

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه فوا و همکاران (مصاحبه تشخیصی PTSD
براساس معیارهای DSM-IV-TR)

هدف: بررسی اختلال استرس پس از سانحه

1 . سوالات مربوط به رویداد فشارزا

1. آیا اخیراً با واقعه ای رو به رو شده یا شاهد آن بوده اید که خطر جدی (مرگ یا آسیب یا خطر آن) شما یا دیگران را تهدید کند ؟
 2. وقتی آن واقعه اتفاق افتاد ، چه واکنشی داشتید ؟ (خیلی وحشت کردید یا احساس درماندگی کردید) ؟
- توجه : از لحاظ سیر زمانی علایم مربوط به سوالات قسمت دو ، سه و چهار باید پس از رخ دادن رویداد فشا رزا باشد .

2 . سوالات مربوط به تجربه مجدد رویداد

1. با آن که نمی خواستید فکر آن واقعه زیاد ذهن تان را مشغول می کند ؟
2. خواب آن واقعه را می بینید ؟
3. هیچ وقت جوری عمل یا احساس می کنید انگار که دوباره در همان موقعیت قرار گرفته اید ؟
4. وقتی چیزی شما را به یاد آن واقعه می اندازد ، خیلی ناراحت می شوید ؟

3 . سوالات مربوط به اجتناب از محرک های مرتبط با رویداد فشارزا

1. تلاش می کنید که از فکر کردن یا صحبت درباره ی آن واقعه اجتناب کنید ؟
2. از چیزها یا افرادی که شما را یاد آن واقعه می اندازد دوری می کنید ؟
3. آیا احساس می کنید بخش مهمی از آن واقعه را فراموش کرده و نمی توانید آن را بخاطر بیاورید .
4. آیا پس از آن واقعه احساس می کنید علاقه ی شما نسبت به فعالیت هایی که قبلاً برایتان مهم بوده کمتر شده است ؟ (مثل معاشرت با دوستان ، مطالعه کتاب یا تماشای تلویزیون)
5. آیا پس از آن واقعه هیچوقت بوده خود را از دیگران دور احساس کنید و نسبت به دیگران بی تفاوت باشید ؟
6. آیا فکر می کنید آدم بی احساسی شده اید یا انگار که احساس خود را نسبت به چیزهایی که دوستشان داشته اید از دست داده اید ؟
7. آیا متوجه تغییر در طرز فکر یا برنامه تان برای آینده شده اید ؟ (تصور کوتاه شدن آینده مثل عدم انتظار شغل ، ازدواج ، داشتن فرزند یا طول عمر طبیعی)

4 . سوالات مربوط به افزایش برانگیختگی

1. آیا خواب شما دچار مشکل شده است ؟ (مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب)
2. آیا زود عصبانی و خشمگین می شوید ؟
3. آیا تمرکزتان دچار مشکل شده است ؟
4. آیا بی دلیل و مداوم مواظب و مراقب اطرافتان هستید ؟
5. آیا با صدا های ناگهانی خیلی زود از جا می پرید ؟

6. این مشکلات (علایم اختلال فشار روانی آسیب زا) باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه در زمینه های شغلی، اجتماعی یا سایر عملکرد ها شده است ؟

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه فوا و همکاران (مصاحبه تشخیصی PTSD براساس معیارهای DSM-IV-TR)

معرفی آزمون

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه توسط فوا و همکاران ساخته شده است که از 19 گویه تشکیل شده است که به منظور بررسی اختلال استرس پس از سانحه بکار می رود.

مصاحبه نیمه ساختار یافته ای است که ضوابط پیشنهادی DSM - IV - TR برای اختلال PTSD را در بر می گیرد و مضمون سوالات شامل 4 بخش است : 1 . سوالات مربوط به رویداد فشار زا 2 . سوالات مربوط به تجربه مجدد رویداد 3 . سوالات مربوط به اجتناب از محرک های مرتبط با رویداد فشار زا 4 . سوالات مربوط به افزایش برانگیختگی .

مبانی نظری

رویارویی با رویداد آسیب زا در نوجوانان، می تواند به اختلال های مختلف منجر شود که از مهم ترین آنها می توان به PTSD اشاره نمود. دیویدسون و فوآ (1991) بر این باورند که PTSD دربردارنده سه شاخه نشانه است: شاخه اول (Cluster B) نشانه های مداخله ای و تکراری است که در معیار دوم اختلال جای دارند و ویژه خود اختلال هستند. دومین شاخه (Cluster C) نشانه های معیار سوم PTSD است، که خود به دو دسته تقسیم می شوند. شاخه سوم (Cluster D) نشانه های معیار چهارم PTSD هستند که به نشانه های برانگیختگی و بیش برانگیختگی مربوط بوده، بین PTSD و سایر اختلالات اضطرابی مشترک هستند و مواردی از آن ها ممکن است در ترس بیمارگونه ساده و هم چنین در اختلال وسواس نیز دیده شود (گرین، 1991).

مقدمه ی کوتاه درباره DSM

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

DSM یا تعریف روشن معیار ها برای اختلالات روانی و 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 ایالت متحده آمریکا نیاز به جمع آوری اطلاعات انگیزه ی اولیه برای طبقه بندی اختلالات روانی به شمار می رفت . اولین اقدام برای جمع آوری طلاعات درباره ی بیماری های روانی در آمریکا ، ثبت فراوانی یک طبقه از بیماری های روانی تحت عنوان (کانا / دیوانگی) در سرشماری سال 1840 بود .

در سال 1880 بین هفت طبقه بیماری روانی تمایز قائل شدند که شامل (شیدایی ، مالیخولیا ، مونومانی ، مشغولیت فکری بیمار گون ، فلج ناقص ، زوال عقل ، می باگی و صرع) می باشد . در سال 1917 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 بعدا 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 موسسات 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 1943 مثل یک اطلاعیه فنی وزارت جنگ اعلام شد و توسط همه ی

نیرو های مسلح پذیرفته شد . این طبقه بندی بسیار تحت تاثیر اختلالات رفتاری سربازان بود . مقارن با آن سازمان بهداشت جهانی ششمین چاپ ICD را منتشر کرد که رای اولین بار در آن اختلالات روانی گنجانده شده بود .

6ICD - بسیار تحت تاثیر شدید مجموعه اصطلاحات اداره سربازان قرار داشت و شامل 10 طبقه برای روان پریشی ها ، 9 طبقه برای روان رنجوری ها و 7 طبقه برای اختلال منش ، رفتار و هوش بود . کمیته اطلاعات و آمار انجمن روان پزشکی آمریکا ، نسخه متفاوتی از 6ICD- را به عنوان اولین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (I – DSM) در سال 1952 منتشر کرد .

I – DSM این راهنما واژه نامه ای داشت که طبقات تشخیصی در آن توصیف شده و نخستین راهنمای رسمی اختلالات روانی بود و بر کاربرد بالینی تاکید داشت . از خصوصیات اولیه DSM می توان به کاربرد اصطلاح واکنش (Reaction) در سراسر آن تحت تاثیر 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 130 صفحه داشت و در آن 106 ناهنجاری فکری و ذهنی فهرست شده بود .

DSM – II

اولین اصلاح DSM - II در سال 1968 صورت گرفت که در آن 182 ناهنجاری در 134 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) کماکان حفظ شد. در این ویرایش توصیف نشانه های بیماری کامل نبود و اکثر بیماری ها را واکنشی به تعارض های درونی یا استفاده از مکانیسم های ناسازگارانه انطباقی برای مشکلات زندگی تلقی می کردند.

در این نسخه بیماری ها در دو گروه بزرگ نوروز و سایکوز قرار می گرفتند به گونه ای که برای مثال بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب کماکان در ارتباط با واقعیت بودند ولی بیماران دچار توهم و هذیان ارتباطشان با واقعیت ها قطع شده بود . همچنین به دنبال بحث و جدل ها بین سال های 1970 تا سال 1973 و همچنین ظهور مفروضات جدید از طرف محققانی نظیر آلفردو کینزی و اولین هوکر ، در تجدید چاپ هفتم DSM - II در سال 1974 همجنس گرایی دیگر یک بیماری در نظر گرفته نشد و به جای آن اصطلاح " اختلال جهت گیری 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 معیار های تشخیصی صریح ، سیستم چند محوری و رویکرد توصیفی را که تلاش می کرد با احترام به نظریه های سبب شناسی جهت گیری نداشته باشد ، معرفی کرد . این تلاش با کار گسترده تجربی بر روی ساختار و اعتبار معیار های تشخیصی صریح و توسعه مصاحبه نیمه ساختار یافته 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 آن جا که این بحث مبهم و غیر عملی بود توسط گروه مسول اصلاح با تضادهایی رو به رو شد . این نسخه از DSM شامل 494 صفحه و 265 مقوله تشخیص بیماری بود که سرانجام در سال 1980 منتشر شد .

DSM III-R

نسخه-III DSM I در سال 1987 منتشر شد . با تجدید نظر DSM III زیر نظر Robert Spitzer، اسامی طبقه بندی ها تغییر یافت و تغییرات مهمی در معیار ها ایجاد شد ، بعضی از مقوله ها حذف گردید درحالی که بعضی دیگر اضافه شدند . بعضی از تشخیص های بحث برانگیز نظیر ناهنجاری ملال پیش از قاعدگی و اختلال شخصیت آزارطلب مورد بررسی مجدد قرار گرفته و رد شدند . این راهنما شامل 292 اختلال بود و 567 صفحه داشت .

DSM- IV

چند سال بعد در سال 1994 ، با تجدید نظری عظیم در DSM III-R، DSM- IV، انتشار یافت . انتشار این نسخه نقطه اوج 6 سال تلاش بیش از 1000 نفر و تعداد زیادی از سازمان های حرفه ای بود . کار گروه های درگیر در این کار هرکدام از یک فرایند سه مرحله ای پیروی کردند . اول ، هر گروه مطالعه ای گسترده در حیطة تشخیصی خود انجام می داد . سپس از محققین درخواست اطلاعات می کردند . در مرحله دوم ، تجزیه و تحلیل صورت می گرفت و معیار هایی که نیاز به تغییر داشتند مشخص می شد و در نهایت در مرحله سوم با اجرای چند مطالعه میدانی

بزرگ به بررسی ارتباط فعالیت های بالینی و تشخیص بیماری های روانی می پرداختند . از جمله تغییرات مهم این ویرایش نسبت به ویرایش های قبلی گنجاندن معیار این که " علایم موجب پریشانی یا اختلال بالینی قابل توجهی در مسایل اجتماعی ، شغلی ، یا سایر حوزه های عملکردی فرد شود " می باشد . در این نسخه 297 ناهنجاری در 886 صفحه لیست شده بود .

DSM- IV-TR

تجدید نظر در DSM- IV در سال 2000 انجام شد که در این تجدید نظر اکثریت معیار های خاص تشخیص بیماری ها تغییر نکردند . نیاز به تجدید نظر در DSM- IV-TR از زمانی که ا - DSM انتشار یافته این راهنما به طور تجدید دوره ای تجدید نظر می شود . با توجه به پیشرفت های وسیع علمی در طی دو دهه گذشته محققان به اطلاعات ارزش مندی درباره ی شیوع اختلالات روانی ، چگونگی فعالیت مغز ، فیزیولوژی مغز و تاثیرات 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 محدودیت هایی هم دارد که بر لزوم انتشار نسخه جدیدی از DSM تاکید می کند . از این جهت بود که نیاز به تجدید نظری عظیم در DSM- IV احساس شد .

در سال ، 1999 کنفرانس طرح ریزی تحقیق در باب DSM- 5 توسط انجمن روان پزشکی آمریکا و موسسه ملی سلامت روان آمریکا تشکیل گردید تا اولویت های پژوهشی برای ویرایش پنجم DSM را مورد بررسی قرار دهد . سپس شش کار گروه برای تمرکز بر مباحث متفاوت DSM- 5 تشکیل شد که حیطه های کاری آن ها

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 2004 ، سه کارگروه در ارتباط با موضوعات مربوط به جنسیت ، تشخیص در سنین سالمندی و اختلالات روانی در نوزادان و کودکان خردسال به این کارگروه ها افزوده شدند . در سال 2007 ، انجمن روان پزشکی آمریکا کمیته ای را برای نظارت بر شکل گیری DSM-5 تشکیل داد که شامل 27 عضو بود . دانشمندی که بر روی DSM-5 تحقیق می کنند شامل متخصصین و صاحب نظران حوزه های متعددی چون تحقیقات روان پزشکی ، کاربالینی ، زیست شناسی ، ژنتیک ، آمار ، شیوع شناسی ، بهداشت عمومی می باشند . بر اساس موارد مذکور تغییرات عمده ای در DSM-5 در مقایسه با نسخه های قبلی DSM ایجاد شده است که از بارز ترین موارد آن می توان به تغییر اعداد لاتین اشاره کرد . کار گروه 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 می کنند 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 تجدید نظر در DSM به وسیله 4 اصل هدایت می شود :

1. بیشترین اولویت با سودمندی بالینی است ؛ به این معنی که تغییرات باید هم برای درمان گر در هر دو حوزه تشخیص و درمان و هم برای بیماران تحت درمان مفید باشد .
2. تمامی پیشنهاد های مطرح شده باید بر اساس شواهد پژوهشی باشند .
3. DSM باید پیوستگی و استمرار خود را با ویرایش های قبلی حفظ کند .

4. محدودیت های DSM- IV نباید در DSM-5 تکرار شوند . ممکن است که اصل 3 4 به نظر متناقض به نظر برسند ، اما هر دو اصل عهده دار مسولیت بررسی دقیق اثرات تغییرات ایجاد شده بر روی تکنیک های بالینی ، شیوع اختلالات و دیگر عوامل مهم می باشند و به طور همزمان باید پیشرفت های تشخیصی را که در نتیجه دانش های علمی جدید و یافته های بالینی ایجاد می شوند بررسی کنند .

در تجدید نظر DSM، کار گروه به این نتیجه می کند که چه عناصری از نسخه کنونی به خوبی عمل م کنند ، چه عناصری از نظر بالین گران مورد نیاز نیستند و چگونه می توان به بهترین صورت آن ها را اصلاح کرد . به طور مثال کار گروه مشخص می کند ، چگونه شدت علایم را بهتر ارزیابی کند و چگونه با اختلالات روانی کمبود همانند اضطراب و افسردگی برخورد کنند . همچنین کار گروه بر روی کاهش موارد تشخیصی " به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده (NOS) " تمرکز کردند .

در عین حال کار گروه تلاش زیادی را صرف بهتر تعریف کردن اهداف درمانی برای بالین گران و پیشرفت های ممکن در سیر درمان ، کرده است .

ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی

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

در واقع یکی از راه های پرداختن به این مسایل از طریق ارزیابی های ابعادی (dimensional assessment) است، نکته ای که در ویرایش اخیر این کتاب شاهد آن هستیم. ارزیابی ابعادی در مقابل ارزیابی مقوله-ای (categorical) قرار دارد به گونه ای که دیدگاه مقوله ای پیوستگی بین رفتار بهنجار و نابهنجار را در نظر نمی گیرد. نظام مقوله ای متخصصان بالینی وادار به تعریف یک آستانه به عنوان آستانه " قابل تشخیص" می کند. در این نوع طبقه بندی لیست بخصوصی از علایم برای هر بیماری روانی تعریف شده است. در سیستم مقوله-ای وجود تعداد معینی از علایم برای دریافت تشخیص لازم است، که اگر این تعداد علایم دیده نشود اختلال دیده نخواهد شد.

در DSM-IV از نظام تشخیصی مقوله ای استفاده شده است. در عین حالی که معیارها در راهنمای تشخیص قبلی که برای تشخیص بیماران با بیماری روانی در دسترس قرار گرفت بهبود گسترده یافته بود ولی دنیای واقعی با این سیستم تشخیص مشکل داشت: به طوری که "سندرم های طبقه ای" همواره با "واقعیت طیفی و گسترده علایم" که افراد تجربه می کنند سازگار نبود. به دلیل این که 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 این که آیا بیمار با درمان بهبود می یابد؛ وجود نداشت. ارزیابی ابعادی علایم به متخصصین اجازه می دهد 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" می دهد. این رتبه بندی همچنین می تواند برای پی گیری کردن پیشرفت بیمار در درمان صورت بگیرد، که برای مثال بهبود راحتی اگر علائم به طور کامل محو نشده باشند نشان می دهد. این نوع ارزیابی می تواند شاغلین سلامت روان را برای مستند کردن تمام علائم بیماران و نه تنها آن علائمی را که به تشخیص اولیه گره خورده اند تشویق می کند. وظایف کنونی کارگروه DSM-5 آزمودن شواهد علمی در دسترس و مشخص کردن این است که چه نوع ارزیابی ابعادی برای بیماری های 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 تجدید نظر شده از اختلال روانی ارایه شده است، اما تا کنون هیچ یک از این دو تعریف مورد پذیرش کارگروه DSM-5 قرار نگرفته است. در تعریف نخست اشتین و همکاران (2010) اختلال روانی را به عنوان الگو یا نشانگان روان شناختی یا رفتاری که در فرد رخ می دهد مطرح می کند. این الگو یا نشانگان منعکس کننده یک بد کارکرد روانشناختی زیر بنایی است و پیامد های آن ناتوانی (برای مثال تخریب در یک یا چند حوزه ی مهم از کارکرد) یا پریشانی (برای مثال یک نشانه دردناک) بالینی معنادار است.

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

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

آشنایی با تشخیص ها در ویرایش پنجم:

DSM-5 از سه بخش تشکیل شده است :

بخش 1: مقدمه ای بر DSM-5 است که اطلاعاتی را در مورد چگونگی استفاده از کتابچه راهنما به افراد می دهد.

بخش 2 : طبقات تشخیصی را بر اساس ساختار تجدید نظر شده مطرح می کند.

بخش 3: مواردی را که نیازمند تحقیقات بیشتر، قبل از استفاده از آنها به عنوان یک اختلال رسمی هستند، مشخص می کند و همچنین فرمول بندی فرهنگی، واژه نامه، اسامی افراد دخیل در تهیه DSM-5 و سایر اطلاعات را بیان می دارد.

دو تغییر عمده محتوایی در DSM-5

الف) حذف سیستم چند محوری:

DSM-5 به سمت حذف محور ها گام برداشته است و به ترکیب محورهای او 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 شده اند. در این ارتباط ها مواردی چون شباهت ها در آسیب پذیری بین اختلالات و ویژگی های علایم مرتبط به اختلالات لحاظ شده است. این تغییرات هم تراز با تغییرات سازمان جهانی بهداشت (WHO) و طبقه بندی بین المللی بیماری های نسخه 11 (ICD-11) است و انتظاری رود این تغییرات، باعث تسهیل و بهبود ارتباطات بین این طبقه بندی ها شود.

طبقات تشخیصی

DSM-5-1. اختلالات عصبی-رشدی Neurodevelopmental

شش دسته اختلالات شامل اختلالات رشدی عقلانی، اختلالات ارتباطی، اختلالات طیف اوتیسم، اختلالات بیش فعالی/ کمبود توجه، اختلالات یادگیری و اختلالات حرکتی در این طبقه قرار می گیرند که در هر یک از این دسته ها 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، تشخیص های

جدیدی هستند که در DSM-IV وجود ندارد، علاوه بر این اختلالاتی مانند اختلالات زبان بیانی، اختلال مختلط زبانی درکی - بیانی (Mixed receptive-expressive language Disorder) در راهنمای جدید حذف شده اند.

اختلالاتی که در این طبقه قرار می گیرند در DSM-IV، در طبقه تشخیصی "اختلالی که برای نخستین بار در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند" 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 زیر مجموعه هایی مناسب برای پوشش تمام 7 اختلاfi که قبلاً برای این طبقه فرض می شده است (تکلم غیره منتظره، اختلالات تکلمی خاص، اختلال ارتباط اجتماعی، اختلال آوایی، اختلال درکی - بیانی، اختلال حرکتی گفتار، اختلال سلیسی آغاز شده در کودکی). اختلالات یاد گیری به اختلالات یادگیری اختصاصی تغییر پیدا کرده و انواع قبلی اختلالات یادگیری (Dyslexia, Dyscalculia, and Disorder of Written Expression) دیگر توصیه نمی شوند. 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 می شوند و می توانند تعدادی تشخیص را که قبلاً جدا از هم بودند متحد کنند توصیه می کند، این اختلالات شامل اختلال اوتیسم، اختلال آسپرگر، اختلالات فرساینده کودکی و اختلالات نافذ رشد که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند، می باشد.

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 رفتار های 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 می کند، اما در عوض باید پیوستاری در شدت علایم وجود داشته باشد. همچنین فقدان مشخص کننده های بیولوژیکی برای این اختلالات، مجادلات بیشتری را در باب تمایز های معتبر بین زیر مجموعه ASD ایجاد می کند.

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 می کند. معیار های تشخیصی پیشنهاد شده برای اختلالات طبق اوتیسم محدوده ای از شدت را به گونه ای که وضعیت رشد کلی فرد را در زمینه ارتباطات اجتماعی و دیگر رفتار های شناختی و حرکتی مرتبط توصیف می کند. با این تغییر جدید و اساسی ممکن است که افراد با شدت کمتر علایم، دیگر تشخیص مشخصی دریافت نکنند.

تغییر دیگر در مورد نرخ شیوه وقوع ASD ها خواهد بود. با ارایه علایم تشخیصی محدود تر، کودکان کمتری واجد معیارهای تشخیصی برای این گونه اختلالات خواهند بود. از دیگر تغییرات در این طبقه تشخیصی می توان 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 قرارگرفته اند که در DSM-IV تحت عنوان طبقه تشخیصی اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک قرار داده شده اند. قرار گرفتن اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی در این طبقه و حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی (مانند

پارانویید یا آشفته) مهمترین تغییرات این طبقه این راهنما نسبت به DSM-IV است. علاوه بر این، دو اختلال پیشنهادی در این طبقه قرار گرفته اند 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 کننده کاتاتونیا که در طیف وسیعی از اختلالات می تواند روی دهد) است.

در ادامه معیار های تشخیصی نشانگان ریسک سایکوز را شرح می دهیم. معیار های پیشنهادی برای نشانگان ریسک سایکوز / Risk syndrome psychosis

الف) 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 نابسامان

ب) تناوب/رواج: علایم معیار های الف باید در طی ماه گذشته و یا تناوب حداقل یک بار در هفته در ماه گذشته حضور داشته باشند.

ج) پیشرفت: علایم معیار های 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 نا توان کننده برای بیمار و یا دیگران هستند که منجر به جستجوی کمک می شود.

ه) علایم سایکوز خفیف توسط دیگران تشخیص های DSM-5 بهتر توجیه نمی شود.

و) معیار های بالینی برای هر گونه اختلال سایکوتیک DSM-5 هرگز مشاهده نشده باشد.

3. اختلالات دو قطبی و اختلالات مرتبط با آن Bipolar and related disorders

طبقه ی تشخیصی اختلالات خلقی DSM-IV در راهنمای جدید به دو طبقه ی مجزای اختلالات دو قطبی و اختلالات مرتبط با آن و اختلالات افسردگی تقسیم شده است. طبقه تشخیصی اختلالات دو قطبی و اختلالات مرتبط با آن به عنوان سومین طبقه تشخیصی و یک طبقه ی جدید شامل اختلالاتی نظیر اختلال دو قطبی نوع ۱، نوع ۲ و اختلال خلق ادواری است.

4. اختلالات افسردگی Depressive disorder

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

مهم ترین تغییر در این طبقه اضافه شدن دو اختلال جدید است که عبارت اند 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 علامت حداقل دو هفته طول می کشد 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 گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند" گنجانده شده است، اما در راهنمای جدید به عنوان یک اختلال مجزا کد گذاری می شود.

در DSM-IV دوره خروج از سوگ، افسردگی به حساب نمی‌آید. اما اشاره شده بود که اگر این دوره بیش از 2 ماه بعد از دست دادن فرد مورد علاقه ادامه یابد، تشخیص داغدیدگی از افسردگی اساسی پیچیده می‌شود. در پیش نویس انتشار یافته از 5- DSM خروج از سوگ از تبصره ویژه برای دوره افسردگی اساسی حذف گردیده که این حرکت موجب انتقاداتی شده است. منتقدان استدلال می‌کنند که حذف کردن معیار خروج از سوگ موجب بیمار گون کردن واکنش داغدیدگی هنجار می‌شود و ممکن است منجر به درمان‌های دارویی نامناسب شود.

5. اختلالات بی‌نظمی مخرب خلق Disruptive mood dysregulation disorder در 5- DSM

این تشخیص به کودکانی که اطلاق خواهد شد که تحریک پذیری مداوم و رفتارهای مکرر طغیان را 3 یا بیشتر از 3 بار در هفته و به مدت 1 سال نشان می‌دهند. این طبقه تشخیصی به دلیل نگرانی‌های 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 دارند. 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 سانحه و عوامل تنش زا توزیع شده اند. مهم ترین 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 طبقه تشخیصی مجزا است. علاوه بر این اختلالاتی نیز به این طبقه تشخیصی اضافه شده اند؛ همانند اختلال اضطراب جدایی است که در DSM-IV تحت عنوان " سایر اختلالات شیر خواری، کودکی یا نوجوانی " قرار گرفته است و در این جا تبدیل به یک اختلال مجزا شده است.

اختلال اضطراب جدایی برای اولین بار در DSM-III-R مطرح شده بود، مهم ترین 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 و DSM-III-R دو هفته را برای این مدت کافی دانسته اند. متن تجدید نظر شده DSM-IV-TR اختلال اضطراب جدایی را جزء اختلالات شیرخواری 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 وحشت زدگی (پانیک) روی می داد (حمله وحشت زدگی با آگورافوبیا یا آگورافوبیا بدون سابقه حمله وحشت زدگی) شناخته می شود.

دیگر تغییرات این طبقه عبارتند از:

* **آگوروفوبیا:** 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 6 ماه یا بیشتر ").

* **اختلال اضطراب فراگیر:** تعداد علایم 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 6 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 6 ماه یا بیشتر").

* افزودن معیار اختلال اضطرابی جای دیگری 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 disorder

این طبقه از طبقه اختلالات اضطرابی DSM-IV جدا شده است. و شامل اختلالاتی است که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه جسمی و اختلالات کنترل تکانه که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند، مطرح شده است.

از مهم ترین اختلالات این طبقه می توان به اختلال وسواسی- عملی، اختلالات بد شکلی بدن، اختلال انبار کردن، اختلال کردن مو (trichotillomania) و اختلال کردن 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. اگر چه به نظر می رسد اختکار اجباری اغلب از دیگر اختلالات نورولوژیکی و روان- پزشکی، از جمله OCPD و

OCD مجزا است. اگر چه در DSM-IV به صراحت بیان نشده اما زمانی که اختکار شدید باشد می توان آن را از نشانه های OCD به حساب آورد.

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

- تشخیص OCD به عنوان شرایط همبود (تقریباً در 20% 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 مناقض که به طور فعال مقاوم باشدف مشاهده نمی شود.
- اجتناب از دورانداختن چیزها که ممکن است از نظر عملکردی شبیه وسواس عملی باشد.
- اختکار از نظر بالینی در این بیماران آشکارا وجود دارد، این اختکار در نتیجه یک نیاز عاطفی یا واقعی نیست.
- اختکار اگر همبود با OCD باشد، اختکار نسبت به دیگر علایم OCD ثانویه نیست.
- تقریباً در یک سوم موارد وجود تشخیص OCPD متحمل است. هر چند زمانی که معیارهای اختکار مستثنی شوند، بیماران مبتلا به اختلال اختکار بیشتر از مبتلایان به دیگر اختلالات اضطرابی تشخیص OCPD دریافت نمی کنند.

- وجود دیگر اختلالات شخصیت به جز OCPD 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 در صدد جستجوی کمک بر نمی آیند، به طوری که دیگران برای درمان آنها پا فشاری نمی کنند.
- علایم این بیماران ثابت است اما در طول زمان بد تر می شود.
- شیوع این اختلال در حدود 2% تا 5% است.
- این اختلال 50% به طور ژنتیکی در بزرگسالان دیده می شود.
- این اختلال در پردازش اطلاعاتی در زمینه های تصمیم گیری، طبقه بندی، سازماندهی، مشکلات در حافظه وجود دارد. این افراد باور های نادرستی درباره تکمیل 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 برمی 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 دارند)، اختلال استرس پس از سانحه حاد، اختلالات انطباقی و اختلال استرس پس از سانحه از مهم ترین اختلالات این طبقه 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 واکنش های انطباقی کوتاه مدت است و تا سال 1987 و زمان انتشار DSM-III-R وجود این اختلال در کودکان و نوجوانان پذیرفته نشده بود (دیویس و سیگل، 2000). بر این اساس اضافه شدن این اختلال جدید می تواند نشان از شیوع بالای مواجهه با رویداد های آسیب زا در کودکان و تأثیرات مخرب این ضربه ها بر سیر تحولی آنان به عنوان گروه سنی آسیب پذیر باشد.

9. اختلالات تجربه ای Dissociative disorder

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

10. اختلالات نشانه های بدنی Somatic Symptom Disorders

این طبقه تشخیصی هایی را در بر می گیرد که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات شبه جسمی قرار گرفته اند. این طبقه تشخیصی شامل 7 اختلال است که مهم

ترین آنها می توان به اختلال علایم بدنی پیچیده ، اختلال علایم بدنی ساده ، اختلال اضطراب بیماری و اختلال عصب شناختی کارکردی (اختلال تبدیلی) اشاره کرد؛ از آن جایی که اختلال جسمانی کردن ، خود بیمارانگاری ، میگنا دات آی آر ، اختلال شبه جسمی نامتمایز و اختلال درد، مشخصه های عمومی مشترکی دارند (یعنی علایم بدنی و تحریف های شناختی) در این جا عنوان یک اختلال با نام اختلال علایم بدنی پیچیده مطرح شده اند . علاوه بر این اختلالات ساختگی که در DSM-IV به صورت طبقه ای مجزا قرار دارند، در DSM-5 در زیر مجموعه ی 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 rating disorder

اختلالات تغذیه و خوردن شامل تشخیص هایی هستند که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات خوردن قرار گرفته اند . هرزه خواری ، اختلال نشخوار ، بی اشتهاهی عصبی و پر اشتهاهی از مهم ترین اختلالات این طبقه هستند . مهم ترین تغییر صورت گرفته در این طبقه اضافه شدن اختلال بر خوردی به عنوان یک تشخیص قابل کد گذاری است ؛ علاوه بر تغییر نام این طبقه به منظور منعکس کردن شمول اختلالات تغذیه ایی (مانند هرزه خواری و اختلال نشخوار) در این طبقه انجام گرفته است که در DSM-IV تحت عنوان "اختلالاتی که برای نخستین بار معمولا در شیر خواری ، کودکی و نوجوانی " تشخیص داده می شوند، مطرح شده اند.

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

بی اشتهایی عصبی :

حذف معیار آمنوره شدن در زنان.

پر اشتهایی عصبی تکرار دوره های راجعه پرخوری و رفتار های جبرانی نامتناسب از دوبار در هفته به یک بار در هفته در طی سه ماه گذشته کاهش یافته است.

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

الف) دوره های راجعه از پر خوری که با هر دو مورد زیر مشخص می شوند :

1 . خوردن ، در دوره های زمانی منفصل (به طور مثال هر دوره دو ساعت) و مقدار غذایی مشخصا بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در دوره های زمانی و موقعیت های مشابه می خوردند.

2. احساس عدم کنترل بر خوردن در طی دوره ها (به طور مثال فرد احساس می کند نمی تواند خوردن را متوقف کند یا منترلی بر این که چه می خورد و چه مقدار می خورد ندارد) .

ب) دوره های پر خوری 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 ناراحت کننده ای به فرد دست دهد.
3. خوردن مقدار زیادی از غذا زمانی که فرد به طور فیزیکی احساس گرسنگی نمی کند.
4. تنها غذا خوردن به دلیل احساس شرمندگی از میزان غذایی که می خورد.
5. احساس انزجار از خود، افسردگی با احساس گناه زیاد بعد از پر خوری.

(ج) پریشانی مشخص در نتیجه پر خوری وجود دارد.

(د) پر خوری حداقل یک بار در هفته به مدت 3 ماه اتفاق می افتد.

(و) پر خوری با استفاده ی مکرر از رفتار های جبرانی نامناسب مرتبط نیست و منحصر در طی دوره های بی اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی اتفاق نمی افتد.

اختلالات خوردن در جای دیگر طبقه بندی نشده :

طبقه اختلالات خوردن در جای دیگر طبقه بندی نشده برای اختلالات خوردن 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 شیر خوارگی کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند.

در DSM-5 این منفک شده و تبدیل به یک طبقه ی تشخیصی مجزا شده اند؛ شامل دو اختلال بی اختیاری ادرار و بی اختیاری مدفوع .

13. اختلالات خواب - بیداری Sleep - wake disorders این اختلالات در DSM-IV تحت عنوان اختلالات خواب مطرح شده اند.

این طبقه ی تشخیصی در راهنمای جدید، 20 اختلال مجزا را در بر می گیرد که از جمله ی آن ها می توان به اختلال بی خوابی ، پر خوابی اولیه (early hypersomnia) ، حمله ی خواب بدون کاتاپلکسی ، اختلال کابوس ، اختلال رفتار حرکت سریع چشم و سندروم پاهای بی قرار اشاره نمود.

14. اختلالات کنش جنسی Sexual dysfunction

طبقه ی تشخیصی اختلالات جنسی و هویت جنسی (gender identity) در DSM-IV به سه طبقه ی تشخیص مجزا ، یعنی اختلالات کنش جنسی، ملال جنسی و نابهنجاری های جنسی در- DSM 5 تقسیم شده است .

طبقه ی تشخیصی اختلالات کنش جنسی در 10 دسته قرار می گیرند که همانند DSM-IV شامل اختلالات میل جنسی (مانند اختلال میل جنسی کم کار 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

طبقه ی تشخیصی ملال جنسی Gender Dydphoria ، معادل اختلال هویت جنسی در DSM-IV است که شامل سه اختلال ملال جنسی در کودکان ، ملال جنسی در نوجوانان یا بزرگ سالان ملال جنسی نامتمایز است .

16. نابهنجاری های جنسی Paraphilic Disorders

طبقه ی تشخیصی نابهنجاری های جنسی Paraphilic Disorders ، شامل اختلالاتی است که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات جنسی و هویت جنسی قرار گرفته اند.

در این طبقه ی تشخیصی 9 اختلال مجزا قرار گرفته اند که از جمله ی آنها می توان به اختلال نمایشگری، یادگار خواهی ، نظر بازی ، آزارگری جنسی اشاره کرد(اختلالات این طبقه همگی مشابه نابهنجاری های جنسی مطرح شده در-DSM ۱۷هستند).

17. اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوک Disruptive; Impules Contorl and Conduct Disorders

این طبقه تشخیصی شامل هفت اختلال است که در DSM-IV در زیر گروه "اختلالاتی که برای نخستین بار معمولا در شیر خوارگی ، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند" و " اختلالاتی کنترل تکانه " که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند ، قرار دارند.

اختلال بی اعتنایی مقابله ای، آتش افروزی ، دزدی بیمارگون ، اختلال انفجاری متناوب و اختلال سلوک مهم ترین اختلالات در این طبقه ی تشخیصی هستند.

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

این طبقه شامل اختلالاتی می باشد که در DSM-IV در طبقه ی اختلالات وابسته به مواد قرار دارند. تغییر نام این به منظور وسعت دادن شمول آن انجام گرفته است تا هم اختلالات مصرف مواد و هم رفتار های اعتیادی غیر مصرف مواد را در بر گیرد. تنها رفتار اعتیادی غیر مصرف مواد که در این طبقه ی تشخیصی قرار گرفته ، اختلال قمار بازی است که در DSM-IV در دسته ی "اختلالات کنترل تکان که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند". قرار دارد.

سایر اختلالات این طبقه در سه دسته ی کلی اختلالاتی مصرف مواد ، مسمومیت مواد و ترک مواد جای گرفته اند. در اختلالات سوء مصرف مواد معیارهای قبلی برای تشخیص سوء مصرف مواد وجود تنها یکی از علایم را ضروری می دانست در حالی که اختلال مصرف مواد در DSM-5 تعدیل شده و نیاز مند دو یا سه مورد از علایم برای تشخیص است.

در کارگروه DSM-5 طرفداران اصطلاح addiction باور دارند که می توانند به خوبی به شرایط مصرف وسواس گونه مواد اشاره کند و نیز می تواند آن را از وابستگی فیزیکی هنجار که ممکن است در نتیجه مصرف داروهای موثر بر روی سیستم اعصاب مرکزی ، اتفاق بیافتد ، تمیز دهد.

کسانی که با اصطلاح dependence موافق بودند احساس کردند که این کلمه اصطلاح خنثی تری است که می تواند به راحتی برای تمام مواد از جمله الکل و نیکوتین اعمال شود و استدال کردند که کلمه addiction اصطلاح تحقیر آمیزی است که می تواند برای انگ زدن به مردمی که اختلال مصرف مواد دارند، استفاده شود. در طی آخرین رای گیری کلمه dependence تنها با یک رای نسبت به

addiction شکست خورد و در نهایت از کلمه Addiction در نام گذاری این طبقه استفاده گردید .

19. اختلالات عصبی - شناختی Neurocognitive Disorders

اختلالاتی این طبقه تشخیصی در DSM-IV در طبقه دلیریوم، دمانس و سایر اختلالات نسیانی و شناختی قرار گرفته اند. این طبقه تشخیصی در راهنمایی جدید به سه دسته گسترده دلیریوم ، اختلال عصبی - شناختی اساسی و اختلال عصبی - شناختی خفیف تقسیم شده اند که در مجموع بیست و هفت اختلال مجزا را در بر می گیرند.

20. اختلال شخصیت Personality disorders

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

کارگروه 5- DSM بر اساس یک مدل ابعادی طبقه ای پیوندی ، فرمول بندی جدیدی را از ارزیابی و تشخیص آسیب شناسی شخصیت پیشنهاد کرده است که در آن انواع اختلالات شخصیت با صفات شخصیتی آسیب شناسی ادغام می شوند.

براین اساس در راهنمای جدید ویژگی های اصلی اختلال شخصیت ، تخریب در عملکرد شخصیت وجود صفات شخصیتی آسیب شناختی است و برای تشخیص اختلال شخصیت 5 ملاک باید وجود داشته باشد که عبارتند از :

1. تخریب قابل ملاحظه در عملکرد خود(هویت و خود جهت دهی) و عملکرد بین فردی (همدلی یا صمیمیت)
2. وجود یک یا چند ویژگی شخصیتی بیمارگون
3. آسیب در عملکرد خود و تظاهر صفات شخصیتی که در طول زمان و در موقعیت های مختلف ثابت هستند.
4. آسیب در کارکردهای شخصیتی و تظاهر صفات شخصیتی را نمی توان 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 غیر مجاز یا تجویز شده) یا یک وضعیت پزشکی عمومی (برای مثال ضربه ی شدید مغزی) نمی باشد .

کارگروه 5- DSM بر اساس معیار های مبتنی بر آسیب نوعی در کارکرد شخصیت و صفات شخصیتی بیمارگون ، اختلالاتی شخیصی در DSM-IV را از ده اختلال به شش اختلال که شامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی ، اجتنابی ، مرزی ، خودشیفته ، وسواسی – اجباری و اسکیزوتایپی هستند کاهش داده است.

در مجموع مهم ترین مزیت مدل ابعادی جدید را می توان در نظر گرفتن اختلالات شخصیت به صورت یک پیوستار و نه صرفاً نگاهی دووجهی (وجود یا عدم وجود اختلالات شخصیت آن گونه که در DSM-IV وجود دارد) به آن ها و ارزیابی شدت کژکارکردی های شخصیتی دانست.

21. سایر اختلالات Other disorder

در نهایت آخرین طبقه ی تشخیصی DSM-5، تحت عنوان سایر اختلالات، شامل تشخیص های جدیدی است که در DSM-IV قرار ندارند و در این طبقه دو آسیب به خود از نوع غیر خودکشی قرار گرفته است . انتقادات وارده به کمیته شکل گیری DSM-5 فرایند کارکمیته شکل گیری DSM-5 و همچنین اولین پیش نویس منتشر شده این کمیته انتقاداتی را برانگیخته که به طور خلاصه در ذیل به آنها می پردازیم :

- در کمیته شکل گیری DSM-5 برای اولین بار از اعضا خواسته شد توافق نامه ای را امضا کنند که بر حسب آن کل فرایند کاگروه ها و کمیته به صورت مخفیانه باشد. این امر انتقادات بسیاری از جانب صاحب نظران از جمله رابرت اسپیتزر سرپرست کمیته شکل گیری ویرایش سوم DSM و آلن فرانسیس سرپرست کمیته شکل گیری ویرایش چهارم DSM برانگیخته است . این منتقدان معتقدند برای حفظ روایی و اعتبار طبقات تشخیصی جدید ، شفافیت فرایند های کارگروه ها و هم چنین امکان نظردهی سایر صاحب نظران درباره این فرایند ضروری است.

- همان طور که قبلا هم ذکر شد افزایش قابل توجه تعداد اعضای کمیته که پیوندها و روابطی را با سازمان های صنعتی دارند ، موجب نگرانی منتقدین گردیده است . منتقدین می گویند این امر ممکن است سبب شکل گیری سو گیری های قابل و توجه پزشکی سازی بیش از شرایط طبیعی زندگی گردد.

- یکی دیگر از انتقادات جدی به DSM-5 ، تداوم سوگیری های فرهنگی است . از نظر منتقدین این حیطة ، با وجود شواهد روز افزون وجود سوگیری های در سیستم تشخیصی DSM ، هیچ تغییر قابل توجهی در این زمینه صورت نگرفته است .

اما یکی از جدی ترین انتقادات به پیش نویس اولیه ارائه شده DSM-5 درباه سیستم جدید تشخیص اختلالات شخصیت است. از نظر منتقدان این سیستم التقاطی که ملغمه ای از دو سیستم تشخیصی مقوله ای 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 جا افتاده میان روان پزشکان و روانشناسان تفاوت عمده ای دارد و بنابراین جا انداختن آن به انرژی فراوان و تلاش های گسترده نیازمند است که با توجه به فقدان چار چوب نظری منسجم و منطقی برای این سیستم التقاطی معلوم نیست آیا این اصطلاح ، ارزش این همه تلاش را دارد یا خیر (گروهل ، 2010)

روایی و پایایی

محمدی ، محمد خانی ، دولتشاهی و همکاران (1389) در پژوهشی نسخه 17 سوالی مقیاس نشان گان استرس پس آسیبی (فرم مصاحبه) را که توسط فوا ، ریگز ، دانکو و روتیام (1993) ساخته شده است استفاده کردند. این ابزار فرم محاسبه ی تشخیصی نیمه ساختار یافته ای است که برای تشخیص PTSD و ارزیابی شدت نشانگان آن بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM) طراحی شده است . این پرسشنامه که توسط آمون گر تکمیل می شود ، شامل 17 گویه و سه خرده مقیاس تجربه مجدد رویداد آسیب زا (پنج گویه) ، اجتناب (هفت گویه) و بیش برانگیختگی (پنج گویه) است . این پرسشنامه محدودیت سنی ندارد و ویژگی های روان سنجی مناسب آن ، کاربرد را برای مقاصد بالینی و پژوهشی توجیه می کند . حساسیت تشخیصی آن 88% ، ویژگی آن 96%

(همان جا) پایایی بازآزمایی آن به فاصله یک ماه 77% ، پایایی نمره گذاری آن 95 % ، همسانی درونی آن 86 % و هماهنگی تشخیصی آن با مصاحبه ی تشخیصی ساختار یافته برای DSM - IV (SCID) نزدیک به 86% گزارش شده است . (بارلو ، 1993) . حساسیت نسخه فارسی این مقیاس 91% ، ویژگی آن 78% و پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله دو هفته 95% به دست آمده است (فوا و همکاران ، 1993) .

منابع

- گودرزی، محمد علی 1382. بر اساس اعتباریابی و روایی مقیاس تنیدگی پس از ضربه می سی سی پی (اشل)، مجله روانشناسی 26، سال هفتم، شماره 2، تابستان 82.
- محمدی، لیلا؛ محمدخانی، پروانه؛ دولتشاهی، بهروز؛ گلزاری، محمود. (1389). نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلال های دیگر در نوجوانان زلزله زده 11 تا 16 ساله شهر بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره 3، پاییز 1389، صص 187-194.
- www.DSM-5.org
- www.APA.ORG
- 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. 279 26-286

- Hummelena B., Pedersen , G & , Karterud , Sigmund. (2012). Some suggestions for the DSM-5 schizotypal personality disorder construct . comprehensive psychiatry. 53 349-341.
- 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 16 120-22.
- 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
- Richard , M . , LEVENSON , J & SHARPE , M. (2003). Somatoform Disorders in DSM-V. Psychosomatics 44 (6)
- Mojtabai , R. Bereavement- Related Depressive Episodes (characteristics , 3-Year Course , and Implications for the DSM-5) . (2003) Archive of General Psychiatry Vol 68 , 9.
- 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 . 560-553
- 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.

- Grohol , j. (2010). Personality Disorder shakes up in DSM-5. [Http://psychcentral.com/blog/archives/30/11/2010/personality-disorders-shakeup-in-dsm-5](http://psychcentral.com/blog/archives/30/11/2010/personality-disorders-shakeup-in-dsm-5)
- Weather, F. W; Litz, B. T. Herman D. S; Huska, J. A & Kean, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL). Reliability Validity & Diagnostic Utility. Presented at The 9th The Annual Meeting of The International Society for Traumatic Stress Hissre Studies. October 1993. Sam Antunio, Tx.

