نموده و بازنگری می‌کند. علم، به‌ویژه در دو دهه اخیر، پیشرفت سریعی را شاهد بوده و همین امر، تغییرات بسیاری را در DSM-5 موجب شده است. ما در دهه ۱۹۹۰، دهه موسوم به دهه مغز و سپس پروژه ژنوم انسان را تجربه کردیم. همین انفجار دانش در حوزه‌های علوم اعصاب و علوم رفتاری، میزان درک ما از اختلالات روانی (و از جمله میزان شیوع و عوامل خطر ساز آنها، ساختمان و عملکرد مغز، و تأثیر ژن‌ها و محیط بر آنها) را به‌شدت افزایش داده است. پیشرفت‌های فن‌آورانه نیز ابزارهای جدیدی را در اختیار ما قرار داده‌اند که امکان بررسی اختلالات روانی را به‌شیوه‌هایی که تا پیش از این ممکن نبوده‌اند، فراهم آورده‌اند. طبقه‌بندی اختلالات روانی - و ملاک‌های تشخیصی آنها - نیز باید در پاسخ به معلومات جدید ما تکامل یابند.



## ملاحظات تاریخی

طبقه‌بندی بیماری‌های روانی، بیش از دو هزار سال پیش آغاز شد، یعنی همان هنگام که این بیماری‌ها برای نخستین بار به‌عنوان بیماری‌هایی مجزا شناسایی شدند. شاید بتوان ادعا کرد که در قدیمی‌ترین سند پزشکی موجود، که پاپیروس عبریان نام دارد (و احتمالاً در حوالی سال ۱۵۵۰ پیش از میلاد مسیح تهیه شده است)، اشاره‌هایی به برخی سندرم‌های اختصاصی مانند افسردگی شده باشد. در متون انجیل نیز توصیف‌هایی از افرادی آمده است که از بیماری‌های عمده روانی رنج می‌برده‌اند؛ برای مثال، در 1 Samuel، چنین آمده است که Saul در حال ابتلا به افسردگی و خیمی است که به‌همین دلیل، با استفاده از موسیقی تسکین‌بخش، تحت درمان قرار گرفته است.

روان‌پزشکی، خود را مدیون بقراط می‌داند که نخستین طبقه‌بندی بیماری‌های روانی را ابداع کرده بود. طرح او، شامل صرع، شبیدایی (تهیج)، مالیخولیا، و پارونیا و نیز دلبریوم‌های سمی (سردرگمی روانی همراه با تب) و هیستری (دوره‌های ناگهانی بیماری جسمانی) بوده است. بقراط و پیروان او معتقد بودند که بیماری‌های روانی، به‌دنبال برهم خوردن توازن مقادیر مایعات بدن ایجاد می‌شدند. برای مثال، مالیخولیا ناشی از افزایش صفرای سیاه بوده، و سایر اختلالات نیز از برهم خوردن توازن بین سایر مایعات یا «اخلاط» (یعنی خون، بلغم، و صفرا) ناشی می‌شدند. نظریه‌های اخلاطی درباره بیماری‌های روانی، تا قرون وسطی نیز رایج بودند، و حتی امروزه نیز بر درک ما از انواع مختلف شخصیت تأثیر گذارده‌اند.

در طول رنسانس اروپا و عصر روشنگری، نظام‌های طبقه‌بندی بیماری‌ها اغلب از نظام‌های موجود در طبیعت الگو می‌گرفتند. در قرن شانزدهم میلادی، پاراسلوسوس (۱۵۴۱-۱۴۹۳) نوعی طبقه‌بندی مبتنی بر سبب‌شناسی را ابداع کرد که اختلالات ناشی از سموم، ناشی از موقعیت‌های مختلف ماه، و ناشی از بیماری‌های ارثی را نیز شامل می‌شد. توماس سیدنهام (۱۶۸۹-۱۶۲۴) از سردمداران حمایت از ایجاد طبقاتی مجزا و یکپارچه برای بیماری‌ها بود. وی توصیف‌هایی دقیق از روان‌نژندی‌های مختلف و هیستری را ارائه داد. دو دانشمند معاصر به‌نام‌های کارولوس لینیوس (۱۷۷۸-۱۷۰۷) و فرانسوا بوسیه‌ده‌ساواژ (۱۷۶۷-۱۷۰۶) تلاش کردند تا روش‌های آرایه‌شناختی زیست‌شناسی را با استفاده از طبقات مبتنی بر علایم و نشانه‌های مشاهده شده، درباره بیماری‌های طبی و روان‌پزشکی نیز به کار گیرند. نظام بوسیه‌ده‌ساواژ، فهرستی مشتمل بر بیش از دو هزار بیماری را دربرمی‌گرفت که در قالب رده‌ها، راسته‌ها، و جنس‌های مختلف آرایش یافته بودند. ژان-اتین-دومینیک اسکویرویل (۱۸۴۰-۱۷۷۲) نیز همانند استاد خود فیلیپه پینل (۱۸۲۶-۱۷۴۵) بر توصیف بالینی دقیق بیماری‌های روانی تأکید می‌ورزید و از گمانه‌زنی درباره علیت پرهیز می‌کرد. (او به دلیل ابداع واژه توهم نیز شهرت دارد.)

اختلاف بین الگوهای مبتنی بر مشاهده و نظریه، تا قرن نوزدهم میلادی نیز ادامه یافت. تأسیس تیمارستان‌ها، نظارت طولانی‌تر و دقیق‌تر بر بیماران را در مقایسه با قبل امکان‌پذیر ساخت. کالبدشکافی به‌طور فزاینده‌ای رایج و مورد قبول همگان قرار گرفت، زیرا تلاش‌هایی جهت شناسایی مبانی فیزیکی علایم روان‌پزشکی در جریان بود. هدف امیل کرپلین (۱۹۲۶-۱۸۵۶) آن بود که نوعی طبقه‌بندی برای اختلالات روانی ارائه دهد که بر اهمیت علایم، سیر آنها، و پیامد نهایی بیماری تأکید داشته باشد. بیشترین شهرت او احتمالاً به دلیل متمایز ساختن بیماری شبیدایی-افسردگی از دمانس (زوال ذهن) زودرس حاصل شده است. یوگن بولور (۱۹۳۹-۱۸۵۷) نام دمانس (زوال ذهن زودرس) را تغییر داد و آن را اسکیزوفرنی (شکافت ذهن) نامید تا اختلال شناختی حاصله را مشخص ساخته و بر علایم خاصی تأکید ورزد که به‌اعتقاد وی، نقشی بنیادین در ایجاد این بیماری دارند، مانند سطحی شدن عواطف و اختلال در تداعی (یعنی ایجاد تفکری ویژه و انحرافی). توجه دقیق کرپلین به علایم و سیر آنها در نام‌گذاری سندرم‌ها، بعدها به چارچوب مفهومی پایه DSM-III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) تبدیل شد.

صرف‌نظر از این روندهای تاریخی، نیازی فزاینده به تدوین نظام‌های طبقه‌بندی جهت تحقق اهداف آماری، همه‌گیری‌شناختی، و گزارش‌دهی احساس می‌شد. دلیل اولیه ابداع نوعی طبقه‌بندی برای اختلالات روانی در ایالات متحده، همانا گردآوری اطلاعات

آماري جهت سرشماری بوده است. در سرشماری سال ۱۸۸۰، هفت طبقه تشخیصی برای بیماری‌های روانی لحاظ شده بود: شیدایی، مایخولیا، جنون سهمی، فلج ناقص، دانس (زوال ذهن)، می‌بارگی، و صرع. افزایش نقش دولت در مراقبت‌های بهداشتی، نیاز به یکپارچگی تشخیصی را در آن دوران افزایش داد، و نخستین طبقه‌بندی استاندارد روان‌پزشکی در ایالات متحده، در سال ۱۹۱۸ و توسط انجمن طبی - روان‌شناختی آمریکا (طایه‌دار APA) ارائه شد. این طبقه‌بندی که تحت عنوان «دستنامه آماری جهت استفاده مؤسسات ویژه مجانین» منتشر شد، شامل فهرستی از ۲۲ اختلال بود و عمدتاً جهت گردآوری اطلاعات آماری یکپارچه از مراکز روانی مورد استفاده قرار می‌گرفت (شورتز، ۱۹۹۷).

## تدوین DSM

در سال ۱۹۲۷، آکادمی طب نیویورک، هدایت جنبشی را برعهده گرفت که هدف آن، تدوین نوعی نام‌گذاری استاندارد بیماری‌ها بود که در سطح ملی مورد پذیرش باشد. یک سال بعد، همایشی با حضور شرکت‌کنندگانی از دولت وقت و تمامی رشته‌های تخصصی پزشکی و از جمله روان‌پزشکی (به نمایندگی APA) ترتیب داده شد. دستنامه مربوطه که در سال ۱۹۳۳ از سوی انجمن پزشکی آمریکا و تحت عنوان «نام‌گذاری طبقه‌بندی شده استاندارد بیماری‌ها» منتشر شد، شامل ۲۴ طبقه مهم روان‌پزشکی بود که کاملاً تحت تأثیر ویراست ششم یکی از کتاب‌های کرپلین به نام «*Lehrbuch der Psychiatrie*» (۱۸۹۹) قرار داشتند.

نیروی زمینی و نیروی دریایی ایالات متحده هر یک در پاسخ به چالش‌های فراروی نظامیان در دهه ۱۹۴۰، و نیاز به وجود طبقات تشخیصی مناسب‌تری جهت توصیف مشکلات روان‌پزشکی جنگجویان، نظام طبقه‌بندی ویژه‌ای را برای خود تدوین کردند. در همین حال، سازمان سربازان قدیمی نیز نظامی برای خود ابداع کرد تا بتواند بیماری‌های سربازان قدیمی جنگ جهانی دوم که به‌صورت سرپایی به این سازمان مراجعه می‌کردند را طبقه‌بندی کند. وضعیت حاکم بر نام‌گذاری روان‌پزشکی، سبب ایجاد سردرگمی‌های بسیار شده بود، و حداقل چهار نظام طبقه‌بندی مختلف - نظام استاندارد و نظام‌های مورد استفاده نیروی زمینی ایالات متحده، نیروی دریایی ایالات متحده، و سازمان سربازان قدیمی - وجود داشتند. برخی نهادها، از یک نظام برای کاربدهای بالینی، از یک نظام دیگر برای درجه‌بندی کم‌توانی‌ها، و از نظام سوم برای ارائه گزارش‌های آماری استفاده می‌کردند. بازنگری ششم «دستنامه طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها، آسیب‌ها، و علل مرگ (ICD-6)» که در سال ۱۹۴۸ از سوی سازمان بهداشت جهانی تدوین شد، رضایت کامل روان‌پزشکان آمریکایی را برآورده نکرد، و به‌همین دلیل نیز APA تصمیم گرفت دستنامه ویژه خود را تدوین کند.

کمیته نام‌گذاری و آمار APA، تدوین یک نظام نام‌گذاری واحد برای طبقه‌بندی بیماری‌های روانی را سرلوحه کار خود قرار داد، که همین امر به انتشار نخستین ویراست از «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM-I) منتهی شد. DSM-I که دستنامه‌ای فشرده در قالب ۱۳۲ صفحه بود، نخستین دستنامه رسمی اختلالات روانی بود که بر کاربرد بالینی جهت طبقه‌بندی تأکید داشت. تعاریف ارائه شده در آن نسبتاً ساده بوده و توصیف‌های سرنمون (پیشگانه) و مختصر را شامل می‌شدند. اکثر اختلالات، «واکنش‌هایی» قلمداد می‌شدند که بیانگر تأثیر آدولف مهیر و رویکرد روانی - زیستی او نسبت به روان‌پزشکی بودند؛ در این رویکرد، فرض بر آن بود که اختلالات روانی، انواعی از الگوهای واکنش هستند که یا حالات اغراق‌شده‌ای از روش‌های طبیعی، سالم، و سازگار زندگی بوده و یا انحرافی از این روش‌ها هستند و یا جایگزینی برای این روش‌ها قلمداد می‌شوند. برای مثال، بیماری شیدایی - افسردگی در DSM-I بدین ترتیب تعریف شده بود:

**واکنش‌های شیدایی - افسردگی:** این گروه‌ها شامل آن دسته از واکنش‌های روان‌پریشی هستند که اساساً با

نوسانات شدید خلقی و تمایل به عود و فروکش مشخص می‌شوند. علائم فرعی گوناگونی مانند خطاهای حسی، هذیان،

و توهم را می‌توان به تغییر عاطفی اساسی اضافه کرد. واکنش شیدایی - افسردگی، مترادف عبارت روان‌پریشی شیدایی - افسردگی است. این واکنش خود به یکی از انواع زیر طبقه‌بندی می‌شود: شیدایی، افسردگی، یا غیره (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۵۲).

سازمان بهداشت جهانی برای تشویق به حفظ ثبات در سطح بین‌المللی، حمایت مالی نسخه‌ای بازنگری شده را برعهده گرفت که در سال ۱۹۶۷ و به صورت ICD-8 نمایان گشت (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۶۷). APA نیز در تدوین ICD-8 نقش داشت و سال بعد نیز DSM-II (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۶۸) را منتشر کرد. بارزترین تغییر از میان تغییرات پرشمار ایجاد شده در DSM-II، حذف واژه واکنش از تشخیص‌ها بود. نام چندین اختلال تغییر داده شد، و این دستنامه، کاربران را تشویق می‌کرد تا تشخیص‌های روان‌پزشکی متعدد (که به ترتیب اهمیت فهرست شده باشند) و بیماری‌های جسمانی مربوطه را ثبت کنند، و همین امر، از ابداع طرح تشخیصی چندمحوری DSM-III حکایت داشت.

APA در سال ۱۹۷۴، یک هیئت اجرایی را بنیان نهاد تا نسخه‌ای بازنگری شده از DSM را تهیه کند که هم‌زمان با انتشار ICD-9 (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۷) عرضه شود. رابرت اسپیتزر، رئیس واحد ارزیابی در مؤسسه روان‌پزشکی ایالت نیویورک و از مشاوران بازنگری DSM-II، به‌عنوان مدیر این گروه منصوب شد. اسپیتزر، علاقه فراوانی به تشخیص و طبقه‌بندی داشت و تحت تأثیر روان‌پزشکان هم‌عقیده خود در دانشگاه واشنگتن در سنت‌لویس قرار داشت که در سال ۱۹۷۲، ملاک‌های تشخیصی فینر را منتشر کرده بود؛ این نام‌گذاری به‌افتخار مؤلف اول - و دستیار روان‌پزشکی - جان فینر صورت گرفته است (فینر و همکاران، ۱۹۷۲). این نخستین تلاش رشته روان‌پزشکی در راستای تدوین ملاک‌های تشخیصی عملیاتی بوده است. (مفهوم واژه عملیاتی در اینجا عبارت است از در نظر گرفتن مقوله‌ای - که در این مورد خاص، نوعی تشخیص است - و تجزیه آن به اجزای تشکیل‌دهنده، بدین منظور که بتوان آنها را آموزش داد و بر آنها مسلط شد.)

اگرچه این تلاش چندان گسترده نبود (و به تدوین ملاک‌های تشخیصی برای ۱۵ بیماری روان‌پزشکی به‌علاوه یک دسته باقی‌مانده برای افراد دچار علائم تشخیص‌داده‌نشده منتهی شد)، ولی ملاک‌های تشخیصی فینر، علایق فراوانی را شعله‌ور ساخت. انتظار آلی رابینز، ساموئل گیوز، جورج وینوکور، و سایر مدیران گروه سنت‌لویس، آن بود که اعتبار هر یک از سندرم‌های بالینی، در نهایت به‌دلیل پیوسته بودن تابلوی بالینی آنها، تمایز از (یا «محدود بودن به») سایر اختلالات، پیش‌آگهی و فرجام رایج آنها، تجمیع ژنتیکی در خانواده‌ها، و تمایز بیشتر توسط تست‌های آزمایشگاهی بعدی (که امروزه شامل تصویربرداری از دستگاه عصبی، ژنتیک مولکولی، تست‌های عصبی - روان‌شناختی، و غیره هستند) تعیین شود.

اسپیتزر و همکارانش ملاک‌های تشخیصی پژوهشی (RDC) را برای استفاده در مطالعه مشارکتی طولی بر روی ماهیت روانی - زیست‌شناختی افسردگی تدوین کردند (اندیکات و اسپیتزر، ۱۹۷۸)؛ حمایت مالی از این مطالعه را مؤسسه ملی سلامت روان برعهده داشت. هم ملاک‌های تشخیصی فینر و هم RDC، مبانی علمی DSM-III را تشکیل دادند. این حقیقت که یک سوم از اعضای هیئت اجرایی DSM-III، در دانشگاه واشنگتن آموزش دیده بودند، مدرکی بود دال بر نفوذ «کالج نامرئی» نئوکرپلینی‌ها، که به هدایت سایرین در عصر طبقه‌بندی و ارزیابی نظام‌یافته و دقیق کمک می‌کردند.

DSM-III که در سال ۱۹۸۰ منتشر شد، شور و حالی را برانگیخت. DSM-III که کتابی قطور با ۴۹۴ صفحه به‌شمار می‌رفت، بیانگر افزایش تأکید بر داده‌های تجربی در پژوهش و طب روان‌پزشکی بود، و نخستین تلاش یک رشته تخصصی پزشکی برای ارائه یک دستنامه تشخیصی جامع و دقیق قلمداد می‌شد که در آن، تمامی اختلالات توسط ملاک‌های تشخیصی اختصاصی تعریف شده بودند، به‌نحوی که روش مطرح کردن یک تشخیص روان‌پزشکی، نسبتاً روشن بود. در هنگام تدوین این ملاک‌های تشخیصی، دقت فراوانی مبذول شده بود. در این راستا، دست‌نویس‌های مفصلی نوشته شد، نظرات ۵۵۰ بالینگر اخذ شد، و نتایج حاصله بر روی بیش از

۱۲۰۰۰ بیمار، به صورت میدانی مورد آزمایش قرار گرفت. به علاوه، DSM-III به طور هماهنگ با تدوین نهمین بازنگری از ICD منتشر شد.

علاوه بر گنجاندن ملاک‌های تشخیصی، نوآوری مهم دیگر DSM-III، عبارت بود از معرفی نظام طبقه‌بندی چندمحوری. در این میان، پنج محور توصیف شدند:

- I. سندرم‌های بالینی و «حالاتی که قابل انتساب به نوعی اختلال روانی نبوده ولی در کانون توجه و درمان قرار دارند»
- II. اختلالات شخصیت و اختلالات رشد و نمو اختصاصی
- III. اختلالات جسمانی
- IV. شدت عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی
- V. بالاترین سطح عملکرد انطباقی در سال گذشته

DSM-III کمتر از پیشینیان خود بر مفاهیم روانکاوانه متکی بود، و مقرر شده بود که رویکرد توصیفی آن نیز ماهیتی خنثی («عاری از نظریه») نسبت به سبب‌شناسی داشته باشد. علت اتخاذ چنین رویکردی این بود که اعضای هیئت اجرائی آن، معتقد بودند گنجاندن نظریه‌های سبب‌شناختی، در واقع «معانی خواهد بود بر سر راه استفاده از این دستنامه به وسیله بالینگران با جهت‌گیری‌های نظری مختلف، زیرا ارائه تمامی نظریه‌های سبب‌شناختی منطقی برای هر اختلال، غیرممکن است» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰).

هدف دیگر DSM-III، همانا بهبود قابلیت اعتماد پایینی بود که از نقاط ضعف نظام‌های پیشین به‌شمار می‌رفت. تعاریف مندرج در DSM-I و DSM-II به دلیل مبهم بودن و دقیق نبودن، کمکی به ارتباط بین بالینگران نمی‌کرده و در اغلب موارد نیز نمی‌توانستند یک اختلال را از اختلال دیگر افتراق دهند. بررسی‌های پژوهشی انجام شده نیز مشخص ساختند که بالینگران مختلفی که از DSM-I یا DSM-II استفاده می‌کردند، تشخیص‌هایی متفاوت را برای یک بیمار واحد مطرح می‌کردند. اعضای هیئت اجرایی DSM-III، متفق‌القول بودند که ملاک‌های تشخیصی اختصاصی، باید تا حد امکان عینی بوده و در صورت امکان، برپایه داده‌های پژوهشی موجود (و نه نظر شخصی فرد متخصص) استوار باشند. پایایی (قابلیت/اعتداد) که نوعی مفهوم بیومتریک است، به توانایی دو ناظر برای توافق بر سر آنچه مشاهده می‌کنند اشاره دارد، و با انواع گوناگونی از روش‌های آماری مانند توافق درصدی، ضرایب همبستگی، یا آماره کاپا (که خطای ناشی از توافق تصادفی را اصلاح می‌کند) اندازه‌گیری می‌شود. میزان پایایی DSM-III در کارآزمایی‌های میدانی ارزیابی شد و مشخص گردید که نسبتاً مطلوب است، به‌ویژه برای اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی عمده. در DSM-III، تعریفی برای اختلالات روانی ذکر شده بود که در تمامی ویراست‌های بعدی آن نیز هرچند با تغییراتی در جمله‌بندی، گنجانده شده است:

در DSM-III، هر یک از اختلالات روانی به صورت نوعی الگو یا سندرم روان‌شناختی یا رفتاری حایز اهمیت به‌لحاظ بالینی مفهوم‌سازی شده است که به صورت منفرد رخ داده و معمولاً با یک علامت دردناک دیگر (ناراحتی) یا اُفت در یک یا چند جنبه مهم کارکردی (کم‌توانی) همراه است. به علاوه، این استنباط نیز حاصل می‌شود که اولاً نوعی کژکاری رفتاری، روان‌شناختی، یا زیست‌شناختی وجود دارد و ثانیاً این اختلال، تنها در رابطه بین فرد و اجتماع نیست. (هنگامی که این آزرده‌گی، فقط به تعارض بین فرد و اجتماع محدود باشد، ممکن است بیانگر انحراف اجتماعی بوده، و خود می‌تواند قابل قبول باشد یا نباشد، ولی به‌خودی خود، اختلال روانی قلمداد نمی‌شود.) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰).

نسخه بازنگری شده DSM-III، موسوم به DSM-III-R، (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷)، در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. هدف

آن نیز اصلاح برخی از تناقضات شناسایی شده در DSM-III تا هنگام ارائه نسخه چهارم (DSM-IV؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) بود تا با ارائه بازنگری دهم ICD (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲) هم‌زمان باشد. چندین اختلال جدید نیز به آن افزوده شدند (مانند اختلال بدریخت‌انگاری بدن)، و برخی دیگر نیز حذف شده و یا به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از طبقات دیگر در نظر گرفته شدند (مانند هم‌جنس‌گرایی خود-ناهم‌خوان).

APA در ماه مه سال ۱۹۸۸، هیئتی اجرایی را تشکیل داد تا کار بر روی DSM-IV را آغاز کند. از آنجایی که دست‌نوشته‌های اولیه بخش اختلالات روانی ICD-10 کاملاً با توصیف‌های ارائه شده در ICD-9 و DSM-III-R متفاوت بودند، این ضرورت احساس می‌شد که گروه‌های سرگرم فعالیت بر روی DSM-IV و ICD-10 (که در آن هنگام مشغول فعالیت بودند) فرصتی برای بحث و تبادل نظر داشته باشند. APA نیز چنین نتیجه‌گیری کرده بود که کار بر روی DSM-IV و ICD-10 باید با یکدیگر هماهنگ باشد. در نتیجه، DSM-IV به‌لحاظ تخصصی، با ICD-10 سازگار بود، هرچند برخی تفاوت‌های اختصاصی میان آنها وجود داشت، و کُدگذاری DSM-IV، همچنان بر کُدگذاری مندرج در ICD-9 منطبق بود. در این میان، سیزده کارگروه تشکیل شدند، و هر یک، مسئولیت بخشی از این طبقه‌بندی را عهده‌دار شدند.

DSM-IV در سال ۱۹۹۴ منتشر شد، و در تدوین آن، نقد و بررسی نظام‌یافته متون علمی، تحلیل ثانویه داده‌های گردآوری شده قبلی، و تحلیل اولیه داده‌های گردآوری شده در طول ۱۲ کارآزمایی میدانی انجام گرفته است. تغییرات مربوطه نیز جنبه محافظه‌کارانه داشته و در صورت امکان، مبتنی بر شواهد بوده‌اند (و نه مبتنی بر اجماع نظر متخصصان). هدف از تدوین آن نیز برقراری موازنه‌ای میان سوابق تاریخی، داده‌های جدید، و ضوابط مورد نیاز برای سازگاری با ICD-10 بوده است. فرانسس و همکارانش (۱۹۹۰) دریافتند که «اولویت نخست، آن است که DSM-IV باید راهنمایی مفید برای طب بالینی باشد». یک تغییر مهم نسبت به نسخه‌های پیشین، همانا گنجانده شدن یک ملاک تشخیصی اهمیت بالینی در تقریباً نیمی از تمامی طبقه‌های تشخیصی بود، که طبق آن، علائم بیمار باید سبب ایجاد «ناراحتی بالینی قابل ملاحظه یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم کارکردی» شوند. چند اختلال جدید نیز معرفی شدند (مانند اختلال استرس حاد، اختلال دوقطبی II، اختلال آسپرگر)، و برخی اختلالات دیگر نیز حذف شده و یا به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از طبقات دیگر در نظر گرفته شدند (مانند گفتار درهم، اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر). حتی میزان مطالعات پایایی و کارآزمایی‌های میدانی انجام شده برای DSM-IV، بیشتر از موارد انجام شده برای DSM-III یا DSM-III-R بود، که البته خلاصه‌ای از آنها در کتاب‌های مرجع DSM-IV آمده است.

در سال ۲۰۰۰، متن DSM-IV بازنگری شد (DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). هدف از این کار نیز اصلاح اشتباهات و افزودن اطلاعات جدیدی بود که در سال ۱۹۹۴ وجود نداشته است. البته هیچ‌گونه تغییری در ملاک‌های تشخیصی ایجاد نشد، و هیچ اختلالی نیز افزوده یا حذف نشد. مسیر تدوین DSM-5، حتی پیش از انتشار DSM-IV-TR نیز آغاز شده بود، که این داستان متعاقباً در فصل ۱، «مسیر تدوین DSM-5» شرح داده خواهد شد.

ویراست‌های گوناگون DSM- حجم و تعداد اختلالات مندرج در آنها- در جدول ۱ با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

جدول ۱. ویراست‌های مختلف DSM از سال ۱۹۵۲ تا سال ۲۰۱۳			
تعداد صفحات	تعداد اختلالات	سال انتشار	ویراست
۱۳۲	۱۰۶	۱۹۵۲	DSM-I
۱۱۹	۱۸۲	۱۹۶۸	DSM-II
۴۹۴	۲۶۵	۱۹۸۰	DSM-III
۵۶۷	۲۹۲	۱۹۸۷	DSM-III-R
۸۸۶	۲۹۷	۱۹۹۴	DSM-IV
۹۴۳	۲۹۷	۲۰۰۰	DSM-IV-TR
۹۴۷	۱۵۷ <sup>a</sup>	۲۰۱۳	DSM-5

<sup>a</sup> بدون احتساب سایر اختلالات معین و نامعین.

## مسیر تدوین DSM-5

همه‌گیری‌شناسی و ژنتیک، علوم اعصاب، علوم شناختی و رفتاری، تکامل کودکان و بزرگسالان، و ارزیابی کم‌توانی‌ها. برای ترویج «تفکر خارج از محدوده»، افرادی که نقش پررنگی در تدوین DSM-IV داشتند، به این همایش دعوت نشده بودند. شرکت‌کنندگان، به ضرورت وجود مجموعه‌سندهایی برای هدایت پژوهش‌های آینده و ترویج بحث‌های بیشتر دربارهٔ موضوعات فراگیری پی‌برده بودند که بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. کارگروه‌هایی نیز برای مسائل مربوط به تکامل، خلأهای موجود در نظام تشخیصی کنونی، کم‌توانی‌ها و اُفت کارکردها، علوم اعصاب، نام‌گذاری، و مسائل فرهنگی تشکیل شدند.

دکتر ذرل ا. ریگر در سال ۲۰۰۰ از NIMH استخدام شد تا به‌عنوان مدیر مؤسسهٔ روان‌پزشکی آمریکا در زمینهٔ پژوهش و آموزش (APIRE) - وابسته به APA - فعالیت کرده و روند تدوین DSM-5 را هماهنگ سازد. همایش‌های دیگری نیز جهت تنظیم برنامهٔ پژوهشی DSM-5، پیشنهاد دادن عضویت در کارگروه‌های طرح‌ریزی، و انجام دیدارهای چهره به چهره برگزار شدند. این گروه‌ها، که به تبادل نظر با اعضای مؤسسات ملی سلامت (NIH) و جامعهٔ بین‌المللی روان‌پزشکی نیز می‌پرداختند، مجموعه‌سندهایی را تنظیم کردند که در «برنامهٔ پژوهشی DSM-V» منتشر شدند (کوپفر و همکاران، ۲۰۰۲). مجموعهٔ دومی از این‌سندها نیز تحت عنوان «ملاحظات مربوط به سن و جنسیت در تشخیص روان‌پزشکی»، مدتی بعد توسط APA تهیه و در سال ۲۰۰۷ منتشر شد (نرو و همکاران، ۲۰۰۷).

فرآیند تدوین DSM-5 (که در بخش عمده‌ای از روند تدوین آن، DSM-V نامیده می‌شد)، در سال ۱۹۹۹ آغاز شد، یعنی پنج سال پس از انتشار DSM-IV. دکتر استیون ا. هایمن (مدیر وقت مؤسسهٔ ملی سلامت روان یا همان NIMH)، دکتر استیون م. میرین (رئیس وقت انجمن روان‌پزشکی آمریکا یا همان APA)، و دکتر دیوید ج. کوپفر (رئیس کمیتهٔ APA در زمینهٔ تشخیص و ارزیابی روان‌پزشکی) با یکدیگر دیدار کرده و توافق کردند که APA و NIMH باید با یکدیگر همکاری کنند تا مبانی علمی تشخیص و طبقه‌بندی روان‌پزشکی را توسعه دهند.

همان‌طور که ریگر و همکارانش (۲۰۱۱) شرح داده‌اند، موضوعات مورد بحث عبارت بودند از:

۱. تعریف پایهٔ بیماری روانی.
۲. گزینهٔ افزودن ملاک‌های تشخیصی بُعدنگر به اختلالات.
۳. جداسازی احتمالی ارزیابی‌های مربوط به تشخیص و اُفت کارکردها.
۴. ضرورت پرداختن به تظاهرات گوناگون یک بیماری در طول دورهٔ زندگی.
۵. ضرورت پرداختن به تظاهرات گوناگون اختلالات روانی، که بسته به جنسیت و فرهنگ، متفاوت هستند.

مدتی بعد در همان سال، همایشی با حمایت مالی مشترک هر دو سازمان مذکور ترتیب داده شد. شرکت‌کنندگان در این همایش عبارت بودند از متخصصان حوزه‌های

در سال ۲۰۰۲، APIRE و مدیر آن ریگر، به همکاری با مدیران سازمان بهداشت جهانی (WHO) و انجمن جهانی روان پزشکی پرداختند تا بتوانند بودجه‌ای را از NIMH دریافت کرده و مجموعه‌ای از همایش‌های طرح‌ریزی پژوهشی را با هدف تأکید بر شواهد علمی مربوط به بازنگری برخی عرصه‌های خاص تشخیصی، برگزار کنند. با حضور ریگر به عنوان پژوهشگر اصلی، کمک مالی توافقی و مشارکتی ۱/۱ میلیون دلاری (و با حمایت مشترک NIMH، مؤسسه ملی سوء مصرف مواد، و مؤسسه ملی الکلیسم و سوء مصرف الکل) به NIMH اعطا شد.

این کمک مالی چندساله (۲۰۰۳-۲۰۰۸)، بودجه لازم برای ۱۳ همایش بین‌المللی را تأمین کرد. شرکت‌کنندگان برای هر یک از این همایش‌ها، مقالاتی نوشتند که به پرسش‌های تشخیصی تخصصی می‌پرداختند، و در نتیجه همین مقالات و اقدامات انجام گرفته در همایش، یک برنامه پژوهشی تدوین شد. در این میان بیش از ۱۰۰ مقاله علمی نوشته شد که متعاقباً در قالب تک‌نگاره‌هایی گردآوری شدند. یک توصیه ثابت، همانا ضرورت یکپارچه‌سازی بهتر ملاک‌های تشخیصی ارزیابی بُعدنگر و طبقاتی بود (هلز و همکاران، ۲۰۰۸). اعضای هیئت اجرایی DSM-IV، امکان استفاده از مقیاس‌های بُعدنگر را جهت ارزیابی آستانه اختلالات و درجه‌بندی شدت آنها مورد بررسی قرار داده بودند؛ ولی در عوض، عبارتی تحت عنوان «ناراحتی بالینی قابل توجه یا اُفت کارکرد» برای تمامی اختلالات، در DSM-IV گنجانده شد، ولی تنها مؤلفه بُعدنگر، محور V (از طرح تشخیصی چندمحوری) بود، که ارزیابی عملکرد کلی را امکان‌پذیر می‌ساخت.

هیئت اجرایی DSM-5 در سال ۲۰۰۶ و توسط دکتر استیون س. شرفستین (رئیس APA) و دکتر جیمز ه. اسکولی جونیور (مدیر پزشکی APA) تشکیل شد و دکتر کوپفر به عنوان رئیس و دکتر ریگر به عنوان نایب رئیس آن منصوب شدند. افراد دیگری نیز به عضویت این هیئت اجرایی منصوب شدند، از جمله رؤسای ۱۳ کارگروه تشخیصی فوق‌الذکر که مسئولیت نقد و بررسی متون علمی و پژوهش‌هایی را برعهده داشتند که

پایه و اساس توصیه‌های‌شان را در آینده تشکیل می‌دادند. هیئت امنای APA، اصولی را برای انتصاب تعیین کردند که مستلزم وضع محدودیت‌هایی برای سرمایه‌گذاری‌ها و درآمدهای حاصل از صنایع داروسازی بودند، بدین مفهوم که اولاً حضور بیش از دو نماینده از هر دانشگاه، در هیئت اجرایی یا در یک کارگروه واحد، ممنوع بود و ثانیاً حضور آنان نیازمند طی شدن فرآیند بررسی صلاحیت و سوابق افراد توسط یکی از کمیته‌های فرعی هیئت امنای بود. رؤسای کارگروه‌ها به همراه دکتر کوپفر و دکتر ریگر، نامزدهایی را به رؤسای بعدی APA (دکتر پدرو روئیز و کارولین روبینوویتز) توصیه کردند که به عنوان برترین متخصصان رشته خود قلمداد می‌شدند. اسامی اعضای هیئت اجرایی در ماه ژوئیه سال ۲۰۰۷ و اسامی اعضای کارگروه‌ها نیز در ماه مه سال ۲۰۰۸ اعلام شد. هیئت اجرایی DSM-5، از چهار اصل راهنما پیروی می‌کردند:

۱. اولویت بخشیدن به کاربرد بالینی؛ بدین مفهوم که هرگونه تغییر در ملاک‌های تشخیصی یا سازماندهی دستنامه، باید برای بالینگران مفید باشد.
۲. استفاده از مدارک پژوهشی گردآوری شده از زمان انتشار DSM-IV به عنوان رهنمودی برای ایجاد تغییرات.
۳. حفظ پیوستگی تاریخی با ویراست‌های پیشین، و به‌ویژه DSM-III و DSM-IV.
۴. عدم اعمال هرگونه محدودیت پیشاپیش بر روی تغییرات پیشنهادی از سوی کارگروه‌ها.

اعضای هیئت اجرایی، برای اقدامات پیشین احترام قایل بوده و می‌دانستند که ایجاد هرگونه تغییر در دستنامه، تأثیری بالقوه بر مراقبت‌های بالینی، شیوع اختلالات، پروتکل‌های پژوهشی، و اقدامات مربوط به کُدگذاری و تنظیم صورت‌حساب‌ها خواهد داشت. اقدامات صورت گرفته در راستای تشخیص، با بهره‌گیری از نوعی فرآیند دقیق و شفاف انجام می‌شدند که شامل نقد و بررسی دقیق متون علمی،



پرداختن به مسائل ارزیابی و اندازه‌گیری می‌پرداخت. سرانجام، هفتمین گروه مطالعاتی نیز تشکیل شد تا به نقد و بررسی آن دسته از تحلیل‌های ثانویه داده‌ها بپردازد که مقرر شده بود با کمک مالی APA و جهت ارزیابی پایگاه مدارک بازرگاری‌های پیشنهاد شده انجام گیرند.

این کارگروه‌ها، به‌طور منظم از طریق تماس‌های کنفرانسی با یکدیگر دیدار می‌کرده و به‌صورت حضوری نیز در جلساتی که دو نوبت در سال برگزار می‌شدند، شرکت می‌کردند. از وظایف اولیه این گروه‌ها، پرداختن به این موضوع بود که DSM-IV از چه جهاتی عملکردی مناسب یا نامناسب داشت و یا در هر صورت نمی‌توانست نیازهای بالینگران را برآورده سازد. برای مثال، این کارگروه‌ها نحوه ارزیابی بهتر شدت علائم و نیز نحوه حل معضل بیماری‌های هم‌زمان متعدد را بررسی می‌کردند. از اهداف دیگر این کارگروه‌ها عبارت بودند از: کاهش میزان تشخیص‌های «مشخص نشده به‌صورت دیگر» (که احساس می‌شد بیش از حد مورد استفاده بوده و در دسترساز هستند)؛ بهبود آن دسته از ملاک‌های تشخیصی که فاقد دقت لازم بودند؛ مشخص ساختن بهتر هدف‌های درمانی جهت یاری دادن بالینگران در امر شناسایی علائمی که می‌توان در جریان درمان، به آنها پرداخت؛ و تمرکز بر بهترین روش گنجانیدن ارزیابی علائم رایجی که در ملاک‌های تشخیصی مربوط به یک بیماری خاص، مورد توجه قرار نمی‌گیرند، در ملاک‌های تشخیصی مربوطه (مانند علائم بی‌خوابی که بیمار دچار اسکیزوفرنی ممکن است آنها را تجربه کند).

به‌علاوه، از این کارگروه‌ها درخواست شده بود تا به انجام موارد زیر نیز بپردازند:

۱. تبیین حد و مرز بین اختلالات روانی، به‌منظور کاهش احتمال اشتباه شدن اختلالات با یکدیگر و کمک به انجام درمان اثربخش.
۲. بررسی علائم «مشترک» (یعنی علائمی که به‌طور شایع در تشخیص‌های مختلف یافت می‌شوند).
۳. نشان دادن قدرت پژوهش بر روی توصیه‌های ارائه شده

تحلیل ثانویه مجموعه داده‌های موجود، و تحلیل اولیه داده‌های گردآوری شده جدید بود.

یکی از مسئولیت‌های محول شده به این هیئت اجرایی، پرداختن به مسائل مفهومی از طریق شش گروه مطالعاتی (متمایز از کارگروه‌های مذکور) بود؛ هر یک از این شش گروه مطالعاتی، وظیفه هدایت روند تدوین کلی بازرگاری‌های مربوط به یکی از حوزه‌های تشخیصی اختصاصی زیر را برعهده داشت:

۱. طیف‌های تشخیصی و هماهنگ‌سازی DSM با ICD این گروه، طیف‌های مربوط به سندرم‌های مختلف را در محدوده‌های تشخیصی موجود ارزیابی کرد، توصیه‌هایی را برای ساختار کلی طبقات DSM ارائه داد، و ۱۱ ملاک تشخیصی بالقوه را برای آزمودن اعتبار (روایی) تشخیص‌های اختلالات روانی شناسایی کرد، که افزایشی در مقایسه با پنج ملاک تشخیصی اولیه اعتباریابی محسوب می‌شد که توسط رایبیز و گیوز (۱۹۷۰) پیشنهاد شده بودند.

۲. رویکردهای تکاملی مربوط به کل دوران زندگی: این گروه، بر تظاهرات گوناگون اختلالات روانی تمرکز داشت که ممکن بود در سنین بالاتر و در مراحل زندگی تکاملی انسان ظهور کنند.

۳. مسائل جنسیتی و فرهنگی: هدف از تشکیل این گروه، همانا ارزیابی تظاهرات گوناگون علائم معادل در اختلالات روانی بود که تحت تأثیر جنسیت و فرهنگ قرار می‌گیرند.

۴. فصل مشترک بین روان‌پزشکی و طب عمومی: هدف از تشکیل این گروه، همانا بررسی رویکردهایی بود که می‌توانند به ایجاد فصل مشترک بهتری میان رویکردهای تشخیصی در طب عمومی و رویکردهای تشخیصی در اختلالات روانی کمک کنند.

۵. اُفت کارکرد و کم‌توانی: هدف از تشکیل این گروه، بررسی روند تدوین راهبردهای مربوط به ارزیابی کم‌توانی و اُفت کارکرد کلی بود.

۶. ابزارهای ارزیابی تشخیصی: این گروه، به بررسی ضرورت

«TR» (برای مثال در DSM-IV-TR) را فقط یک نوبت می‌توان به کار بُرد. جهت سهولت، تغییرات بعدی که پیش از بازنگری کامل نوبت بعد رخ می‌دهند را می‌توان با DSM-5.1، DSM-5.2، و غیره نشان داد.

## ارزیابی بُعدنگر

یکی از چالش‌های موجود در امر تشخیص دقیق اختلالات روانی، همانا برخورداری از توانایی ارزیابی کامل گستره‌ای از علایم و سایر عوامل در بیماران است. از DSM-III به بعد، اختلالات روانی بر اساس طبقه‌تشخیصی توصیف و مرتب شده‌اند، به طوری که برای هر اختلال روانی، فهرستی اختصاصی از ملاک‌های تشخیصی وجود دارند. در این نظام مبتنی بر طبقه‌بندی، فرد دچار یک علامت خاص هست یا نیست، و برای مطرح شدن یک تشخیص، وجود تعداد خاصی از علایم ضروری است. اگر این تعداد علایم وجود نداشته باشند، تشخیص اختلال مورد نظر نیز مطرح نمی‌شود.

استفاده از ملاک‌های تشخیصی، بهبود چشمگیری در مقایسه با دستورالعمل‌های پیشین موجود جهت تشخیص بیماران دچار اختلالات روانی قلمداد می‌شد، ولی رویکردهای مبتنی بر طبقه‌بندی، همواره با طیفی از علایم که افراد در عالم واقعیت تجربه می‌کنند، مطابقت ندارند. برای مثال، افراد دچار اسکیزوفرنی اغلب دچار علایم دیگری هستند که در ملاک‌های تشخیصی مربوط به تشخیص اسکیزوفرنی نمی‌گنجد (مانند افسردگی، اضطراب). از آنجایی که ملاک‌های تشخیصی، مستلزم تصمیم‌گیری بله/خیر توسط بالینگر هستند، در اغلب موارد هیچ‌گونه روشی در DSM-IV برای بیان شدت اختلال و یا روش ساده‌ای برای تعیین بهبود یا عدم بهبود بیمار به‌دنبال درمان وجود ندارد.

از کارگروه‌ها درخواست شد تا روش‌های گنجاندن شیوه ساده‌ای را در DSM-5 بررسی کنند که بالینگران با استفاده از آنها بتوانند علایم و شدت اختلالات روانی را با استفاده از مقیاس‌های بُعدنگر تعیین کرده و بیماران دچار طیف کاملاً گسترده‌ای از علایم را به‌صورت نظام‌یافته ارزیابی کنند.

مربوط به بیشترین سطوح مدارک ممکن.  
۴. تبیین حد و مرزهای موجود میان برخی اختلالات روانی خاص و عملکرد روان‌شناختی طبیعی.

هر یک از کارگروه‌های مذکور پس از نقد و بررسی مدارک پژوهشی، تحلیل‌های هدفمند داده‌ها، و اجماع نظر بین متخصصان، به بازنگری ملاک‌های تشخیصی پرداختند. خلاصه‌هایی از مسائل مهم مطرح شده در کارگروه‌ها، به پایگاه اینترنتی تدوین DSM-5 ارسال شد، و نقطه‌نظرات همکاران حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای دریافت شد. آخرین مرحله تدوین DSM-5، شامل تعامل بین گروه‌های مطالعاتی و کارگروه‌های تشخیصی بود.

یکی از اهداف، همانا تعیین چارچوبی برای تدوین نوعی نظام تشخیصی بود که بتواند سبب پیش‌برد طب بالینی شده و آزمودن مداوم ملاک‌های تشخیصی را تسهیل سازد. هیئت اجرایی نتیجه‌گیری کرد که یکی از پیشرفت‌های مهم، همانا گنجاندن مقیاس‌های بُعدنگر ساده در DSM-5 برای ارزیابی سندرم‌ها (چه در داخل طبقات تشخیصی گسترده و چه در بین آنها) است (ریگر، ۲۰۰۷).

## DSM-V یا DSM-5؟

یکی از اهداف هیئت اجرایی DSM-5، تدوین DSM-5 به‌عنوان یک سند «زنده» بود، بدین مفهوم که تغییرات بعدی را بتوان به سرعت و در پاسخ به پیشرفت‌های علمی، در آن ایجاد کرد. اعضای هیئت اجرایی چنین نتیجه‌گیری کردند که بهترین روش دستیابی به توانایی پاسخ‌دهی سریع و چالاک، استفاده از اعداد عربی به‌جای اعداد رومی (که از زمان انتشار DSM-II در سال ۱۹۶۸ به‌کار می‌رفتند) بوده، و لذا بهتر است به‌جای DSM-V، از DSM-5 استفاده شود. از آنجایی که فن‌آوری، امکان انتشار فوری اطلاعات را در سرتاسر جهان امکان‌پذیر ساخته است، اعداد رومی بیش از حد دست و پا گیر قلمداد می‌شدند، به‌ویژه با در نظر گرفتن این نکته که بازنگری متن در آینده، محتمل به نظر می‌رسید. برای مثال، عبارت

در طرح دوم که برای بالینگران منفرد و بالینگران فعال در گروه‌های کوچک در مراکز طب بالینی متداول تهیه شده بود، حدود ۱۴۵۰ بیمار بررسی شدند. در این طرح‌ها، فرصتی برای بررسی پایایی، کاربُرد بالینی، و امکان ایجاد تغییرات پیشنهادی در هر دو نوع مراکز پژوهش عملی با حجم بالا و مراکز مراقبت‌های بالینی روزمره، فراهم شده بود. مصاحبه‌های تشخیصی توسط روان‌پزشکان و سایر متخصصان حوزه سلامت روانی انجام شدند که از تمامی آنان انتظار می‌رفت از این دستنامه در مراقبت روزمره خود از بیماران استفاده کنند. مصاحبه‌ها، به‌صورت طبیعی انجام شده و در آنها از مصاحبه‌های ساختارمند استفاده نشده بود تا اقدامات روزمره بالینگران، تکرار شود.

در کارآزمایی‌های میدانی ویراست‌های پیشین DSM، روش اصلی مورد استفاده برای اندازه‌گیری پایایی، *آزمودن بین داورها* بوده است که در آن، دو یا چند داور، مطالب مربوط به یک بیمار واحد را به‌طور هم‌زمان مورد نقد و بررسی قرار می‌دهند. این طرح، سبب حذف «عامل مخدوش‌کننده» عدم ثبات بالینی می‌شود، ولی در آن، تفاوت‌های علایم بیماران دچار یک بیماری یکسان و یا این حقیقت که یک بیمار واحد ممکن است در روزهای متفاوت، با علایم متفاوتی مراجعه کند، لحاظ نمی‌شود. به‌همین دلیل، *آزمودن پایایی بین داوران*، می‌تواند به ارائه امتیازی منجر شود که بیانگر پایایی بالینی نباشد. *پایایی بازآزمایی* در کارآزمایی‌های میدانی DSM-5 مورد بررسی قرار گرفت. این طرح مستلزم آن است که بیمارانی یکسان، به‌طور جداگانه توسط دو یا چند داور و در یک بازه زمانی (که در طی آن، بعید باشد وضعیت بالینی بیماران تغییر کرده باشد) بررسی شوند، و سپس آماره کاپا محاسبه می‌شود.

نوآوری‌های به‌عمل آمده در کارآزمایی‌های میدانی مذکور، عبارت بودند از: انتخاب تصادفی بیماران با استفاده از چند ملاک تشخیصی حذفی انگشت‌شمار؛ استفاده از بالینگرانی که بر اساس تخصص ویژه در اختلالات مورد بررسی انتخاب نشده بودند؛ به‌کارگیری کل نظام DSM-5 در هر ارزیابی (به‌جای تمرکز بر یک تشخیص در هر زمان)؛ و ارائه

ارزیابی‌های بُعدنگر، بالینگران را قادر می‌سازند تا وجود علایم و شدت آنها را درجه‌بندی کنند (برای مثال، تحت عنوان بسیار شدید، شدید، متوسط، یا خفیف). این درجه‌بندی می‌تواند برای ردیابی پیشرفت بیمار به‌دنبال درمان مورد استفاده قرار گرفته و به‌عنوان روشی برای مشخص ساختن موارد بهبود حتی در صورت باقی ماندن علایم به‌کار رود. به‌علاوه، از کارگروه‌ها درخواست شد تا اولاً مدارک علمی موجود را بررسی کرده و ارزیابی‌هایی بُعدنگر را برای بیماری‌های خاص تحت بررسی تعیین کنند و ثانیاً رهنمودهایی تخصصی را در زمینه استفاده از آنها، به بالینگران ارائه دهند. ارزیابی‌های بُعدنگر در فصل ۲۰، «مقیاس‌های اندازه‌گیری» شرح داده شده‌اند.

## قابلیت اعتماد (پایایی) تشخیصی و کارآزمایی‌های میدانی

اعضای هیئت اجرایی DSM-5، ضرورت پایایی تشخیصی را درک کرده بودند. پایایی، به قابلیت اعتماد در پیش‌بینی این موضوع اشاره دارد که بالینگران مختلف، تشخیص واحدی را برای یک بیمار واحد مطرح کنند. با وجود آنکه پایایی تشخیصی، به‌ندرت در هیچ‌یک از رشته‌های پزشکی، به‌طور مطلق وجود دارد (البته اگر نگوئیم که اصلاً وجود ندارد)، ولی از اهمیت فراوانی برخوردار است. اگر دو بالینگر، دو تشخیص متفاوت را برای یک بیمار مطرح کنند، یکی از آنها احتمالاً دچار اشتباه شده است. روش‌های *آزمودن پایایی* برای DSM-5 ابداع شدند تا تصویری دقیق‌تر از پایایی بالینی واقعی را در مقایسه با کارآزمایی‌های میدانی ویراست‌های پیشین ارائه دهند (کرامر و همکاران، ۲۰۱۰، ۲۰۱۲). پایایی، از طریق مجموعه‌ای از کارآزمایی‌های میدانی ارزیابی شد؛ این فرآیند شامل بررسی ملاک‌های تشخیصی اختصاصی و نیز تغییرات گسترده اعمال شده برای اختلالات مختلف، مانند گنجاندن مقیاس‌های بُعدنگر و مقیاس‌های تشخیصی شدت بوده است.

در کارآزمایی‌های میدانی مذکور، از دو طرح استفاده شده بود. در طرح نخست، که یک طرح با مقیاس وسیع در بین ۱۱ مرکز پزشکی دانشگاهی بود، حدود ۲۰۰۰ بیمار بررسی شدند.

## تأیید نهایی

بازنگری‌های پیشنهاد شده برای DSM-5، پیش از آنکه به تأیید نهایی هیئت امنای APA برسند، مراحل متعددی از نقد و بررسی دقیق را پشت سر گذاشتند. در تمامی طول سال‌های ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲، تغییرات پیشنهادی همچنان تحت بازنگری قرار داشتند که با درون‌داده‌های اعضای APA و افرادی دیگر همراه بودند که از طریق سه کانال ارتباطی به پایگاه اینترنتی تدوین DSM-5 ارسال می‌شدند. داده‌های مربوط به کارآزمایی‌های میدانی مورد تحلیل و بحث قرار می‌گرفته و در طول فرآیند نقد و بررسی، در متن طرح‌های پیشنهادی گنجانده می‌شدند. یک کمیته نقد و بررسی علمی نیز مسئولیت نقد و بررسی مطالب علمی و تعیین اعتبار مدارک مربوط به بازنگری‌ها را برعهده داشت. در این میان، یک فرآیند نقد و بررسی توسط همکاران نیز انجام گرفت که طی آن، صدها نفر از بررسی‌کنندگان متخصص، فواید و خطرات ایجاد تغییر در DSM-IV را به‌لحاظ بالینی و سلامت عمومی، مورد بررسی قرار دادند. مجمع APA که نهاد اداره‌کننده APA است، DSM-5 را به‌مورد بحث گذارد و در جلسه سالانه پاییزی خود در ماه نوامبر سال ۲۰۱۲، به تأیید این دستنامه جدید رأی داد. در نهایت، هیئت اجرایی DSM-5، یک نقد و بررسی کلی را انجام داد و توصیه‌هایی نهایی خود را به‌همراه تمامی داده‌های تأیید کننده، جهت نقد و بررسی نهایی به هیئت امنای APA ارسال کرد. این دست‌نویس نهایی در ماه دسامبر سال ۲۰۱۲ به تأیید هیئت امنای رسید و سپس به انتشارات روان‌پزشکی آمریکا که از دواپر APA است، فرستاده شد. رونمایی رسمی از DSM-5 نیز برای یکصد و شصت و ششمین جلسه سالانه APA در سان‌فرانسیسکو برنامه‌ریزی شد که از ۱۸ تا ۲۲ ماه مه سال ۲۰۱۳ برگزار می‌شد.

## اختلاف نظرات مربوط به DSM-5

فرآیند بازنگری، بدون اختلاف نظر هم نبوده است، ولی لازم است در اینجا به بررسی آن بپردازیم: تمامی ویراست‌های پیشین DSM نیز با دلهره همگانی قابل ملاحظه‌ای همراه

دستورالعمل‌هایی به بالینگران شرکت‌کننده که باید تشخیص‌ها را بر اساس طبابت معمول خود مطرح سازند، و نه بر اساس مصاحبه تشخیصی استاندارد (که به‌ندرت در طب بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد). هدف از ایجاد این تغییرات، انجام آزمون‌ها با استفاده از ملاک‌های تشخیصی دارای صحت بهینه بوده است که برای بالینگرانی واقعی طراحی شده‌اند که به درمان بیمارانی واقعی می‌پردازند.

نتایج مقدماتی این کارآزمایی‌های بالینی، در نشست سالانه انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۲ ارائه شدند. ملاک‌های تشخیصی DSM-5 حداقل از پایداری کافی برای اکثر مطالعات انجام شده بر روی اختلالات برخوردار بودند، و این درحالی است که درجه‌بندی‌های بُعدنگر، بهتر بودند. مقادیر کاپای به‌دست آمده از آزمون‌های انجام شده در مراکز دانشگاهی، برای اختلالات زیر، در محدوده «عالی» قرار داشتند: اختلال طیف درخودماندگی، ۰/۶۹؛ اختلال استرس پس از سانحه، ۰/۶۷؛ اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی، ۰/۶۱؛ و اختلال عمده عصبی-شناختی، ۰/۷۸. اختلالات زیر نیز در محدوده «خوب» قرار داشتند: اختلال دوقطبی I، ۰/۵۴؛ اسکیزوفرنی، ۰/۴۶؛ اختلال اسکیزوفکتیو، ۰/۵۰؛ آسیب ضربه‌ای خفیف مغز، ۰/۴۶؛ و اختلال شخصیت مرزی، ۰/۵۸. برخی اختلالات دیگر نیز در محدوده کیفی پایین‌تری قرار داشتند: اختلال اضطراب فراگیر، ۰/۲۰؛ و اختلال افسردگی اساسی، ۰/۳۲. اگرچه سندرم روان‌پریشی تخفیف‌یافته، در محدوده نسبتاً مطلوبی قرار داشت (۰/۴۶)، ولی فاصله اطمینان ۹۵٪ آن تا صفر امتداد داشت که بیانگر شکست کارآزمایی است.

اگرچه مقادیر کاپای گزارش شده برای DSM-III و DSM-IV، بهتر بودند (برای مثال، ۰/۵۹ برای اختلال افسردگی اساسی)، ولی نمونه‌های بیماران در آن کارآزمایی‌های قدیمی‌تر، بسیار متفاوت بودند، زیرا بیماران دچار بیماری‌های روان‌پزشکی هم‌زمان، از کارآزمایی حذف شده بودند.

نامعین) در یک دسته واحد قرار داده شده بودند. گروه‌های ذینفع به سرکردگی افرادی که مایل بودند اختلال اسپرگر حفظ شود، نگران آن بودند که ملاک‌های تشخیصی جدید ممکن است سبب تنزل افراد مبتلا به این اختلال به پس‌کرانه‌های تشخیصی شوند. تصمیم‌گیری جهت حذف «کنار گذاشتن عذاراری» از ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی، مورد انتقاد افرادی قرار گرفت که مدعی بودند این تغییر، سبب تبدیل عذاراری طبیعی به نوعی اختلال روانی خواهد شد. سندرم روان‌پریشی تخفیف‌یافته که در DSM-5 گنجانده شده است، به شدت مورد انتقاد برخی منتقدانی قرار گرفت که نگران آن بودند که اولاً این تشخیص سبب انگ زدن بی‌مورد به افرادی شود که صرفاً از دیدگاه دیگران عجیب و غریب بوده و یا سابقه خانوادگی نامناسب دارند و ثانیاً نتوان افرادی که ممکن است دچار روان‌پریشی شوند را با قابلیت اعتماد بالایی پیش‌بینی کرد؛ به‌علاوه، از آنجایی که هیچ‌گونه درمان اثبات‌شده‌ای برای این اختلال پیشنهادی وجود ندارد، این تشخیص می‌تواند صرفاً سبب افزایش استفاده off-label<sup>۱</sup> از داروهای ضد روان‌پریشی در تلاشی بیهوده برای درمان آن شود. (البته مدتی بعد، کارگروه اختلالات روان‌پریشی توصیه کرد که سندرم روان‌پریشی تخفیف‌یافته، در بخش ۳، «اختلالاتی برای مطالعه بیشتر» قرار داده شود). به‌همیت ترتیب، اختلال کژتنظیمی خلقی نیز مورد انتقاد قرار گرفت، زیرا سبب زده شدن برچسب اختلال روانی به کودکان تحریک‌پذیر و باز هم افزایش استفاده off-label از داروهای ضد روان‌پریشی خواهد شد.

در نهایت، انتقادات تند و تیزی نیز به کل فصل اختلالات شخصیت وارد آمد که به تفصیل بیشتر در فصل ۱۸ شرح داده خواهند شد. به‌علاوه، کارگروه شخصیت و اختلالات شخصیت علاوه بر آنکه توصیه کرد تعداد اختلالات از ۱۰ مورد به ۶ مورد کاهش یابد، توصیه کرد اصلاحاتی نیز در ملاک‌های

بودند، و DSM-5 نیز از این قاعده مستثنی نبود. موج پیوسته انتقادات، از همان بدو امر - چه در خود رشته روان‌پزشکی و چه به‌طور کلی در میان عموم مردم - آغاز شد.

نگرانی‌های عمده منتقدان مختلف، عبارت بودند از اینکه: فرآیند تدوین DSM-5 فاقد صداقت و شفافیت بوده است؛ تصمیمات اتخاذ شده، از روی هوس و بدون استناد بر مدارک گرفته شده‌اند؛ هیچ‌گونه نقد و بررسی علمی مستقانه انجام نشده است؛ میزان‌های پایایی، بسیار پایین و غیرقابل قبول بوده‌اند؛ میزان‌های شیوع ممکن است به دلیل سست بودن بیش از حد آستانه‌های مربوط به برخی دسته‌های مهم (مانند اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی، اختلال خفیف عصبی - شناختی، اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی) افزایش یابند؛ و بسیاری از اعضای هیئت اجرایی و کارگروه‌ها، دچار تضاد منافع با یکدیگر بوده‌اند.

یکی از علل مطرح شدن اتهام تضاد منافع، مقاله منتشر شده در یک مجله اینترنتی بود که نشان می‌داد سیاست افشای مالی DSM-5، سبب کاهش اختلاف نظرات نشده است (کوسگروو و کریمسکی، ۲۰۱۲). در این مقاله، مقایسه‌ای با فرآیند تدوین DSM-IV (که در آن، مقررات سخت‌معدودی برای افشا وجود داشت) به عمل آمد، و این مسئله مطرح شد که میزان اختلاف نظرات میان اعضای کارگروه‌ها و هیئت اجرایی DSM-5، افزایش یافته بود. APA در پاسخ اظهار داشت که داده‌های موجود نشان می‌دهند ۷۲ درصد اعضای کارگروه‌ها و هیئت اجرایی، هیچ‌گونه ارتباطی با صنایع داروسازی در سال ۲۰۱۱ نداشته‌اند، و از ۲۸ درصد باقی‌مانده نیز ۱۲ درصد فقط استفاده از کمک‌های مالی را گزارش داده، ۱۰ درصد انجام مشاوره در ازای دریافت پول را گزارش کرده، و ۷ درصد نیز دریافت مدارک افتخاری را گزارش کرده‌اند.

چند طبقه تشخیصی نیز با انتقادات ویژه‌ای روبرو شدند. یکی از نگرانی‌های مهم، معرفی تشخیص اختلالات طیف درخودماندگی بود، که در آن، پنج تشخیص مندرج در DSM-IV-TR (یعنی اختلال درخودماندگی، اختلال اسپرگر، اختلال فروپاشنده دوران کودکی، اختلال رت، و اختلال نافذ رشد

۱. منظور، داروهایی است که هنوز از سوی FDA تأیید نشده‌اند ولی اثربخشی آنها در کارآزمایی‌های بالینی به اثبات رسیده است - مترجم

## خلاصه

فرآیندی که به تدوین DSM-5 منتهی شد، ۱۴ سال پیش آغاز شد و شباهت بسیاری به فرآیندی داشت که به تدوین اسلاف آن یعنی DSM-III، DSM-III-R، و DSM-IV منجر شد، زیرا با مشارکت فعالانه پیشگامان روان‌پزشکی و نیز صدها روان‌پزشک و روان‌شناس حرفه‌ای همراه بوده است. این فرآیند، طاقت‌فرسا، صادقانه، و شفاف بوده، و در چندین سطح مورد نقد و بررسی قرار گرفت. هیئت اجرایی از همان بدو امر اظهار داشت که DSM-5 باید سبب بروز دگرگونی شود و به پیروی از همین دیدگاه، سندی ۹۴۷ صفحه‌ای (بدون احتساب پیش‌گفتار و فهرست طبقه‌بندی‌ها) را ارائه داد که دارای ویژگی‌های زیر است: ارزیابی بُعدنگر را به روشی اصولی‌تر از اسلاف خود معرفی کرده است؛ تشخیص‌های جدید پرشمار را معرفی کرده است؛ تشخیص‌های پرشمار دیگری را در یکدیگر ادغام کرده است؛ و برخی تشخیص‌ها را حذف کرده است. این تغییرات تا حد امکان، بر پایه بهترین مدارک علمی، تحلیل پایگاه‌های داده‌ای موجود، و داده‌های جدید حاصل از کارآزمایی‌های میدانی استوار شده‌اند.

تشخیصی اختلالات باقی‌مانده صورت گرفته، و در عین حال طرح پیچیده‌ای اجرا شود تا پنج حوزه برای صفات شخصیتی و ۲۵ وجه فرعی در نظر گرفته شود. منتقدان مذکور اظهار داشتند اولاً ملاک‌های تشخیصی جدید به قدری پیچیده هستند که بالینگران پر مشغله از آنها استفاده نخواهند کرد و ثانیاً بالینگرانی که ملاک‌های تشخیصی جدید را نادیده می‌انگارند، تنها موجب منزوی‌تر شدن گروهی از بیمارانی خواهند شد که از پیش منزوی بوده‌اند. این حقیقت که اعضای دو کارگروه در سال ۲۰۱۲ استعفا دادند، سبب شعله‌ورتر شدن این آتش انتقادات شد. در پایان، هیئت امنای APA چنین رأی داد که ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مندرج در DSM-IV، در بخش ۲ قرار داده شده و الگوی پیشنهادی نیز در بخش ۳ جای داده شود.

به‌رغم تمامی این چالش‌های پرشمار، هیئت اجرایی و کارگروه‌های ۱۳‌گانه آن به فعالیت خود ادامه داده، و اگرچه نتوانستند از جدول زمان‌بندی اولیه پیروی کنند (برنامه اولیه برای سال ۲۰۱۲ تنظیم شده بود)، ولی DSM-5 سالم و سر حال پا به عرصه وجود گذارد، و حتی می‌توان ادعا کرد که به دلیل علاقه فراوان (و درون‌دادهای مربوطه از سوی) بالینگران و پژوهشگران و عموم مردم، کیفیت آن نیز احتمالاً به مراتب افزایش یافته است.

## استفاده از DSM-5 و تغییرات مهم آن نسبت به DSM-IV

شیرخوارگی و اوایل دوران کودکی تشخیص داده می‌شوند) آغاز شده، و به سمت آن دسته از حوزه‌های تشخیصی ادامه می‌یابد که اغلب در دوران بزرگسالی تشخیص داده می‌شوند (مانند اختلالات خواب- بیداری).

در هر طبقه تشخیصی، هر یک از اختلالات اختصاصی به گونه‌ای مرتب شده‌اند که اختلالاتی که معمولاً در دوران کودکی تشخیص داده می‌شوند، در ابتدای فهرست جای گیرند. به علاوه، این ترتیب بازنگری شده، بیانگر تلاشی است که در راستای نزدیک‌تر ساختن آن دسته از حوزه‌های تشخیصی به یکدیگر است که به نظر می‌رسد با یکدیگر مرتبط هستند. برای مثال، طبقه اختصاصی اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط، ابداع شده و بلافاصله پس از طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشانه قرار داده شده است. مثال دیگر، قرار دادن اختلالات تجزیه‌ای در حفاصل بین دسته اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس و دسته اختلال علایم جسمی و اختلالات مرتبط است. بسیاری از پژوهشگران معتقداند اختلالات تجزیه‌ای، به شدت تحت تأثیر سوانح هستند؛ از دیرباز نیز پژوهشگران معتقد بوده‌اند که این اختلالات، با اختلالات جسمانی‌سازی هم‌پوشانی دارند. برای مثال، پژوهشگران از دیرباز معتقد بوده‌اند که اختلال تبدیلی بیانگر حالتی از تجزیه است.

DSM-5، کاملاً از اسلاف خود متمایز شده است؛ شاهد این مدعا، تغییرات ایجاد شده در اختلالات و طبقات اختصاصی و نیز سازمان‌دهی کلی (فرا ساختار) آن است. تجدید سازمان‌دهی این دستنامه، در پاسخ به توصیه‌های ارائه شده از سوی گروه مطالعاتی هماهنگ‌سازی DSM با ICD و طیف‌های تشخیصی صورت گرفت؛ این گروه توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا تشکیل شد تا به بررسی روش‌های مختلف سازمان‌دهی اختلالات پرداخته و دریابد که آیا پیشرفت‌های به عمل آمده در حوزه‌های علوم اعصاب، تصویربرداری از مغز، و ژنتیک می‌توانند چارچوبی را برای مرتب کردن اختلالات به‌روشی به غیر از استناد بر علایم شایع پیشنهاد دهند یا خیر. ماحصل این بحث‌ها، به صورت سازمان‌دهی مجدد ۱۹ دسته تشخیصی اصلی مندرج در DSM-5 نمایان شد (جدول ۱-۲).

الگوی قرارگیری فصل‌ها در DSM-5 بیانگر پیشرفت‌های علمی در عرصه درک اختلالات روان‌پزشکی و نیز درک روابط احتمالی سبب‌شناختی و فیزیوپاتولوژیک میان آنها است (اندروز و همکاران، ۲۰۰۹). هدف از ایجاد این تغییرات، ساده‌تر کردن رویکرد تشخیصی و درمانی جامع‌تر بوده است. تدوین‌کنندگان این دستنامه جدید، به جای مرتب کردن طبقات تشخیصی به همان ترتیبی که در DSM-IV ارائه شده بودند، آنها را به ترتیب روند تکاملی در طول دوره زندگی مرتب کردند. DSM-5 با اختلالات رشدی عصبی (که اغلب در دوران

جدول ۱-۲ طبقات تشخیصی DSM-5

اختلالات رشدی عصبی
طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پرشانه
اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط
اختلالات افسردگی
اختلالات اضطرابی
اختلال وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط
اختلالات مربوط به سازه و عوامل استرس
اختلالات تجزیه‌ای
اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط
اختلالات تغذیه و خوردن
اختلالات دفعی
اختلالات خواب - بیداری
اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری‌های جنسی)
ناراضی جنسیتی
اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک
اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
اختلالات عصبی - شناختی
اختلالات شخصیت
اختلالات پارافیلیک
سایر اختلالات روانی

DSM-5 شامل سه بخش عمده است:

- بخش ۱، شامل مطالب تاریخی بوده و در آن، روند تدوین DSM-5 به همراه نحوه سازمان‌دهی و استفاده از آن شرح داده شده است.
- در بخش ۲، مجموعه ملاک‌های تشخیصی مربوط به ۱۹ طبقه تشخیصی اصلی به همراه اختلالات روانی دیگر، ارائه شده‌اند. اختلالات حرکتی ناشی از داروها و سایر عوارض جانبی داروها و نیز سایر حالتی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرند (کُد‌های V و Z) نیز در این بخش گنجانده شده‌اند.

- بخش ۳ شامل مقیاس‌های اندازه‌گیری، صورت‌بندی فرهنگی، مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت، و مجموعه ملاک‌های تشخیصی مربوط به اختلالاتی است که باید مورد مطالعه بیشتر قرار گیرند.

در ضمیمه این دستنامه نیز رئوس تغییرات DSM-5 در مقایسه با DSM-IV، فهرست واژگان فنی، فهرست مفاهیم فرهنگی در مورد ناراحتی، فهرست اختلالات به هر دو ترتیب الفبایی و عددی (کُد‌ها)، و فهرست مشاوران و آن دسته از شرکت‌کنندگان در کارآزمایی‌های میدانی ارائه شده‌اند که در تدوین DSM-5 نقش داشته‌اند.

در ابتدای امر، مقرر شده بود اختلالاتی که باید مورد مطالعه بیشتر قرار گیرند (در بخش ۳)، در DSM-5 گنجانده شوند، ولی به‌اندازه کافی از سوی کارگروه(های) مربوطه مورد تأیید قرار نگرفتند که به‌عنوان اختلال در نظر گرفته شوند. با انجام مطالعات بیشتر، برخی از این حالات ممکن است در آینده ارتقا یافته و به وضعیت اختلال کامل برسند. این حالات در فصل ۲۲، «اختلالاتی برای مطالعه بیشتر» شرح داده شده‌اند.

چندین اختلال و طبقه تشخیصی جدید نیز در DSM-5 گنجانده شده‌اند. هیئت اجرایی، آگاه بود که تعداد تشخیص‌های جدید در ویراست‌های پیشین به‌سرعت افزایش یافته و سبب شده بود که هم بالینگران و هم منتقدان، درباره انگیزه این افزایش تعداد تشخیص‌ها گمانه‌زنی‌هایی را مطرح سازند. از آنجایی که افزودن اختلالات، آسان‌تر از حذف آنها است، هیئت اجرایی DSM-5 ظرفیت بالایی را برای گنجاندن اختلالات جدید در DSM-5 در نظر گرفته است.

### استفاده از DSM-5

DSM-5، حجیم و پیچیده بوده، ولی کاربران آن نباید اجازه دهند تا این دو ویژگی، آنان را بترساند. افرادی که به‌تازگی با DSM آشنا شده‌اند می‌توانند کار خود را با بررسی فهرست طبقات و تشخیص‌ها و نیز مطالعه دستورالعمل‌های استفاده از آن آغاز کنند. کاربرانی که برای نخستین بار از DSM استفاده