
راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

ویراست پنجم

تجدید نظر در متن

DSM-5-TR™

متن کامل

انجمن روان پزشکی آمریکا

ترجمه یحیی سیدمحمدی

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

ویراست پنجم

تجدیدنظر در متن

DSM-5-TR

انجمن روان پزشکی آمریکا

ترجمه:

یحیی سیدمحمدی



فهرست

پیشگفتار DSM-5-TR	پنج
پیشگفتار مترجم	سیزده
طبقه‌بندی DSM-5	پانزده

بخش ۱ مبانی DSM-5

مقدمه	۳
استفاده از این کتاب راهنما	۲۷
بیانیه هشداردهنده در مورد استفاده قانونی از DSM-5	۳۹

بخش ۲ ملاک‌ها و کدهای تشخیصی

اختلالات عصبی - رشدی	۴۳
طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر	۱۴۱
دوقطبی و اختلالات مربوط	۱۹۹
اختلالات افسردگی	۲۵۵
اختلالات اضطرابی	۳۱۲
وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط	۳۸۷
اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا	۴۳۷
اختلالات تجزیه‌ای	۴۸۸
نشانه جسمانی و اختلالات مربوط	۵۱۸
اختلالات تغذیه و خوردن	۵۵۰
اختلالات دفع	۵۹۰

۶۰۰	اختلالات خواب - بیداری
۷۰۸	کژکاری‌های جنسی
۷۵۶	ملال جنسیتی
۷۷۲	اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه، و سلوک
۸۰۳	اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور
۹۹۱	اختلالات عصبی - شناختی
۱۰۸۹	اختلالات شخصیت
۱۱۵۷	اختلالات پارافیلیک
۱۱۹۲	اختلالات روانی دیگر
۱۱۹۶	اختلالات حرکت ناشی از دارو و عوارض نامطلوب دیگر دارو
۱۲۱۵	شرایط دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشد

بخش ۳

مقیاس‌ها و مدل‌های نوظهور

۱۲۳۹	مقیاس‌های ارزیابی
۱۲۶۴	فرهنگ و تشخیص روان‌پزشکی
۱۲۹۲	مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت
۱۳۱۹	اختلالاتی برای تحقیق بیشتر

پیوست

۱۳۵۵	فهرست الفبای تشخیص‌های DSM-5-TR و کدهای ICD-10-CM
۱۳۸۷	فهرست عددی تشخیص‌های DSM-5-TR و کدهای ICD-10-CM

پیشگفتار DSM-5-TR

راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم، تجدیدنظر در متن (DSM-5-TR)¹ انجمن روان پزشکی آمریکا اولین تجدیدنظر منتشر شده در DSM-5 است. این راهنمای تجدیدنظر شده، ملاک‌های تشخیصی DSM-5 منتشر شده را با اصلاحاتی (عمدتاً به منظور روشنی) برای بیش از ۷۰ اختلال ادغام می‌کند، متن توصیفی همراه با هر یک از اختلالات DSM را بر اساس بازبینی‌های نوشته‌ها از زمان انتشار DSM-5 به طور جامعی به روز می‌کند، و تشخیص جدیدی را با عنوان اختلال سوگ طولانی، و کدهای نشانه را برای گزارش دادن رفتار خودکشی‌گرا و جرح خویشتن غیرخودکشی‌گرا می‌افزاید. این تغییرات با گستره تجدیدنظر در متن قبلی، DSM-IV-TR، فرق می‌کند که در آن، موارد به روز شده تقریباً به طور انحصاری به متن محدود می‌شدند و ملاک‌های تشخیصی را تقریباً بدون تغییر می‌گذاشتند. این ویراست همچنین تمام موارد به روز شده آنلاین قبلی را که در DSM-5 بعد از انتشار آن در سال ۲۰۱۳ صورت گرفته بودند، در پاسخ به کاربرد، پیشرفت‌های علمی خاص، و تنظیم‌های کدگذاری ICD-10-CM از طریق فرایند بازبینی مکرر، ادغام می‌کند. در نتیجه، DSM-5-TR محصول سه فرایند تجدیدنظر مجزاست، که گروه‌های مجزایی از کارشناسان (اما همپوش) بر هر یک نظارت کرده‌اند: ایجاد ملاک‌های تشخیصی اصلی و متن DSM-5 آن توسط کارگروه DSM-5، که در سال ۲۰۱۳ منتشر شد؛ موارد به روز شده در ملاک‌های و متن DSM-5 توسط کمیته هدایت‌کننده DSM، که بر فرایند بازبینی مکرر نظارت کرده است؛ و کمیته فرعی بازبینی که بر کل متن به روز شده نظارت کرده است.

آگاهی بالینی و پژوهش اختلالات روانی به پیشرفت ادامه می‌دهد. در نتیجه، اکثر متن‌های اختلال DSM-5-TR حداقل از ۹ سال که از انتشار اولیه DSM-5 می‌گذرد، مقداری تجدیدنظر شده‌اند، که اکثر آنها تجدیدنظرهای چشمگیری داشته‌اند. بخش‌هایی از متن که به طور بسیار گسترده‌ای به روز شده‌اند،

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision

شیوع، عوامل خطر و پیش‌آگهی، موضوعات تشخیصی مرتبط با فرهنگ، موضوعات تشخیصی مرتبط با جنس و جنسیت، ارتباط با افکار یا رفتار خودکشی‌گرا، و همزمانی اختلالات بودند. همچنین، برای اولین بار، کل متن DSM توسط کارگروه در زمینه برابری قومی - نژادی بازبینی شده است تا توجه مناسب به عوامل خطر، مانند تجربه نژادپرستی و تبعیض، به‌علاوه استفاده از زبان بدون داغ‌نگ زدن، تضمین شود. برای کدگذاری تناوبی آینده DSM-5-TR و به‌روزرهای دیگر به www.dsm5.org مراجعه کنید.

به‌خاطر کمک به ارجاع در این کتاب راهنما، «DSM» به‌طور کلی به DSM به‌عنوان یک هستی اشاره می‌کند، بدون اینکه ویراست خاص را مشخص کند (برای مثال، «آموزش و تجربه بالینی برای استفاده از DSM جهت تعیین کردن تشخیص بالینی ضرورت دارند»). «DSM-5» به کل مجموعه ملاک‌ها، اختلالات، بیماری‌های دیگر، و محتوا که در حال حاضر تأیید شده‌اند و به‌طور رسمی در می ۲۰۱۳ منتشر شدند، اشاره دارد. «DSM-5-TR» به متن تجدیدنظرشده در این راهنمای کنونی اشاره دارد. گرچه گستره تجدیدنظر در متن، تغییرات مفهومی را در مجموعه ملاک‌ها یا ساختارهای دیگر DSM-5 شامل نمی‌شود، اما نیاز به ایجاد تغییراتی در برخی از مجموعه ملاک‌های تشخیصی به منظور روشنی همراه با موارد به‌روزرشده در متن که در این کتاب صورت گرفته‌اند، آشکار شد. چون ساختار مفهومی ملاک‌ها تغییر نکرده‌اند، مجموعه ملاک‌ها در DSM-5-TR که منشأ آنها در DSM-5 است، هنوز با عنوان «ملاک‌های DSM-5» به آنها اشاره می‌شود. به هستی تشخیصی جدید به نام اختلال سوگ طولانی با عنوان اختلال DSM-5-TR اشاره می‌شود، زیرا افزوده‌ای به این کتاب راهنماست.

پیشگفتار DSM-5

راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM)^۱ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، طبقه‌بندی اختلالات روانی همراه با ملاک‌های مربوط است که برای کمک به تشخیص‌های مطمئن‌تر این اختلالات تدارک دیده شده‌اند. DSM با ویراست‌های متوالی ظرف مدت ۶۰ سال گذشته، مرجع استاندارد برای کاربست بالینی در حوزه سلامت روان شده است. چون شرح کامل فرایندهای بیمارگون زیربنایی برای اکثر اختلالات روانی امکان‌پذیر نیست، تأکید بر این نکته اهمیت دارد که ملاک‌های تشخیصی کنونی، بهترین توصیف موجود هستند که نشان می‌دهند چگونه اختلالات روانی ابراز می‌شوند و متخصصان

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

بالینی آموزش دیده می‌توانند آنها را تشخیص دهند. DSM قصد دارد راهنمایی عملی، مفید، و انعطاف‌پذیر برای سازمان دادن اطلاعات باشد، به طوری که بتواند به تشخیص دقیق و درمان اختلالات روانی کمک کند. این ابزاری برای متخصصان بالینی، منبع آموزشی ضروری برای دانشجویان و کارورزان، و مرجعی برای پژوهشگران در این حوزه است.

گرچه این ویراست DSM، ابتدا و در درجه اول برای اینکه راهنمای مفیدی جهت کاربست بالینی باشد طراحی شده است، اما به عنوان سیستم نامگذاری رسمی، باید در موقعیت‌های گوناگون کاربرد داشته باشد. متخصصان بالینی و پژوهشگرانی که گرایش‌های مختلف دارند (زیستی، روان‌پویشی، شناختی، رفتاری، بین‌فردی، خانواده/سیستم‌ها) و همگی سعی می‌کنند برای انتقال دادن ویژگی‌های اساسی اختلالات روانی که توسط بیماران نشان داده می‌شوند زبان مشترکی داشته باشند، از DSM استفاده کرده‌اند. این اطلاعات برای تمام متخصصانی که با جنبه‌های مختلف مراقبت از سلامت روانی در ارتباط هستند، از جمله روان‌پزشکان، پزشکان دیگر، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، مشاوران، متخصصان قانونی و حقوقی، درمانگران شغلی و توانبخشی، و متخصصان سلامت دیگر، ارزش دارد. ملاک‌ها مختصر و روشن هستند و قصد دارند به ارزیابی عینی و بی‌طرفانه جلوه‌های نشانه در انواع محیط‌های بالینی - بستری، سرپایی، بیمارستان نیمه‌وقت، مشورتی - ارتباطی، بالینی، کار آزاد (مطب)، و مراقبت اولیه - و همین‌طور به تحقیقات همه‌گیرشناختی اختلالات روانی در کل جامعه کمک کنند. DSM-5 همچنین ابزاری برای گردآوری و انتقال دادن آمار دقیق سلامت روانی درباره میزان بیماری و مرگ و میر در اثر اختلال روانی است. سرانجام اینکه، این ملاک‌ها و متن مربوط به آنها، به عنوان کتاب درسی برای دانشجویانی که در اوایل حرفه خود هستند و به روش منظمی جهت درک و تشخیص دادن اختلالات روانی نیاز دارند و همین‌طور برای متخصصان کارآزموده که اولین بار با اختلالات نادری روبرو می‌شوند، مناسب است.

در برنامه‌ریزی DSM-5، این نیازها و تمایلات گوناگون در نظر گرفته شده‌اند. طبقه‌بندی اختلالات با طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)¹ سازمان بهداشت جهانی، سیستم کدگذاری رسمی که در ایالات متحده استفاده می‌شود، هماهنگ شده است، بنابراین، ملاک‌های DSM، اختلالاتی را توصیف می‌کنند که توسط اسامی تشخیصی و شماره‌کدهای ICD، مشخص شده‌اند. در DSM-5، کدهای ICD-9-CM و ICD-10-CM (دومی برای اقتباس در اکتبر ۲۰۱۵ برنامه‌ریزی شده است) به اختلالات مربوط در

1. International Classification of Diseases

طبقه‌بندی، پیوست شده‌اند.

گرچه DSM-5 به‌عنوان طبقه‌بندی مقوله‌ای اختلالات مجزا به قوت خود باقی می‌ماند، اما تأیید می‌کنیم که اختلالات روانی همیشه به‌طور کامل درون مرزهای اختلال واحدی نمی‌گنجند. برخی نشانه‌ها، مانند افسردگی و اضطراب، مسلط هستند، طبقات تشخیصی متعددی را شامل می‌شوند، و ممکن است آسیب‌پذیری‌های اساسی مشترکی را برای گروه بزرگتری از اختلالات منعکس کنند. در تأیید این واقعیت، اختلالات وارد شده در DSM-5 در قالب یک ساختار سازمانی اصلاح شده‌اند و به منظور تحریک کردن دیدگاه‌های بالینی جدید، دوباره مرتب شده‌اند. این ساختار جدید، با ترتیب سازمانی اختلالات برنامه‌ریزی شده برای ICD-11 که قرار است در سال ۲۰۱۵ منتشر شود، مطابقت دارد. برای کمک به سهولت استفاده در تمام موقعیت‌ها، اصلاحات دیگری صورت گرفته‌اند:

- **ارائه موضوعات رشدی مرتبط با تشخیص.** تغییر در سازمان‌دهی فصل، رویکرد عمر را بهتر منعکس می‌کند، به طوری که اختلالاتی که غالباً در کودکی تشخیص داده می‌شوند (مانند اختلالات عصبی - رشدی) در ابتدای این کتاب راهنما و اختلالاتی که کاربرد بیشتری برای بزرگسالان مسن‌تر دارند (مثل اختلالات عصبی - شناختی)، در انتهای آن قرار گرفته‌اند. همچنین، در داخل متن، عناوین فرعی درباره شکل‌گیری و روند، توصیفاتی را در خصوص اینکه چگونه جلوه‌های بالینی اختلال ممکن است در طول عمر تغییر کنند، ارائه شده‌اند. همچنین عوامل مرتبط با سن که مخصوص تشخیص هستند (مثل تفاوت‌های جلوه‌ نشانه و شیوع در برخی از گروه‌های سنی) در متن منظور شده‌اند. به منظور تأکید بیشتر، هر جا کاربرد داشته باشد، این عوامل مرتبط با سن به خود ملاک‌ها افزوده شده‌اند (مثلاً در مجموعه ملاک‌ها برای اختلال بی‌خوابی و اختلال استرس پس از آسیب، ملاک‌های خاص شرح می‌دهند که چگونه نشانه‌ها ممکن است در کودکان آشکار شوند). همچنین موضوعات جنسیتی و فرهنگی در جایی که کاربرد داشته باشند، در اختلالات ادغام شده‌اند.
- **وارد کردن یافته‌های علمی از جدیدترین پژوهش‌ها در زمینه ژنتیک و تصویربرداری عصبی.** ساختار اصلاح‌شده فصل، تحت تأثیر پژوهش جدید در زمینه علوم اعصاب و ارتباط ژنتیکی بین گروه‌های تشخیصی قرار داشته است. عوامل مخاطره‌آمیز ژنتیکی و فیزیولوژیکی، شاخص‌های پیش‌آگهی، و برخی از شاخص‌های تشخیصی شناخته شده، در این متن برجسته شده‌اند. این ساختار تازه باید توانایی متخصصان بالینی را در مشخص کردن تشخیص‌ها در طیف اختلال، بر اساس ملاک‌های عصبی مشترک، آسیب‌پذیری ژنتیکی، و مواجهه‌های محیطی، بهبود بخشد.

- **ادغام اختلال اوتیستیک، اختلال آسپرگر، و اختلال رشد فراگیر در اختلال طیف اوتیسم.**
 نشانه‌های این اختلالات، به‌جای اینکه مجزا باشند، بیانگر پیوستار واحدی از آسیب‌دیدگی‌های خفیف تا شدید را در دو زمینه ارتباط اجتماعی و رفتارها/ تمایلات تکراری محدودکننده نشان می‌دهند. این تغییر برای بهبود بخشیدن به حساسیت و دقت ملاک‌ها جهت تشخیص اختلال طیف اوتیسم و مشخص کردن هدف‌های درمان متمرکزتر برای آسیب‌دیدگی‌های مشخص شده، برنامه‌ریزی شده است.
- **طبقه‌بندی کارآمد اختلالات دوقطبی و افسردگی.** اختلالات دوقطبی و افسردگی بیماری‌هایی هستند که به شیوه خیلی رایج در روان‌پزشکی تشخیص داده می‌شوند. بنابراین، کارآمدتر کردن ارائه این اختلالات، برای بهبود بخشیدن به کاربرد بالینی و آموزشی آن اهمیت داشت. به‌جای جدا کردن تعریف دوره‌های منیک، هیپومنیک، و افسردگی اساسی از تعریف اختلال دوقطبی نوع I، اختلال دوقطبی نوع II، و اختلال افسردگی اساسی به‌گونه‌ای که در ویراست قبلی صورت گرفته بود، ما تمام ملاک‌های تشکیل‌دهنده را در ملاک‌های مربوط برای هر اختلال منظور کرده‌ایم. این روش، به تشخیص بالینی و درمان این اختلالات مهم کمک خواهد کرد. همچنین، یادداشت‌های توضیحی برای متمایز کردن داغدیدگی و اختلالات افسردگی اساسی، رهنمود بالینی بسیار بیشتری از آنچه قبلاً به صورت ملاک داغدیدگی ساده ارائه شده بود، تأمین می‌کنند. شاخص‌های جدید ناراحتی اضطرابی و ویژگی‌های مختلط، اکنون به‌طور کامل در شرح مربوط به تنوع شاخص‌هایی که با ملاک‌های این اختلالات همراه هستند، توصیف شده‌اند.
- **بازسازی اختلالات مصرف مواد به منظور ثبات و روشنی.** طبقات سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد حذف شده‌اند و طبقه جدید اختلالات مصرف مواد جایگزین آن شده است - به طوری که مصرف مواد خاص، اختلالات خاص را توصیف می‌کند. «وابستگی» به راحتی با اصطلاح «اعتیاد» اشتباه گرفته شده است، در حالی که واقعاً، تحمل و ترک که قبلاً وابستگی را توصیف می‌کردند، عملاً پاسخ‌های خیلی طبیعی به داروهای تجویزی هستند که بر دستگاه عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارند و لزوماً بر وجود اعتیاد دلالت ندارند. با اصلاح و روشن کردن این ملاک‌ها در DSM-5، امیدواریم که برخی از سوء تفاهم‌های شایع در مورد این موضوعات را برطرف کرده باشیم.
- **دقت بیشتر برای اختلالات عصبی - شناختی عمده و خفیف.** با توجه به رشد ناگهانی در علوم اعصاب، نوروسایکولوژی، و تصویربرداری از مغز ظرف ۲۰ سال گذشته، لازم بود که آخرین

تحولات در تشخیص انواع خاص اختلالات را که قبلاً با عنوان «زوال عقل» یا بیماری‌های ارگانیک مغز به آنها اشاره می‌شد، انتقال دهیم. شاخص‌های زیستی که توسط تصویربرداری برای اختلالات مغزی - عروقی و آسیب‌زا و یافته‌های ژنتیکی مولکولی برای انواع نادر بیماری آلزایمر و بیماری هانتینگتون مشخص شده‌اند، تشخیص‌های بالینی را به مقدار زیاد بهتر کرده‌اند و این اختلالات و اختلالات دیگر اکنون به انواع فرعی خاص، تقسیم شده‌اند.

● **تحول در برداشت از اختلالات شخصیت.** گرچه در ویراست‌های قبلی، فایده رویکرد بُعدی به اختلالات شخصیت تشخیص داده شده بود، تحول از سیستم تشخیصی طبقه‌بندی‌شده اختلالات منفرد به سیستم مبتنی بر توزیع نسبی صفات شخصیت، وسیعاً پذیرفته نشده بود. در DSM-5، اختلالات شخصیت طبقه‌بندی‌شده تقریباً همانند ویراست قبلی هستند. با این حال، مدل دیگر «پیوندی» در بخش سوم ارائه شده است تا رهنمودی باشد برای پژوهش بیشتر که ارزیابی‌های عملکرد بین‌فردی و ابراز صفات شخصیت بیمارگون را برای شش اختلال خاص، مجزا می‌کند. نیمرخ بُعدی جلوه صفات شخصیت نیز برای رویکرد خاص صفت، ارائه شده است.

● **بخش سوم: اختلالات و ویژگی‌های جدید.** بخش تازه‌ای (بخش سوم) اضافه شده است تا بر اختلالات و شرایطی تأکید شود که به تحقیق بیشتر نیاز دارند، اما به قدر کافی جان‌نیفتاده‌اند تا بخشی از طبقه‌بندی رسمی اختلالات روانی برای استفاده بالینی رایج باشند. مقیاس‌های بُعدی شدت نشانه در ۱۳ بُعد نشانه نیز منظور شده‌اند تا ارزیابی سطوح نشانه با شدت مختلف را در تمام گروه‌های تشخیصی امکان‌پذیر سازند. همچنین، فهرست ارزیابی ناتوانی WHO (WHODAS)، که روشی استاندارد برای ارزیابی سطوح ناتوانی کلی جهت اختلالات روانی مبتنی بر طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF) است و در پزشکی قابلیت کاربرد دارد، ارائه شده است تا جایگزین مقیاس ارزیابی عملکرد کلی محدودتر شود. امیدواریم که وقتی این مقیاس‌ها به مرور زمان اجرا شوند، دقت و انعطاف‌پذیری بیشتری را در توصیف بالینی جلوه‌های بیمارگونه منفرد و ناتوانی مربوط، در طول ارزیابی‌های تشخیصی فراهم آورند.

● **اصلاحات آنلاین.** DSM-5 اطلاعات تکمیلی آنلاین را در اختیار می‌گذارد. مقیاس‌های دیگر متقاطع و شدت تشخیصی به صورت آنلاین موجود هستند (www.psychiatry.org/dsm5) که به اختلالات مربوط متصل‌اند. به‌علاوه، مصاحبه تدوین فرهنگی، مصاحبه تدوین فرهنگی - مدل منبع خبر، و واحدهای تکمیلی برای مصاحبه تدوین فرهنگی نیز به صورت آنلاین در www.psychiatry.org/dsm5 منظور شده‌اند.

این نوآوری‌ها توسط مقامات برجسته در زمینه اختلالات روانی در جهان برنامه‌ریزی شده‌اند و بر اساس مرور کارشناسانه آنها، گزارش عامه، و مرور مستقل هم‌تایان به انجام رسیده‌اند. ۱۳ کارگروه، تحت مدیریت نیروی اجرایی DSM-5، همراه با مرورکنندگان دیگر، و سرانجام، بخش اعضای هیئت امنای APA، جمعاً خبرگی جهانی تخصص را ارائه می‌دهند. این اقدام به وسیله مشاوران و کارکنان حرفه‌ای بخش پژوهش APA تأیید شده بود؛ اسامی تمام کسانی که در این امر مشارکت داشته‌اند به قدری زیاد است که نمی‌توان در اینجا ذکر کرد، اما در پیوست ذکر شده‌اند. ما از کسانی که ساعات بی‌شمار و مهارت ارزشمندی را صرف این اقدام کردند تا تشخیص اختلالات روانی را بهبود بخشند، بسیار سپاسگزاریم.

ما به‌ویژه دوست داریم از مدیران، هماهنگ‌کنندگان متن، و اعضای ۱۳ کارگروه که در ابتدای این راهنما فهرست شده‌اند، و ساعات زیادی را صرف این اقدام داوطلبانه کرده‌اند تا مبنای علمی کاریست بالینی را ظرف مدت ۶ سال بهبود بخشند، قدردانی کنیم. Suasn K. Shultz, M.D.، که به‌عنوان ویراستار متن به‌طور خستگی‌ناپذیری با Emily A. همکاری کرد. Kuhl, Ph.D. نویسنده علمی ارشد و ویراستار متن DSM-5، تا تلاش‌های کارگروه‌ها را در کل منسجم هماهنگ کند. William E. Narrow, M.D., M.P.H.، گروه پژوهشی را سرپرستی کرد که راهبرد پژوهش کلی برای DSM-5، از جمله آزمایش‌های میدانی را تدارک دیدند که شواهد برای این اصلاح را به مقدار زیاد بهبود بخشید. علاوه بر این، ما از کسانی که وقت خیلی زیادی را صرف بررسی مستقل طرح‌های بازبینی کردند، تشکر می‌کنیم. این افراد عبارت‌اند از: Kenneth S. Kendler, M.D. و Robert Freeman, M.D. مدیران مشترک کمیته بازبینی علمی؛ John S. McIntyre, M.D. و Joel Yager M.D.، مدیران مشترک کمیته بالینی و سلامت عمومی؛ و Glenn Martin, M.D.، مدیر فرایند بازبینی مجمع APA. از Helena C. Kraemer, Ph.D.، به‌خاطر مشاوره آماری کارشناسانه او؛ از Michael B. First, M.D. به‌خاطر مشارکت ارزشمند او در کدگذاری و بازبینی ملاک‌ها؛ و از Paul S. Appelbaum, M.D. برای بازخورد در مورد مسائل قانونی، تشکر ویژه می‌کنیم. Maria N. Ward, M.Ed., Rhit, CCS-P نیز به تأیید کردن تمام کدگذاری‌های ICD کمک کرد. Summit Group که در این مشورت‌ها منظور شده بود، مدیران تمام گروه‌های بازبینی، مدیران نیروی اجرایی، و مقامات اجرایی APA، به مدیریت Dilip V. Jeste, M.D.، در یاری‌رسانی به رسیدن توافق و سازش، رهبری و نظارت کردند. این سطح از قبول مسئولیت، به تعادل و عینیت که ویژگی DSM-5 است، کمک کرده است.

ما به‌ویژه مایلیم از کارکنان برجسته بخش پژوهش APA که اسامی آنها در نیروی اجرایی و کارگروه

ابتدای این راهنما فهرست شده‌اند و به‌طور خستگی‌ناپذیر برای تعامل کردن با نیروی اجرایی، کارگروه‌ها، مشاوران، و بازبینی‌کنندگان تلاش کردند تا مسائل را حل کنند، به‌عنوان رابط بین این گروه‌ها خدمت کرده و تصمیمات در این فرایند مهم را ثبت کردند، قدردانی می‌کنیم. ما بخصوص از حمایت و راهنمایی James H. Scully, Jr. M.D. مدیر پزشکی و CEO انجمن روان‌پزشکی آمریکا در طول این چند سال قدردانی می‌کنیم. سرانجام اینکه، ما از کارکنان ویرایش و تولید انتشارات روان‌پزشکی آمریکا — مخصوصاً Rebecca Rinehart، ناشر؛ John McDuffie، مدیر ویرایش؛ Ann Eng، ویراستار ارشد؛ Greg Kuny، ویراستار اداره‌کننده؛ و Tammy Cordove، اداره‌کننده طرح گرافیک — به‌خاطر راهنمایی آنها در کنار هم قرار دادن تمام اینها و به وجود آوردن محصول نهایی، تشکر می‌کنیم. این نتیجه نهایی افراد بااستعداد زیادی است که وقت، مهارت، و علاقه شدید خود را صرف کردند تا DSM-5 امکان‌پذیر شود.

David J. Kupfer, M.D.

مدیر نیروی اجرایی DSM-5

Darrel A. Regier, M.D. M.P.H.

معاون نیروی اجرایی DSM-5

۱۹ دسامبر، ۲۰۱۲

پیشگفتار مترجم

افرادی که در حوزه روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی فعالیت دارند، با DSM (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) آشنا هستند و می‌دانند که این کتاب راهنما ابزار مهمی برای تشخیص اختلالات روانی است. با مروری بر تاریخچه DSM، می‌بینیم که این کتاب راهنما مسیر پرپیچ و خمی را طی کرده و اکنون با عنوان DSM-5-TR در دسترس متخصصان، پژوهشگران، و دانشجویان قرار گرفته است. تغییرات صورت‌گرفته در DSM-5-TR همان‌گونه که از نام آن برمی‌آید، عمدتاً تجدیدنظر در متن است و ملاک‌های تشخیصی تغییر نکرده‌اند. فقط یک اختلال با عنوان اختلال سوگ طولانی در بخش مربوط به اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا افزوده شده است.

در کتاب‌های آسیب‌شناسی روانی، معمولاً ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانی برای هر اختلالی که بحث می‌شود، وارد شده‌اند. با این حال، در این کتاب‌ها به جزئیات زیادی که در DSM مطرح شده‌اند پراخته نمی‌شود. بنابراین، در دانشگاه‌های کشورهای مختلف چنین متداول است که دانشجویان رشته روان‌شناسی و روان‌پزشکی علاوه بر کتاب‌های مربوط به اختلالات روانی، DSM را نیز تهیه می‌کنند تا هر اختلال را از لحاظ توصیفی، میزان شیوع، ارتباط با خودکشی، تفاوت‌های جنسیتی و موارد دیگر، عمیق‌تر مطالعه کنند.

برخی از استادان محترم از این کتاب به عنوان منبع درسی استفاده می‌کنند و آن را به عنوان جایگزینی برای منابع آسیب‌شناسی روانی ترجیح می‌دهند، در حالی که در DSM به درمان پرداخته نمی‌شود و فقط تأکید بر تشخیص و تشخیص‌های افتراقی و مواردی است که در فوق شرح داده شد. بنابراین، DSM نمی‌تواند جایگزین کتاب‌های درسی آسیب‌شناسی روانی باشد.

در ترجمه این کتاب راهنما نهایت تلاش را به خرج داده‌ام تا درک آن را برای خوانندگان عزیز هرچه بیشتر راحت کنم. هر جا نیاز به پانویس برای اصطلاحات پزشکی که معادل فارسی ندارند وجود داشته است، توضیح مختصری را اضافه کرده‌ام. بدیهی است با انتشار این اثر، DSM‌های منتشرشده قبلی کاربرد ندارند، زیرا متن‌ها و توضیحات تغییرات اساسی کرده‌اند.

طبقه‌بندی DSM-5

قبل از نام هر اختلال، کدهای ICD-10-CM ارائه شده‌اند. خطوط خالی نشان می‌دهند که کد ICD-10-CM به قابلیت کاربرد نوع فرعی، شاخص، یا طبقه ماده بستگی دارد. برای کدگذاری دوره‌ای DSM-5-TR و موارد به‌روزشده دیگر، www.dsm5.org را ببینید.

یادداشتی برای تمام اختلالات روانی ناشی از بیماری پزشکی دیگر: نام بیماری پزشکی سبب‌شناختی را در نام اختلال روانی ناشی از [بیماری پزشکی] وارد کنید. کد و نام برای بیماری پزشکی دیگر، باید بلافاصله قبل از اختلال روانی ناشی از بیماری پزشکی ذکر شود.

اختلالات عصبی-رشدی (۴۳)

اختلالات عقلانی رشدی (۴۳)

اختلالات عقلانی رشدی (ناتوانی عقلانی) (۴۳)

شدت کنونی را مشخص کنید:

F70 خفیف

F71 متوسط

F72 شدید

F73 عمیق

F88 تأخیر کلی رشد (۵۷)

F79 اختلال عقلانی رشدی (ناتوانی عقلانی) نامشخص (۵۸)

اختلالات ارتباط (۵۸)

F80.2 اختلال زبان (۵۹)

F80.0 اختلال صدای گفتار (۶۳)

F80.81 اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکنت زبان) (۶۶)

یادداشت: موارد شروع بعدی با عنوان F98.5 اختلال فصاحت با شروع بزرگسالی تشخیص داده می‌شوند.

F80.82 اختلال ارتباط اجتماعی (عملی) (۶۹)

F80.9 اختلال ارتباط نامشخص (۷۲)

بخش ۱

مبانی DSM-5

مقدمه.....

استفاده از این کتاب راهنما.....

بیانیه هشداردهنده درباره استفاده قانونی از DSM-5.....

این بخش، گرایش اساسی به هدف، ساختار، محتوا، و استفاده از DSM-5 را فراهم می‌کند. این مقدمه با شرحی از فرایندهای بازبینی DSM-5 و DSM-5-TR آغاز می‌شود، و سپس مروری کلی بر ساختار سازمانی DSM-5 (مثل دسته‌بندی اختلالات، هماهنگ‌سازی با ICD-11) و موضوعات مفهومی اساسی مانند تعریف اختلال روانی، رویکردهای طبقه‌ای و بُعدی به تشخیص، موضوعات ساختاری فرهنگی و اجتماعی و تفاوت‌های جنسی و جنسیتی را به دنبال دارد. استفاده از این کتاب راهنما اطلاعاتی را برجسته می‌کند که تا به استفاده از DSM-5 کمک شود، مانند مرور کوتاه فرایند تشخیص، استفاده از انواع فرعی و توصیف‌کننده‌ها، طبقات اختلال روانی مشخص و نامشخص دیگر، استفاده از قضاوت بالینی، روش‌های کدگذاری و ثبت کردن، یادداشت‌هایی درباره واژگان، توصیفاتی از انواع اطلاعات در متن DSM-5-TR و اصلاحات آنلاین. این بخش با بیانیه هشداردهنده برای استفاده قانونی از DSM-5 به پایان می‌رسد.

مقدمه

ابداع ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) کار عظیمی بود که صدها نفر را در بر داشت که ظرف مدت ۱۲ سال در جهت هدف مشترکی کار کردند. فکر و بررسی زیادی صرف ارزیابی ملاک‌های تشخیصی، در نظر گرفتن ساختار هر جنبه از این کتاب راهنما، و آفریدن ویژگی‌های تازه‌ای شده است که تصور می‌رود برای متخصصان بالینی بسیار مفید هستند، مانند مقیاس‌های بُعدی که بتوانند به مشخص کردن نشانه‌ها یا تعیین تغییرات در شدت و نظارت بر آنها کمک کنند. تمام این تلاش‌ها به سمت هدف افزایش دادن سودمندی DSM-5 به عنوان راهنمای بالینی در تشخیص اختلالات روانی، به علاوه ارزش آن برای تحقیق گرایش داشته‌اند.

DSM-5 سعی دارد نیاز متخصصان بالینی، بیماران، و پژوهشگران را برای توصیفی روشن و دقیق از هر اختلال روانی برآورده کند که هر یک با استفاده از ملاک‌های تشخیصی که با مقیاس‌های بُعدی شدت تکمیل شده است و خلاصه‌ای از اطلاعات را درباره تشخیص به همراه دارد، از جمله عوامل خطر، و موضوعات مرتبط با فرهنگ و جنسی و جنسیتی عملیاتی شده است.

برای استفاده از DSM جهت تعیین کردن تشخیص بالینی، آموزش و تجربه بالینی ضروری است. این ملاک‌های تشخیصی، نشانه‌ها و علائمی را مشخص می‌کنند که تأثیرات، رفتارها، کارکردهای شناختی، و صفات شخصیت را همراه با ترکیبات (سندرم‌های) علائم، نشانه و مدت را در بر دارند که برای متمایز کردن آنها از تغییر عادی و زودگذر پاسخ‌ها به استرس، به مهارت بالینی نیاز دارند. بررسی کامل دامنه‌ای از نشانه‌ها که ممکن است وجود داشته باشند، مانند اجرا کردن بازبینی سیستم‌های روانی با استفاده از مقیاس نشانه متقاطع سطح ۱ DSM-5 به صورتی که رهنمودهای کاربری برای ارزیابی روان‌پزشکی بزرگسالان انجمن روان‌پزشکی آمریکا توصیه کرده است («مقیاس‌های نشانه متقاطع» را ببینید) تسهیل شده است.

استفاده از ملاک‌های DSM این امتیاز واضح را دارد که زبان مشترکی برای ارتباط بین متخصصان بالینی درباره تشخیص اختلالات ایجاد می‌کند. اختلالاتی که به صورت رسمی تأیید شده‌اند در بخش دوم این کتاب راهنما قرار دارند. با این حال، باید اشاره شود که این ملاک‌های تشخیصی و قرارگیری آنها در طبقه‌بندی بر اساس پژوهش جاری استوار است و وقتی پژوهش پیشرفت می‌کند، ممکن است تغییر یابند.

شکل‌گیری DSM-5-TR

تاریخچه کوتاه ویراست‌های قبلی DSM

اولین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲ پدیدار شد. این اولین راهنمای رسمی اختلالات روانی بود که واژه‌نامه توصیفات طبقات تشخیصی را در بر داشت. استفاده از واژه «واکنش» در سراسر طبقه‌بندی، تأثیر دیدگاه روانی‌زیستی آدلف مایر را منعکس می‌کرد مبنی بر اینکه اختلالات روانی، واکنش‌های شخصیت را به عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، و زیستی نشان می‌دهند. در جریان ساختن ویراست دوم (DSM-II)، تصمیم گرفته شد طبقه‌بندی بر مبنای بخش اختلالات روانی ویراست هشتم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-8) استوار شود که برای آن، نمایندگان APA مشورت‌هایی را تأمین کرده بودند. هم DSM-II و هم ICD-8 در سال ۱۹۶۸ اجرا می‌شدند.

همچون در مورد DSM-I و DSM-II، شکل‌گیری DSM-III با ساختن طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، به ویژه ICD-9، هماهنگ شده بود که در سال ۱۹۷۵ منتشر شد و در سال ۱۹۷۸ به اجرا درآمد. کار روی DSM-III در سال ۱۹۷۴ آغاز و در سال ۱۹۸۰ منتشر شد. DSM-III، تحت مدیریت رابرت ال. اسپیتزر، M.D، چند نوآوری روش‌شناختی مهم را معرفی کرد که ملاک‌های تشخیصی و روش توصیفی از آن جمله بودند که سعی داشتند با توجه به نظریه‌های سبب‌شناسی اختلالات روانی، بی‌طرف باشند. تجربه با DSM-III چند ناهمسانی را در این سیستم آشکار کرد. بنابراین، APA کارگروهی برای اصلاح DSM-III تعیین کرد که بازبینی‌ها و اصلاحاتی را انجام دادند که به DSM-III-R در سال ۱۹۸۷ انجامید.

DSM-IV در سال ۱۹۹۴ منتشر شد. این نتیجه نهایی ۶ سال تلاش بود که بیش از ۱۰۰۰ نفر و سازمان‌های حرفه‌ای متعددی را شامل می‌شد. برای اجرای بازبینی جامع نوشته‌ها جهت تعیین مبنای تجربی محکم برای ایجاد اصلاحات، تلاش زیادی صورت گرفت. سازندگان DSM-IV و ویراست دهم ICD برای هماهنگ کردن تلاش‌هایشان همکاری نزدیکی کردند که به همخوانی بیشتر بین این دو سیستم انجامید. ICD-10 در سال ۱۹۹۲ منتشر شد.

تاریخچه کامل تمام ویراست‌های DSM در وبسایت APA قرار دارد:

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>

فرایند بازبینی DSM-5

در سال ۱۹۹۹، APA ارزیابی نقاط قوت و ضعف DSM را آغاز کرد. این اقدام با بخش سلامت روان سازمان بهداشت جهانی (WHO)، انجمن جهانی روان‌پزشکی، و مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH) به شکل چند کنفرانس هماهنگ شده بود، که گزارش‌های آنها در سال ۲۰۰۲ در رساله‌ای با عنوان دستور جلسه پژوهش برای DSM-IV منتشر شد. پس از آن، از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸، توافق مشترک بین APA و WHO به وسیله NIMH، مؤسسه ملی سوء مصرف دارو (NIDA)، و مؤسسه ملی الکلیسم و سوء مصرف الکل (NIAAA) حمایت شد، به گردهمایی ۱۳ کنفرانس برنامه‌ریزی پژوهش بین‌المللی برای DSM-5 انجامید که ۴۰۰ شرکت‌کننده را از ۳۹ کشور در بر داشت، تا از این راه نوشته‌های دنیا درباره زمینه‌های تشخیصی خاص بررسی شوند و برای تجدیدنظرها در تألیف DSM-5 و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ویراست یازدهم (ICD-11) آماده شوند. گزارش‌های این کنفرانس‌ها، مبنایی را برای بازبینی‌های آینده نیروی اجرایی DSM-5 تشکیل دادند و زمینه را برای ویراست جدید DSM فراهم آوردند.

در سال ۲۰۰۶، انجمن روان‌پزشکی آمریکا David J. Kupfer, M.D. را به‌عنوان رئیس و Darrel A. Regier, M.D., M.P.H. را به‌عنوان معاون نیروی اجرایی DSM-5 تعیین کرد. مسئولیت آنها این بود که مدیرانی برای ۱۳ کارگروه تشخیصی و اعضای نیروی اجرایی دیگر را که مهارت چندرشته‌ای داشتند و باید بر تألیف DSM-5 نظارت می‌کردند، پیشنهاد کنند. فرایند بررسی دیگری توسط هیئت‌امنا APA برای آشکار کردن منابع درآمد آغاز شد تا بدین ترتیب از تعارض‌های علاقه توسط اعضای نیروی اجرایی و کارگروه اجتناب شود. آشکار کردن کامل تمام درآمد و کمک‌هزینه‌های تحقیقاتی از جانب منابع تجاری، از جمله صنعت داروسازی، در ۳ سال قبل، عواید درآمد ناشی از تمام منابع تجاری و انتشار این اطلاعات در وبسایت، معیار تازه‌ای را برای این حوزه تعیین کرد. سپس، نیروی اجرایی متشکل از ۲۸ عضو در سال ۲۰۰۷ و انتصاب بیش از ۱۳۰ عضو کارگروه در سال ۲۰۰۸ تأیید شد. بیش از ۴۰۰ مشاور کارگروه نیز بدون اختیار رأی دادن برای شرکت کردن در این فرایند تأیید شدند. مفهوم روشن مرحله تکاملی بعدی برای طبقه‌بندی اختلالات روانی جهت اقدامات نیروی اجرایی و کارگروه‌ها، اساسی بود. هنگامی که نیروی اجرایی و کارگروه‌ها سابقه طبقه‌بندی DSM-IV، نقاط قوت و ضعف کنونی آن، و راهبردهایی برای بازبینی آن را شرح دادند، این دیدگاه آشکار شد.

اجرای مروری بر نوشته‌ها و بررسی‌های بعدی، منتشر کردن گزارش‌های تحقیقاتی در نشریه‌های علمی، تهیه پیش‌نویس ملاک‌های تشخیصی، ارسال پیش‌نویس‌های مقدماتی به وبسایت DSM-5 برای اظهارنظر عموم، ارائه دادن یافته‌های مقدماتی در جلسات حرفه‌ای، انجام دادن آزمایش‌های میدانی، و تجدید نظر در ملاک‌ها و متن، مستلزم فرایندی ۶ ساله بود. روی هم رفته، شماری از متخصصان سلامت