

# فهرست

پیش‌گفتار..... ۶

## بخش ۱

- فصل ۱: مقدمه‌ای بر مصاحبه تشخیصی..... ۱۱
- فصل ۲: ایجاد اتحاد درمانی در طول مصاحبه تشخیصی..... ۲۳
- فصل ۳: مصاحبه تشخیصی در ۳۰ دقیقه..... ۳۳
- فصل ۴: ماجراجویی در ابعاد..... ۴۷
- فصل ۵: تغییرات اساسی در DSM-5..... ۵۵

## بخش ۲

فصل ۶: مصاحبه تشخیصی در DSM-5..... ۷۳

## بخش ۳

- فصل ۷: نسخه کوتاه‌تری از DSM-5..... ۲۱۷
- فصل ۸: رویکرد گام به گام برای تشخیص افتراقی..... ۲۲۱
- فصل ۹: معاینه وضعیت روانی: واژه‌نامه روان پزشکی..... ۲۲۵
- فصل ۱۰: ارزیابی مهارت‌های بالینی بُرد روان پزشکی و نورولوژی آمریکا..... ۲۲۸
- فصل ۱۱: ابزارهای ارزیابی انتخاب شده DSM-5..... ۲۳۰
- فصل ۱۲: تشخیص ابعادی اختلال‌های شخصیت..... ۲۳۴
- فصل ۱۳: دیگر نظام‌های تشخیصی و مقیاس‌های درجه‌بندی..... ۲۵۶
- منابع..... ۲۶۰

## پیش‌گفتار

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، راهنمایی جامع برای بیماری‌های روانی است و برای هر اختلال، ملاک‌های تشخیصی و مباحثی را از دیدگاه‌های متفاوت رشدی، ژنتیکی و مزاجی ارائه می‌دهد. کتاب من، با عنوان «راهنمای جیبی برای آزمون تشخیصی بر اساس DSM-5»، قصد دارد که همانند یک نقشه یا همراه عملی برای کاربرد DSM-5 در مصاحبه‌های تشخیصی عمل کند. اگرچه کتاب حاضر، جایگزینی برای خود DSM-5 و کتاب‌های مرجع مصاحبه‌ی روان‌پزشکی نیست (به مک کینون و همکاران، ۲۰۰۶؛ شی، ۱۹۹۸؛ سالیوان؛ ۱۹۵۴ مراجعه کنید)، اما به توصیف روشی برای استفاده مؤثر و کارآمد از ملاک‌های DSM-5 به عنوان بخشی از یک مصاحبه تشخیصی جامع می‌پردازد.

من هر روز به همراه دانشجویان، کارآموزان و دستیاران آموزشی با بیماران مصاحبه می‌کنم و این کتاب را برای تمامی مصاحبه‌کنندگان در هر سطحی از تجربه نگاشته‌ام. کتاب، ساختار DSM-5 را دنبال می‌کند. بنابراین در بخش اول، مصاحبه تشخیصی را معرفی می‌کنم. فصل‌های اول و دوم کتاب به اهداف مصاحبه تشخیصی می‌پردازد. فصل سوم، ساختار مؤثری را برای یادگیری مصاحبه تشخیصی ارائه می‌دهد و فصل‌های چهارم و پنجم، به توصیف تغییراتی می‌پردازند که DSM-5 در مصاحبه تشخیصی ایجاد می‌کند. در بخش دوم، ملاک‌های تشخیصی DSM-5 را برای کاربرد بالینی عملیاتی کرده‌ام. در بخش سوم، ابزارهای تشخیصی و اطلاعات تکمیلی را لحاظ کرده‌ام.

در کل، کتاب حاضر به شما کمک می‌کند در فرد دچار ناراحتی روانی در عین ایجاد اتحاد درمانی به تشخیص درست دست یابید. چیزی که هدف هر برخورد روان‌پزشکی و حتی برخوردهای کوتاهی مانند مصاحبه تشخیصی است.

قبل از شروع، باید تصدیق کنم که بحث جدی در این مورد وجود دارد که آیا کسی که تحت مراقبت پزشکی قرار می‌گیرد را بهتر است به عنوان یک بیمار ناخوش در نظر بگیریم که تحت مراقب یک متخصص سلامت است یا اینکه او را مصرف‌کننده مستقل خدمات حرفه‌ای بدانیم (امانوئل و امانوئل، ۱۹۹۲). اگر چه این بحثی بنیادی است اما فراتر از چارچوب کتاب

حاضر است. در این کتاب از آنجا که وجود فرد بر بیماری و مصرف تقدم دارد، من از اصطلاح «شخص» برای توصیف کسی که تحت مصاحبه تشخیصی اولیه قرار می‌گیرد استفاده می‌کنم؛ و هر زمان که ممکن باشد از اصطلاحاتی که از لحاظ جنسیتی خنثی باشند برای مصاحبه‌گر و شخص مورد مصاحبه استفاده می‌کنم اما در مواردی که این کار از لحاظ دستوری نامناسب باشد، ضماین مناسب را به کار خواهم برد. زمانی که در مورد فردی که پس از مصاحبه تشخیصی وارد درمان روان‌پزشکی می‌شود صحبت می‌کنم از اصطلاح «بیمار» استفاده می‌کنم زیرا این اصطلاح هم بر آسیب‌پذیری فرد در درمان و هم بر مسئولیت‌های متخصصان سلامت روانی که از بیماران مراقبت می‌کنند، صحنه می‌گذارد (رادن و سادلر، ۲۰۱۰). این اصطلاح را به منظور تأیید وضعیت پدرم‌آبانۀ پزشکی به کار نمی‌برم بلکه هدفم از کاربرد آن تأکید بر روابط خاص و محافظت‌شده‌ای است که در مواجهه‌های بالینی ایجاد می‌شود و بهتر است به جای قراردادهای درمانی به صورت روابط درمانی توصیف شود.

## سپاسگزاری

این کتاب با تلاش‌های ناشیانه من برای صحبت با افرادی دارای ناراحتی روانی شروع شد و به منظور ادامه (و بهبود) این گفتگوها طراحی شد، بنابراین از همهٔ بیماران، دانشجویان و اساتیدم به‌خاطر اینکه در طول این مسیر از آنها یاد گرفتم تشکر می‌کنم. مسئلهٔ رازداری مرا از نام بردن بیمارانم باز می‌دارد. گذر زمان مانع از نام بردن تمام دانشجویانم نیز می‌شود. بنابراین از اساتیدم که از روش‌های آنها پیروی می‌کنم، تشکر می‌کنم: لوئیس اوتیز، بتسی بولتوم، اندرو سیفرنی، استانلی‌هاورواس، دان اسپنسر، سو استروف، امی اورسانو، گری گالا، دیوید مور، جولیا کتر، کارون داو کینس، جول یاگر، اوا آگارد و رابرت هوس. در پایان از ملیسا موسیک و ملاین ریلاندر برای خواندن (و اصلاح) دست‌نوشته‌های این کتاب تشکر می‌کنم.



# بخش ۱



## مقدمه‌ای بر مصاحبه تشخیصی

زمانی که فردی ناراحتی روانی را تجربه می‌کند، نخستین مواجهه روان‌پزشکی او اغلب سردرگم‌کننده و ترسناک خواهد بود. قبل از این که فرد برای ناراحتی روانی خود مورد ارزیابی قرار گیرد، اغلب به میزانی بالاتر از دیگر حوزه‌های پزشکی باید بر یک سری از موانع غلبه کند (رادن و سالدر، ۲۰۱۰). این موانع می‌تواند شامل دسترسی، هزینه‌ها، ترس و انگ بیماری روانی باشد، اما زمانی که فرد بر این مشکلات خاص چیره شد، او مستحق برخوردی است که ماهیت رنجش را به رسمیت بشناسد و یک رابطه مؤثر را شروع کند. اگرچه راه‌های متفاوتی برای پرداختن به رنج روانی وجود دارد اما کتاب حاضر کاربرد ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، جدیدترین نسخه از زبان مشترک متخصصان سلامت روان را توصیف می‌کند (DSM-5 انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). DSM-5 منتقدان تیزبین زیادی دارد (برای مثال نگاه کنید به فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۲) و من در این کتاب فرض را بر این نمی‌گذارم که DSM-5 عاری از عیب است، با این وجود تصور می‌کنم که DSM-5 روشی مشترک در سازماندهی مواجهه روان‌پزشکی برای رسیدن به تشخیص را ارائه می‌دهد که متخصصان فعلی زبان آن را می‌فهمند (کینگ هورن، ۲۰۱۱).

از آنجا که یافته‌های یک معاینه روان‌پزشکی به اندازه مشکلی مانند درد ناحیه شانه، آشکار و قابل فهم نیست، متخصصان سلامت روان به زبان مشترکی مانند DSM-5 برای توصیف یافته‌هایشان نیاز دارند. یافته‌های روان‌پزشکی معمولاً به علایم، گزارش ذهنی فرد از نابهنجاری، و نشانه‌ها؛ یافته‌های عینی از نابهنجاری، تقسیم می‌شوند. این تمایزها بین علایم و نشانه‌ها تأکید بر منبع یافته روان‌پزشکی دارد اما مهمترین چیز در اینجا منشاء یافته روان‌پزشکی نیست بلکه نحوه استفاده شما از قضاوت بالینی برای وزن دادن به نشانه‌ها و علایم در تشخیص، اهمیت بیشتری

دارد. (کینگ، ۱۹۸۲). اگرچه نشانه‌ها به‌خاطر اینکه مشاهده می‌شوند از علائم (symptoms) گویاترند اما هر دوی آنها را می‌توان تفسیر کرد. وقتی فردی را مشاهده می‌کنید که گریه می‌کند، اشک‌هایش ممکن است نشان دهنده سوگ یا شادی باشد و یا ناشی از گرد و خاکی باشد که زیر لنز تماسی وی رفته است. در اینجا نشانه‌ای مانند اشک، جدا از فردی که گریه می‌کند معنای چندانی ندارد.

اگرچه بسیاری از علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی مختص به بیماری روانی خاصی هستند، با این وجود بسیاری از آنها غیر اختصاصی هستند. برای مثال هر کسی بی‌خوابی‌های شبانه و مشکل در تمرکز را تجربه می‌کند - و اغلب مردم علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی را تجربه می‌کنند اما با این وجود بیماری روانی ندارند. نشانه‌ها و علائم روان‌پزشکی بنا به ماهیت خود اغلب در گستره‌ای ما بین موارد بهنجار و موارد مرضی قرار می‌گیرند (پی‌یر، ۲۰۱۰). واضح است که تفسیر این نشانه‌ها و علائم دشوار است و خطر تشخیص نادرست وجود دارد (روزنهان، ۱۹۷۳)، بنابراین شما برای تشخیص تا حد امکان دقیق فرد رنج دیده پیش‌رویتان مسئولیت اخلاقی دارید (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۰).

مسئولیت شما این است که، ارتباط بین نشانه‌هایی که مشاهده می‌کنید، علائمی که استخراج می‌کنید و تأثیر این دو بر فرد را درک کنید. این تأثیرات می‌تواند عمیق باشد زیرا با وجود اینکه همه بیماری‌ها تمامیت جسمی فرد را تهدید می‌کنند (کاسل، ۱۹۹۱)، اختلال‌های روانی می‌توانند توانایی فرد را برای تفکر، احساس و عمل مختل کنند. از آنجا که این توانایی‌ها عمدتاً می‌توانند با عاملیت (agency)، خود و هویت فرد رابطه داشته باشند (مک‌هوگ و سلاونی، ۱۹۹۸)، اختلال‌های روانی اغلب به صورت تهدید وجودی بزرگتری تجربه می‌شوند. بنابراین زمانی که فردی را برای اولین بار می‌بینید، بخاطر داشته باشید که او ممکن است چنین سؤالاتی را از خود بپرسد: «من چه مشکلی دارم؟ آیا دیوانه خواهم شد؟». زمانی که به خوبی به گزارش بیمار گوش می‌دهید و به ماهیت رنج او پی می‌برید، با نام نهادن بر ترس‌های ناشناخته او می‌توانید باعث تسکینش شوید. باید تا جایی که می‌توانید رنج او را به دقت نام‌گذاری کنید. در واقع، زمانی که ناراحتی روانی را از طریق تشخیص‌های اختلال‌های روانی مشخص می‌کنید، DSM-5 یک تلاش عالمانه برای بهبود قضاوت بالینی شما است. DSM-5 دقت تشخیص‌های روان‌پزشکی را از طریق سنجش شدت اختلال، هم‌سو کردن تشخیص‌ها با سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی



بیماری‌ها (ICD) و ادغام پیشرفت‌های اخیر در علوم اعصاب، بهبود بخشیده است (کوپفر و ریگر، ۲۰۱۰). DSM-5 توسط رهبران انجمن روان‌پزشکی آمریکا و دیگر گروه‌های سلامت روان در دهه گذشته در سرپرورنده شد اما نهایتاً به وسیله بسیاری از افرادی متشکل از ۶ گروه مطالعاتی، ۱۳ گروه کاری تشخیصی و یک گروه اجرایی شامل طرفداران حقوق بیماران، بالینگران و محققان تدوین شد (ریگر و همکاران، ۲۰۰۹). ملاک‌های به دست آمده به منظور بررسی پایایی و اعتبار آنها از طریق نظرات عمومی و آزمون میدانی در سه نوبت به صورت آنلاین در دسترس قرار گرفت (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

علاوه بر این فرایند عمومی، پیشرفت شاخص DSM-5 معرفی «ابعاد» است، علایم روان‌پزشکی که در درون یک اختلال و در میان اختلال‌های روانی اختصاصی بروز می‌کند. این «ابعاد» در فصل چهارم با عنوان «ماجرایابی در ابعاد» به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است، اما به‌طور خلاصه، هدف از ارائه این ابعاد کاهش موارد تشخیص هم‌ابتلائی و شروع حرکت به سمت یک سیستم تشخیصی است که به جای اینکه مبتنی بر علایم باشد، بر نشانه‌هایی استوار است که نشان دهنده کژکاری در مدارهای عصبی هستند. این خصیصه وجه تمایز از نسخه‌های قبلی DSM محسوب می‌شود.

در ویرایش سوم DSM، مؤلفان تشخیص‌ها را بر اساس وجود، یا فقدان علایم تدوین کردند. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰). گاهی این مدل تشخیصی، مدل طبقه‌ای نامیده می‌شود زیرا فرد بر اساس علایم خود یا یک بیماری روانی را دارد که با یک طبقه تشخیصی هماهنگ است و یا اینکه ندارد. از زمان DSM-III حتی زمانی که علت ارتباط نزدیکی با اختلال داشت، در ملاک‌های تشخیصی اشاره چندانی به علت اختلال روانی نشده بود، مصداقی از اصل معروف عاری از نظریه (ویلسون، ۱۹۹۳). تمرکز بر توصیف یک اختلال به جای علت آن به متخصصان سلامت روانی که در مورد سبب‌شناسی ناراحتی روانی اختلاف داشتند فرصت کار کردن با همدیگر را داد. DSM-III برای متخصصان سلامت روان در تحقیق و کار بالینی بسیار مفید بود لذا تجدید نظرهای بعدی نیز مدل طبقه‌ای را حفظ کردند.

به نظر ریچارد بنتل، روانشناس انگلیسی، از آنجا که افراد خوشحال از لحاظ آماری معدود هستند، تحریف‌های شناختی مانند خوش‌بینی دارند و مجموعه مشخصی از علایم را تجربه می‌کنند، در نتیجه شادی یک

اختلال روانی است. بر همین اساس بنتل پیشنهاد می‌کند افرادی که شادکامی را تجربه می‌کنند باید به عنوان اختلال خلقی عمده نوع خوش آیند تشخیص داده شوند (بنتل، ۱۹۹۲). بنتل در مورد این تشخیص مزاح کرده است اما در مورد انتقادش از سیستم تشخیصی که گاهی در تمایز بین بهنجاری نادر از حالت مرضی ناتوان است، جدی است (آراگونا، ۲۰۰۹).

در پاسخ به چنین نگرانی‌هایی مؤلفان DSM-5 در عین اصلاح مدل طبقه‌ای که اغلب مصاحبه‌گران حال حاضر با آن آشنا هستند، ارزیابی‌های ابعادی را نیز اضافه کرده‌اند که برای بسیاری از مصاحبه‌گران جدید است. از آنجا که DSM-5 به‌طور گسترده‌ای به کار خواهد رفت، این کتاب را به منظور راهنمایی مصاحبه‌گران مبتدی و باتجربه در انجام معاینه تشخیصی DSM-5 با استفاده از ارزیابی‌های طبقه‌ای و ابعادی، به رشته تحریر درآورده‌ام. این کتاب شامل یک بحث عملی در خصوص شروع و حفظ اتحاد درمانی در طول معاینه تشخیصی (فصل ۲)، اختصاص چندین فصل به نحوه تأثیر گذاری DSM-5 بر معاینه تشخیصی (فصل ۳ تا ۵) و یک نسخه عملیاتی شده از DSM-5 برای انجام معاینه تشخیصی است (فصل ۶). قبل از اینکه شروع کنیم، طرح این سؤال که «هدف از مصاحبه تشخیصی چیست؟» می‌تواند کمک‌کننده باشد.

### اختلالات به جای بیماری‌ها یا ناخوشی‌ها

زمانی که مصاحبه تشخیصی را انجام می‌دهید، به یک تشخیص می‌رسید. تشخیص‌هایی که با استفاده از مصاحبه‌های DSM-5 بدست می‌آیند، به جای بیماری‌ها و ناخوشی‌ها، اختلالات نامیده می‌شوند. همه این اصطلاح‌ها تخریب‌هایی را در عملکرد بهنجار توصیف می‌کنند اما سیستم DSM به منظور تصدیق تعامل پیچیده عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روانی-اجتماعی در ایجاد ناراحتی روانی از اصطلاح «اختلال» استفاده می‌کند.

پزشکان معمولاً در چارچوب «بیماری‌ها» (diseases) فکر می‌کنند، که آنها را می‌توان به عنوان نابهنجاری‌هایی آسیب‌شناسانه در ساختار و کارکرد سیستم‌ها و اعضای بدن توصیف کرد. بیماران معمولاً با ناخوشی (illness)، یعنی تجربه آنها از نابهنجاری‌های مرضی و ناخوش بودن، مراجعه می‌کنند. بیماری‌ها و ناخوشی‌ها ممکن است که به ظاهر از نگاه بیمار و پزشک هر دو یکسان به نظر برسند. با این وجود، بیماری مانند

فشارخون را در نظر بگیرید که اغلب به صورت تصادفی، بدون اینکه با یافته‌های بالینی همراه باشد، شناسایی می‌شود. برای پزشک تشخیص‌دهنده، فشار خون یک بیماری مزمن عروقی است که خطر سکتۀ مغزی و حملۀ قلبی را افزایش می‌دهد اما بیماران خود را به صورت مریض یا کسی که ناخوشی دارد در نظر نمی‌گیرند. برعکس، بیماری ممکن است کاملاً احساس ناخوشی کند و دلش برای موطنش تنگ شده باشد اما پزشک این را به عنوان بیماری تشخیص ندهد. در واقع بیماری‌ها و ناخوشی‌ها به جای اینکه صرفاً دیدگاه‌های از هم متفاوت باشند، اغلب تجاربی جدای از هم هستند، هم‌چنانکه انسان‌شناسان نیز مکرراً مدارکی را برای آن جمع‌آوری کرده‌اند (استروف و هندرسون، ۲۰۰۵).

انسان‌شناسان هم‌چنین اظهار می‌کنند که چنین تجاربی تحت تأثیر فرهنگ ایجاد شده‌اند. در مکان‌ها و زمان‌های متفاوت، حالات متفاوت می‌تواند به عنوان بیماری یا ناخوشی شناسایی شود. با این وجود برای اینکه فرد به عنوان کسی شناخته شود که از یک بیماری یا ناخوشی رنج می‌برد، نیازمند یک نوع تشخیص است، تشخیصی که از سوی یک پزشک گذاشته می‌شود.

وقتی فرهنگی خاص، فرد را دچار حالتی از بیماری بشناسد که جایگاه او را در جامعه‌اش تغییر می‌دهد، او وارد آنچه که تالکوت پارسونز جامعه‌شناس (۱۹۵۱) آن را به خوبی «نقش بیمار» نامید، می‌شود. پارسونز دریافت افرادی که به عنوان مریض شناخته می‌شوند از نقش‌های اجتماعی بهنجار معاف می‌شوند. افراد مریض مجبور نیستند که نقش‌های اجتماعی خود را انجام دهند اما میزان معاف شدن از این نقش‌های اجتماعی به ماهیت و شدت ناخوشی، سن افراد و نقش‌های فرهنگی بستگی دارد. نمونه معاصر این حالت کودکی است که به‌خاطر تب و اسهال خفیف به جای مدرسه رفتن در خانه می‌ماند اما یک بزرگسال مبتلا به کمردرد تنها پس از تجربهٔ سال‌ها درد کشنده به عنوان از کار افتاده شناخته می‌شود.

به عنوان بخشی از نقش بیماری، فرد بیمار در مقابل بیماری‌اش مسئول نیست زیرا اعتقاد بر این است که مریضی خارج از کنترل انسان است. بیمار برای تغییر نیازمند کمک است. بنابراین زمانی که پزشک فردی را به عنوان بیمار تشخیص می‌دهد، بیماری او را مشروعیت می‌بخشد و نقش او را به عنوان مریض می‌پذیرد (پارسونز، ۱۹۵۱). پذیرش نقش بیمار در فرهنگی مشخص، بخشی از آن چیزی است که در زمان

تشخیص گذاری ناراحتی فرد به عنوان یک بیماری خاص روی می‌دهد و ضروری است که به یاد داشته باشید هر تشخیصی که بر روی ناراحتی فرد می‌گذارید، کارکرد فرهنگی دارد.

اگرچه همهٔ تشخیص‌ها کارکرد فرهنگی دارند اما تشخیص‌های روان پزشکی بخصوص پیچیده هستند. اختلال‌های روانی ناشی از عوامل زیستی، ژنتیکی، محیطی، اجتماعی و رویدادهای روان‌شناختی هستند و این عوامل سببی به درجات متفاوتی در تشخیص‌های روان پزشکی متفاوت نقش دارند (کندلر، ۲۰۱۲). علاوه بر این، از آنجا که تشخیص‌های روان پزشکی کژکاری در توانایی‌هایی را توصیف می‌کنند که تصور می‌رود معرف تمایز وجود هستند، اغلب تهدیدی برای حس فرد از هویت خود ایجاد می‌کنند (روسچ و همکاران، ۲۰۰۵).

مؤلفان DSM با علم به این پیچیدگی‌ها، اصطلاح اختلال را برای توصیف تشخیص‌های روان پزشکی انتخاب کردند. اختلال را می‌توان به اختصار به صورت بر هم خوردن کارکرد روان‌شناختی یا جسمی تعریف کرد. این اصطلاح در پزشکی برای توصیف اختلالات ژنتیک و متابولیسم مورد استفاده قرار گرفت. با این وجود، اغلب تشخیص‌ها در پزشکی به جای اختلال، بیماری نامیده می‌شود و نام‌گذاری تشخیص‌های روان پزشکی به عنوان اختلال، تمایز بین مشکلات روانی و اختلال‌ها را از مشکلات جسمی و بیماری‌ها تقویت می‌کند (والاس، ۱۹۹۴). در حالی که یک روان‌پزشک فرد را دارای «اختلال روانی» تشخیص می‌دهد، یک متخصص داخلی تشخیص «بیماری جسمی» نمی‌گذارد، در عوض به اختصار فرد را دارای «بیماری» تشخیص می‌دهد. استفاده از صفت «روانی» قبل از کلمه «اختلال» به‌طور ضمنی تقسیم‌بندی بین جسم و ذهن را تأیید می‌کند.

مؤلفان DSM-5 به وسیلهٔ حذف سیستم چند محوری به این مشکل پرداخته‌اند، ما در فصل ۵ این مسئله را با عنوان «تغییرات اصلی در DSM-5» بررسی کرده‌ایم. این کار مشکل ثبت مواردی مانند دمانس (زوال ذهن) را در دو بخش مجزا از صورت‌بندی تشخیصی فرد حل کرد- این مشکل در ویرایش‌های قبلی DSM وجود داشت (ویگینز و شوارتز، ۱۹۹۴). گرچه این تغییر یکی از قسمت‌های اضافی را که تقسیم‌بندی بین ذهن و جسم را تقویت می‌کرد حذف کرد اما تعریف و محدودیت‌های واژهٔ اختلال باقی مانده است. اختلال‌ها طیفی را شامل می‌شوند که از رفتار غیر قانونی تا یک فرایند مرضی خاص با سبب‌شناسی، عوامل ژنتیکی و

شیوع کاملاً مشخص را در بر می‌گیرد. بنابراین ابهام در مورد اینکه چه چیزی دقیقاً اختلال است همچنان باقی مانده است. با این وجود، همهٔ تشخیص‌ها انتزاعی از تجارب فرد هستند و ویژگی‌های دوره‌ای را که در آن ساخته شده و به کار رفته‌اند را شامل می‌شوند (به مثال قبلی برگردیم، فشار خون در قرن ۱۶ تشخیص داده نمی‌شد). به این معنا استفاده از واژهٔ اختلال برای توصیف ناراحتی روانی، توجه ما را به این جلب می‌کند که ناراحتی روانی چگونه عملکرد فرد را مختل می‌کند، به تعامل پیچیدهٔ بین رویدادهایی که به ناراحتی روانی منجر می‌شوند اشاره دارد و به‌طور ضمنی بر محدودیت‌های دانش ما در مورد علل ناراحتی روانی صحنه می‌گذارد. دانش ما در این باره کافی نیست که دقیق‌تر صحبت کنیم. در عوض، استفاده از واژهٔ «اختلال» در سیستم تشخیصی DSM-5 را می‌توان به عنوان فرصتی برای فروتنی و انگیزه‌ای برای مطالعهٔ بیشتر در نظر گرفت.

## تعریف DSM-5 از اختلال روانی

افرادی که ناراحتی روانی دارند و شما آنها را ملاقات می‌کنید، به سادگی نمی‌توانند منتظر دقتی شوند که شما و آنها خواستار آن هستید- آنها مستحق بهترین پاسخ‌های ممکن هستند که شما در آن لحظه می‌توانید ارائه دهید. یک انسان‌شناس فرهنگی به نام ریچارد شودر (۲۰۰۳)، به خوبی دریافت که با نگرستن از یک «دیدگاه» هر چیزی ناکامل دیده می‌شود و مشاهده از دریچهٔ همه دیدگاه‌ها به عدم انسجام می‌انجامد و اگر از هیچ دیدگاهی به مشاهده نپردازیم، چیزی نمی‌بینیم. شما مجبورید که یک نقطه‌نظر خاص را اتخاذ کنید اما به این نکته نیز آگاه هستید که علی‌رغم نیازی که دارید، دیدگاه شما لزوماً ناکامل است. انتقاد از تعاریف اختلال روانی از ارائهٔ یک تعریف دقیق، صحیح و سودمند به مراتب آسان‌تر است.

مؤلفان DSM-5 اختلال روانی را چنین تعریف می‌کنند: «سندرمی که از لحاظ بالینی با هم‌ریختگی چشمگیر در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود و به وسیلهٔ کژکاری در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی که زیر بنای عملکرد روانی هستند، منعکس می‌شود». آنها اختلال روانی را از «پاسخ‌های مورد انتظار و از لحاظ فرهنگی قابل قبول به یک عامل استرس‌زای رایج یا فقدان، نظیر مرگ عزیزان» متمایز می‌کنند. این مؤلفان در مورد «رفتارهایی که از لحاظ

اجتماعی منحرف محسوب می‌شوند (مانند رفتارهای سیاسی، مذهبی یا جنسی) و در مورد تعارض‌هایی که عمدتاً بین فرد و جامعه وجود دارند محتاطانند، این موارد تنها زمانی به عنوان اختلال روانی در نظر گرفته می‌شوند که انحراف یا تعارض ناشی از کژکاری در خود فرد باشد». این تعریف از اختلال روانی همراه با پافشاری مؤلفان بر اینکه تشخیص «سودمندی بالینی دارد» و «به بالینگران کمک می‌کند که پیش‌آگهی، طرح‌های درمان و پیامدهای درمانی بالقوه را برای بیماران خود مشخص کنند» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، برای مصاحبه تشخیصی تلویحات چندگانه مهمی دارد (استین و همکاران، ۲۰۱۰) که در زیر به آنها اشاره می‌شود.

نخست اینکه، این تعریف اختلال روانی را بدین صورت مشخص می‌کند که به لحاظ بالینی باعث به هم‌ریختگی چشمگیری در چندین حوزه می‌شود. این بدان معنی است که وقتی با فردی که دارای ناراحتی روانی است مصاحبه می‌کنید، لازم است بررسی کنید که ناراحتی وی به چه میزانی افکار، هیجان‌ها و رفتارهای او را تخریب کرده است. با این وجود، این تعریف مشخص نکرده است که «تخریب چشمگیر» به چه معناست. به‌خاطر نبود چنین تعریف دقیقی، لازم است که در هر بیمار «تخریب» را بر اساس عملکرد وی قبل از شروع نشانه‌ها و علایمی که به‌خاطر ارزیابی آنها مراجعه کرده است، تعریف کنید. می‌توانید برای این کار از بیمار بخواهید زمانی قبل از شروع آخرین دوره ناراحتی‌اش را بیاد آورد و تفاوت بین عملکرد خود در آن زمان و در حال حاضر را توصیف کند. به‌طور ایده‌آل، کسب اطلاعات جانبی از افرادی که فرد را در چندین موقعیت می‌شناسند به ارزیابی توانایی و عملکرد پیش‌مرضی فرد کمک می‌کند. شما ممکن است بخواهید از نسخه ۲ جدول ارزیابی ناتوانی سازمان بهداشت جهانی، (ابزار ارزیابی ناتوانی مورد تأیید مؤلفان DSM-5)، استفاده کنید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). این ابزار در فصل یازدهم با عنوان «ابزارهای ارزیابی انتخاب شده DSM-5» تشریح شده است. چندین ابزار دیگر برای سنجش ناتوانی وجود دارد اما فارغ از اینکه از چه ابزاری استفاده می‌کنید، لازم است که کژکاری و تخریب در عملکرد و همچنین میزان آن را در هر شخصی که ارزیابی می‌کنید به‌طور فردی تعریف کنید.

دوم، از آنجا که این تعریف کژکاری را ناشی از آشفتگی عمده در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیربنای عملکرد روانی می‌داند،