

راهنمای عملی مصاحبه تشخیصی

با استفاده از ملاک‌های DSM-5-TR

پیش‌گفتار ۷

بخش ۱

- فصل ۱: مقدمه‌ای بر مصاحبه تشخیصی ۱۳
- فصل ۲: ایجاد اتحاد درمانی در طول مصاحبه تشخیصی ۲۸
- فصل ۳: مصاحبه تشخیصی در ۳۰ دقیقه ۴۲
- فصل ۴: فردی‌سازی تشخیص از طریق ابعاد ۵۹
- فصل ۵: تغییرات اساسی در DSM-5-TR ۷۲

بخش ۲

- فصل ۶: مصاحبه تشخیصی در DSM-5-TR ۹۵

بخش ۳

- فصل ۷: نسخه کوتاه‌تری از DSM-5-TR ۲۴۹
- فصل ۸: شش پرسش برای تشخیص افتراقی ۲۵۳
- فصل ۹: معاینه وضعیت روانی: همراه با واژه‌نامه روان‌پزشکی ۲۵۸
- فصل ۱۰: طرح درمانی سلامت روان ۲۶۳
- فصل ۱۱: ارزیابی مهارت‌های بالینی مورد روان‌پزشکی و نورولوژی آمریکا ۲۷۰
- فصل ۱۲: ابزارهای ارزیابی انتخاب شده DSM-5-TR ۲۷۴
- فصل ۱۳: تشخیص ابعادی اختلال‌های شخصیت ۲۷۹
- فصل ۱۴: دیگر نظام‌های تشخیصی و مقیاس‌های درجه‌بندی ۳۰۸
- منابع ۳۱۵

مقدمه‌ای بر مصاحبه تشخیصی

متنی را خوانده‌ام که نویسنده‌اش را به خاطر نمی‌آورم، اما هرگز درسی را که از آن گرفتم فراموش نکرده‌ام. ما با سؤالات مان به یکدیگر شکل می‌دهیم. نویسنده‌ای که اشاره کردم، مطلبی را دربارهٔ بیرون رفتن با نوه‌هایش نوشته بود. افراد غریبه به‌طور سرزده به او نزدیک می‌شدند تا بگویند که نوه‌هایش چقدر بامزه هستند؛ چقدر خوش‌لباس هستند؛ و او در مقام مادر بزرگ آنها بسیار احساس غرور می‌کرد. سپس یک روز، آنها با خانم مسن‌تری مواجه شدند. وی در مقابل دخترها خم شد و به‌طور مستقیم با خود بچه‌ها صحبت کرد، اما نه دربارهٔ ظاهرشان. آن خانم غریبه پرسید: «چه کتاب‌هایی می‌خوانید؟» بین او و نوه‌ها گفت‌وگویی شکل گرفت. نویسندهٔ مذکور تحت تأثیر شیوهٔ متفاوت صحبت زن غریبه با نوه‌هایش قرار گرفته بود: سؤال دربارهٔ کتاب‌های مورد علاقه‌شان، به‌جای لباس‌هایی که پوشیده بودند؛ پرسش دربارهٔ درک آنها از کتاب‌ها، به‌جای نحوهٔ لباس پوشیدن‌شان. این برای یک دختر نوجوان مواجههٔ متفاوتی بود: صحبت با او دربارهٔ آنچه می‌خواند، به‌جای صحبت دربارهٔ او در خصوص ظاهرش.

من مادر بزرگ نیستم، اما مطمئناً تجربهٔ او برای روان‌پزشکانی مثل من کاربرد دارد. هنگامی که از بیمار مبتلا به ناراحتی روانی سؤالاتی می‌پرسیم، تجربهٔ خودمان را از او شکل می‌دهیم. زمانی که نخستین پرسش من دربارهٔ خودکشی یا روان‌پریشی است، در واقع از او می‌خواهم که ناراحتی روانی‌اش را مد نظر قرار دهد.

به لحاظ عملی، این کار مناسب است زیرا افراد هنگامی به بالینگران مراجعه می‌کنند که از ناراحتی روانی رنج می‌برند.

زمانی که فردی ناراحتی روانی را تجربه می‌کند، نخستین مواجههٔ روان‌پزشکی او اغلب سردرگم‌کننده و ترسناک خواهد بود. قبل از اینکه فرد برای ناراحتی روانی خود مورد ارزیابی قرار گیرد، اغلب به میزانی بالاتر از دیگر حوزه‌های پزشکی باید بر بعضی موانع غلبه کند (رادن و سالدر، ۲۰۱۰). این موانع ممکن است شامل دسترسی، هزینه‌ها، ترس و انگ

بیماری روانی باشد، اما زمانی که فرد بر این مشکلات خاص چیره شد، سزاوار برخوردی است که ماهیت رنجش را به رسمیت بشناسد و به او امکان دهد که بتواند رابطه مؤثری را شروع کند. اگرچه راه‌های متفاوتی برای پرداختن به رنج روانی وجود دارد، کتاب حاضر کاربرد نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-5-TR) انجمن روان پزشکی آمریکا، (۲۰۲۲)، یعنی جدیدترین نسخه از زبان تشخیصی مشترک متخصصان سلامت روان، را توصیف می‌کند. DSM-5-TR منتقدان تیزبین زیادی دارد (برای مثال نگاه کنید به آساپ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاسپی و همکاران، ۲۰۲۰؛ هیز و هافمان، ۲۰۲۰؛ کندلر، ۲۰۱۴b؛ کندلر، ۲۰۱۶؛ راسکین، ۲۰۱۹). من در این کتاب فرض را بر این نمی‌گذارم که DSM-5-TR عاری از عیب یا نسخه نهایی است، با این حال تصور می‌کنم که DSM-5-TR روشی مشترک در سازمان‌دهی مواجهه روان پزشکی برای رسیدن به تشخیص را ارائه می‌دهد که متخصصان فعلی هنگام تلاش برای درک فردی دیگر، می‌توانند به لحاظ عملی به کار ببرند (کینگ هورن، ۲۰۱۱).

درک فردی که بیماری روانی دارد و بیمار روان پزشکی است چالش برانگیز است. بیماران روان پزشکی اغلب آسیب‌پذیری‌های همپوشانی دارند، از جمله: اقلیت قومی، جنسیت، زبان، نژاد، مذهب و گرایش جنسی؛ و در زمینه‌های مختلف تجربیات متفاوتی دارند که عبارت‌اند از تحصیل، اشتغال، مسکن و روابط. هنگامی که فرد به بیماری روانی مبتلا می‌شود اهمیت این مسائل برجسته‌تر می‌شود. روان پزشکی به نام لورا رابرتز، متوجه شد آسیب‌پذیری‌های هر بیمار روان پزشکی «قدرت روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان و متخصصان سلامت روان را به شیوه‌های ظریف، پیچیده و اغلب مبتنی بر فرهنگ گسترش و افزایش می‌دهند» (رابرتز، ۲۰۱۶، صفحه ۶۷). بالینگران باید از قدرتی که در مواجهه بالینی به کار می‌برند آگاه باشند تا یافته‌های‌شان بر تأثیرات فرهنگی غلبه کند.

از آنجا که یافته‌های حاصل از معاینه روان پزشکی به اندازهٔ مشکلی مانند درد در ناحیهٔ شانه، آشکار و قابل فهم نیست، متخصصان سلامت روان به زبان مشترکی مانند DSM-5-TR برای توصیف یافته‌های‌شان نیاز دارند. یافته‌های روان پزشکی معمولاً به علائم^۱ گزارش ذهنی فرد از

ناهنجاری) و نشانه‌ها^۱ (یافته‌های عینی از نابهنجاری) تقسیم می‌شوند. اما مهم‌ترین چیز در اینجا منشأ یافته روان‌پزشکی نیست بلکه نحوه استفاده بالینگر از قضاوت بالینی برای وزن دادن به نشانه‌ها و علائم در تشخیص، اهمیت بیشتری دارد. (کینگ، ۱۹۸۲). نشانه‌ها به‌خاطر اینکه مشاهده می‌شوند از علائم گویاترند، اما هر دوی آنها را می‌توان تفسیر کرد. هنگامی که شخصی اظهار خستگی می‌کند، ممکن است خستگی علامت بیماری‌های متعددی مانند کم‌خونی، اضطراب و وقفه تنفسی باشد. وقتی فردی را مشاهده می‌کنید که گریه می‌کند، اشک‌هایش ممکن است نشان‌دهنده گلوکوم یا سوگ باشد یا ناشی از گرد و خاکی باشد که زیر لنز تماسی وی رفته است. علامتی مانند خستگی با توجه به فردی که احساس خستگی می‌کند معنا می‌یابد. 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 حال بسیاری از آنها غیر اختصاصی هستند - برای مثال هر کسی ممکن است احساس خستگی کند، یا گریه کند - و اغلب مردم علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی را تجربه می‌کنند، اما بیماری روانی ندارند. نشانه‌ها و علائم روان‌پزشکی بنا به ماهیت خود اغلب در گستره‌ای مابین 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. بنابراین شما برای تشخیص تا حد امکان دقیق فرد رنج‌دیده پیش روی تان مسئولیت اخلاقی دارید.

مسئولیت شما این است که ارتباط بین نشانه‌هایی که مشاهده می‌کنید، علائمی که استخراج می‌کنید و معنای این دو برای 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)، حس فرد از خود و هویت وی رابطه داشته باشند (مک هیو و سلاونی، ۱۹۹۸)، اختلال‌های روانی اغلب به صورت یک تهدید وجودی تجربه می‌شوند. بنابراین زمانی که فردی را برای اولین بار می‌بینید، به خاطر داشته باشید که او ممکن است چنین سوالاتی را از خود بپرسد: «من چه مشکلی دارم؟ آیا دیوانه خواهم شد؟»

زمانی که به‌خوبی به گزارش بیمار گوش می‌دهید و به ماهیت رنج او پی می‌برید، با نام نهادن بر ترس‌های ناشناخته او می‌توانید باعث تسکینش شوید.

هنری کوهن، متخصص داخلی انگلیسی، معتقد است که: «تمام تشخیص‌ها فرمول‌های موقتی هستند که برای اقدام عملی طراحی شده‌اند» (کوهن، ۱۹۴۳، صفحه ۲۴). تشخیص‌ها موقتی هستند زیرا در آینده و بر اساس شواهد جدید تغییر خواهند کرد. تشخیص‌ها طراحی شده هستند زیرا به‌وسیله انسان‌ها ساخته شده‌اند. تشخیص‌ها برای اقدام عملی هستند زیرا هدف آنها کمک به افراد است تا در سلامت خود تغییر مؤثری ایجاد کنند و اگر تشخیص بالینگر نبود تغییری در وضعیت سلامت بیمار به وجود نمی‌آمد. هنگامی که بالینگر بیماری فرد را تشخیص‌گذاری می‌کند درمان را آغاز می‌کند و بدین‌وسیله طیف گسترده‌ای از تجارب پزشکی را در اختیار بیمار می‌گذارد. کوهن ادامه می‌دهد: «پس تشخیص به‌طور ضمنی به درکی از فرایندهای بیماری، جایگاه این فرایندها و علل بیماری اشاره می‌کند» (صفحه ۲۵). تشخیص برچسب نیست، بلکه شیوه‌ای برای درک است. «فقط با مهارت در مشاهده و تفسیر با کمک دانش و تجربه، فقط با تمرین مراقبت و صبر و با تقویت خرد و قضاوت می‌توان به مطلوب‌ترین دستاورد طبی، یعنی توانایی تشخیص بیماری، دست یافت» (صفحه ۲۵). تشخیص یک کنش قضاوت محتاطانه با هدف درک فردی دیگر است.

بالینگر باید تا جایی که می‌تواند رنج او را به‌دقت نام‌گذاری کند. در واقع، زمانی که ناراحتی روانی را از طریق تشخیص‌های اختلال‌های روانی مشخص می‌کنید، DSM-5-TR یک تلاش عالمانه برای بهبود قضاوت بالینی شما است.

DSM-5-TR دقت تشخیص‌های روان‌پزشکی را از طریق سنجش شدت اختلال، هم‌سو کردن تشخیص‌ها با سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامت روان مرتبط (ICD)، ادغام پیشرفت‌های اخیر در علوم اعصاب و سازمان‌دهی تشخیص‌ها در راستای مسیرهای رشد و چرخه عمر، افزایش کاربرد در موقعیت‌های پزشکی قانونی، مفهوم‌سازی مجدد افکار و رفتار خودکشی و بذل توجه به فرهنگ، جنسیت و جنس بهبود بخشیده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این نسخه، متن DSM-5 را مورد بازبینی قرار داده است. هسته اصلی متن نسخه پیشین توسط رهبران انجمن روان‌پزشکی آمریکا و دیگر

گروه‌های سلامت روان شکل گرفت اما نهایتاً به‌وسیلهٔ 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 به‌منظور 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). DSM-5-TR به‌وسیلهٔ مرور و بازبینی متن‌های دست‌نویس کار آنها را گسترش می‌دهد.

پیشرفت مهم DSM-5-TR توجه مجدد به عوامل اجتماعی در حین تشخیص اختلال‌های روانی است. از این منظر DSM-5-TR مفهوم ابعاد DSM-5 را گسترش می‌دهد. یعنی علائم روان‌پزشکی که در درون یک اختلال و در میان اختلال‌های روانی اختصاصی بروز می‌کند. این «ابعاد» در فصل چهارم با عنوان «فردی‌سازی تشخیص از طریق 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 به‌جای اینکه مبتنی بر علائم باشد، بر نشانه‌هایی استوار است که نشان‌دهندهٔ کژکاری در مدارهای عصبی هستند. این خصیصه وجه تمایز از نسخه‌های قبلی DSM محسوب می‌شود. DSM-5-TR با افزودن سایر علائم، به‌طور عمده اقدام به خودکشی، و با توسعهٔ ابعاد فراتر از علائم، به‌ویژه با افزایش توجه به تأثیر فرهنگ، جنسیت و جنس بر تجربهٔ سلامت روان فرد، این بینش را گسترش می‌دهد.

در ویرایش سوم DSM، مؤلفان تشخیص‌ها را بر اساس وجود، یا فقدان علائم تدوین کردند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰). گاهی این مدل تشخیصی، مدل طبقه‌ای نامیده می‌شود زیرا فرد بر اساس تعداد علائم خود یا یک بیماری روانی را دارد که با یک طبقهٔ تشخیصی هماهنگ است و یا اینکه ندارد. از زمان DSM-III -نویسندگان برای چهار ویراست نخست از اعداد رومی استفاده کردند اما پس از آن برای تسهیل امکان به‌روزرسانی‌های جدید سیستم عددنویسی عربی را به کار برده‌اند (برای مثال، ۵/۱، ۵/۲) - در ملاک‌های تشخیصی اشاره چندانی به علت اختلال روانی نشده بود که مصداقی از «اصل عاری از نظریه» بود (ویلسون، ۱۹۹۳). تمرکز بر توصیف یک اختلال به‌جای 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 تجدیدنظرهای بعدی نیز مدل طبقه‌ای را حفظ کردند (دکر، ۲۰۱۳). هرچند، مشکلات این نوع طبقه‌بندی در طول زمان آشکارتر شدند. DSM در حال تبدیل به چیزی شبیه راهنمای تماشای پرنده‌ها در زیستگاه طبیعی خودشان بود که در آن بر اساس ویژگی‌های ظاهری و بدون توجه به علت این ویژگی‌ها، گونه‌های مخصوص پرندگان را شناسایی کرده و هر پرنده را در گونه خاص خود قرار می‌دهد (مک‌هیو، ۲۰۰۷) حتی بدتر اینکه صحت این راهنما در حین استفاده واقعی مشخص نبود (فیرست و همکاران، ۲۰۱۴).

به نظر ریچارد بنتال، روان‌شناس انگلیسی، از آنجا که افراد خوشحال از لحاظ آماری محدود هستند، تحریف‌های شناختی مانند خوش‌بینی دارند و مجموعه مشخصی از علائم را تجربه می‌کنند، در نتیجه شادی یک اختلال روانی است. بر همین اساس، بنتال پیشنهاد می‌کند افرادی که شادکامی را تجربه می‌کنند باید به‌عنوان اختلال خلقی عمده نوع خوشایند تشخیص داده شوند (بنتال، ۱۹۹۲). بنتال در مورد این تشخیص مزاح کرده است اما در مورد انتقادش از سیستم تشخیصی که گاهی در تمایز بین حالت بهنجار اما نادر از حالت مرضی ناتوان است، جدی است (آراگون، 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. ارزیابی‌های ابعادی به بالینگران اجازه می‌دهند که وجود تهدیدها و آسیب‌پذیری‌هایی را مشخص کنند که می‌توانند از خلال تعامل پویا بین فرد و محیط زندگی‌اش بیان شوند یا تخفیف یابند. (برای نمونه، صفات وسواسی ممکن است در یک برنامه آموزشی حرفه سلامت سودمند باشد ولی در یک رابطه مخرب باشد.) از آنجا که DSM-5-TR به‌طور گسترده‌ای به کار خواهد رفت، این کتاب را به‌منظور راهنمایی مصاحبه‌گران مبتدی و باتجربه در انجام معاینه تشخیصی DSM-5-TR 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 تأییدگذاری DSM-5-TR بر معاینه تشخیصی (فصل ۳ تا ۵) و یک نسخه

عملیاتی شده از DSM-5-TR برای انجام معاینه تشخیصی است (فصل ۶). قبل از اینکه شروع کنیم، در نظر گرفتن محصول نهایی مصاحبه تشخیصی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

اختلالات به‌جای بیماری‌ها یا ناخوشی‌ها

زمانی که مصاحبه تشخیصی را انجام می‌دهید، به یک تشخیص، یعنی یکی از «فرمول‌های موقتی» کوهن برای کنش‌های بالینی، می‌رسید. تشخیص‌هایی که با استفاده از مصاحبه‌های DSM-5-TR به دست می‌آیند، به‌جای بیماری‌ها یا ناخوشی‌ها، اختلالات نامیده می‌شوند. همه این اصطلاح‌ها تخریب‌هایی را در عملکرد بهنجار توصیف می‌کنند اما سیستم DSM به‌منظور 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 به‌عنوان ناهنجاری‌های مرضی در ساختار و کارکرد سیستم‌ها و اعضای بدن توصیف کرد. بیماران معمولاً با ناخوشی (illness)، یعنی تجربه آنها از ناهنجاری‌های 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، بیماری‌ای 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 سکتة مغزی و حمله 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 به‌عنوان بیماری تشخیص ندهد. در واقع بیماری‌ها و ناخوشی‌ها به‌جای اینکه صرفاً دیدگاه‌های از هم متفاوت باشند، اغلب تجاربی جدای از هم هستند، هم‌چنان که انسان‌شناسان نیز مکرراً مدارکی را برای آن جمع‌آوری کرده‌اند (اوبرلاندر، ۲۰۱۹).

انسان‌شناسان همچنین اظهار می‌کنند که تجارب ناخوشی تحت تأثیر فرهنگ ایجاد شده‌اند. در مکان‌ها و زمان‌های متفاوت، حالات متفاوت

می‌تواند به‌عنوان بیماری یا ناخوشی شناسایی شود. با این وجود برای اینکه فرد به‌عنوان 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 آمریکایی (۱۹۵۱) آن را به خوبی «نقش بیمار» نامید، می‌شود. پارسونز مشاهده کرد افرادی که به‌عنوان مریض شناخته می‌شوند از نقش‌های اجتماعی به‌نجار معاف می‌شوند. افراد مریض مجبور نیستند که نقش‌های اجتماعی معمول خود را انجام دهند اما میزان معاف شدن از این نقش‌های اجتماعی به ماهیت و شدت ناخوشی، سن افراد و نقش‌های فرهنگی بستگی دارد. نمونه‌ی معاصر این حالت کودکی است که به‌خاطر تب و اسهال خفیف به‌جای مدرسه رفتن در خانه می‌ماند اما یک بزرگ‌سال مبتلا به کم‌درد تنها پس از تجربه‌ی سال‌ها درد کشنده به‌عنوان از کار افتاده شناخته می‌شود.

به‌عنوان بخشی از نقش بیمار، فرد بیمار در مقابل بیماری‌اش مسئول نیست زیرا اعتقاد بر این است که مریضی خارج از کنترل انسان است. بنابراین زمانی که پزشک فردی را به‌عنوان بیمار تشخیص می‌دهد، بیماری او را مشروعیت می‌بخشد و نقش او را به‌عنوان مریض می‌پذیرد (پارسونز، ۱۹۵۱). پذیرش نقش بیمار در فرهنگی مشخص، بخشی از آن چیزی است که در زمان تشخیص‌گذاری ناراحتی فرد به‌عنوان یک بیماری خاص روی می‌دهد و ضروری است که به یاد داشته باشید هر تشخیصی که بر روی ناراحتی فرد می‌گذارید، این کارکرد فرهنگی را دارد.

اگرچه همه‌ی تشخیص‌ها کارکرد فرهنگی دارند اما تشخیص‌های روان‌پزشکی به‌خصوص پیچیده هستند. اختلال‌های روانی ناشی از عوامل زیستی، ژنتیکی، محیطی، اجتماعی و رویدادها و فرایندهای روان‌شناختی هستند و این عوامل سببی به درجات متفاوتی در تشخیص‌های روان‌پزشکی متفاوت نقش دارند (کندلر، ۲۰۱۲). علاوه بر این، از آنجا که تشخیص‌های روان‌پزشکی کژکاری در توانایی‌هایی را توصیف می‌کنند که تصور می‌رود معرف تمامیت وجود هستند، اغلب تهدیدی برای حس فرد از هویت خود ایجاد می‌کنند (روسچ و همکاران، ۲۰۰۵). در نهایت، هم فرهنگ بالینگران و هم مراکز پزشکی مواجهه‌ی بالینی را شکل می‌دهند و