

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΘΕΜΑ: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟ DSM.**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Μάινα Άννα-Μαρία**

**A.M.:2647**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια**

**Τριλίβα Σοφία**

**Ρέθυμνο, 2014**

## Περιεχόμενα

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>3</b>
<b>1.ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....</b>	<b>5</b>
<b>2.ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ DSM-5 .....</b>	<b>9</b>
<b>3.ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟ DSM-5 .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1.Ορισμός της ψυχικής διαταραχής .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.Πολυαξονικό σύστημα .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3.Από την κατηγορική στη διαστατική προσέγγιση .....</b>	<b>22</b>
<b>3.4.Ψυχοκοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5.Αναπτυξιακή προσέγγιση .....</b>	<b>34</b>
<b>4.ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1.Νευροαναπτυξιακές διαταραχές .....</b>	<b>38</b>
<b>4.1.1.Διαταραχή φάσματος του αυτισμού.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.2.Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2.Καταθλιπτικές διαταραχές.....</b>	<b>45</b>
<b>4.3.Διατροφικές διαταραχές.....</b>	<b>48</b>
<b>4.4.Διαταραχές προσωπικότητας.....</b>	<b>50</b>
<b>4.5.Αγχώδεις διαταραχές .....</b>	<b>54</b>
<b>4.6.Ιδεοψυχαναγκαστική και συναφείς διαταραχές.....</b>	<b>55</b>
<b>4.7.Σχετιζόμενες με ουσίες και εθισμό διαταραχές .....</b>	<b>56</b>
<b>4.8.Διαταραχές φάσματος της σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές διαταραχές .....</b>	<b>56</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>58</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>59</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) εκδόθηκε τον Μάιο του 2013 συνοδευόμενο από έντονη διαμάχη και κριτική εκ μέρους την επιστημονικής κοινότητας. Καθώς το DSM χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική διάγνωση, είναι απαραίτητη η διερεύνηση της αναθεώρησης του εγχειριδίου και των αλλαγών που εμπεριέχονται στο DSM-5. Η τροποποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων αποτελεί ένα επίμαχο θέμα διότι οι επιπτώσεις είναι εμφανείς σε πολλαπλούς τομείς. Τα κριτήρια μπορούν να καθοδηγήσουν τους ειδικούς ψυχικής υγείας στο να προσδιορίσουν ποιοι χρειάζονται θεραπεία και ποία θεραπευτική παρέμβαση είναι κατάλληλη. Επίσης, στις πληροφορίες των διαγνωστικών κριτηρίων βασίζεται η διαμόρφωση πολιτικών και πρακτικών που επηρεάζουν όσους υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, οι ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν τα κριτήρια για να καθορίσουν ποιες συνθήκες είναι επιλέξιμες για επιστροφή χρημάτων και ποια είδη θεραπειών θα καλύπτονται από την ασφάλιση. Επιπρόσθετα, μερικές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν το DSM για να εγκρίνουν επιδόματα αναπηρίας. Οι ερευνητές χρησιμοποιούν το DSM για να προσδιορίσουν τα κριτήρια ένταξης ή αποκλεισμού των διαταραχών. Τέλος, το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης χρησιμοποιεί το εγχειρίδιο για να παρθούν αποφάσεις όπως η θεραπεία έναντι της φυλάκισης (APA, 2013. Selekman, & Diefenbeck, 2014). Η αξιόπιστη διάγνωση είναι απαραίτητη καθώς τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM χρησιμοποιούνται για την καθοδήγηση της έρευνας και της θεραπείας, τον προσδιορισμό του επιπολασμού των διαταραχών για το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και την τεκμηρίωση σημαντικών πληροφοριών για τη δημόσια υγεία όπως τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (APA, 2013. Wakefield, 2010)

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση του DSM-5 σε σύγκριση με την προηγούμενη έκδοση του εγχειριδίου. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των βασικότερων τροποποιήσεων και της κριτικής που αφορά σε αυτές, σχετικά με τις επιπτώσεις που θα επιφέρουν. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται τα ιστορικά στοιχεία των προκάτοχων του νέου εγχειριδίου. Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζονται η διαδικασία και ο σκοπός συγκρότησης του DSM-5. Στο τρίτο

κεφάλαιο διερευνώνται οι διαρθρωτικές αλλαγές στο νέο εγχειρίδιο και στην προσέγγιση της διαγνωστικής διαδικασίας. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας εξετάζονται οι κυριότερες αλλαγές που έγιναν στις διαγνωστικές κατηγορίες, οι οποίες έλαβαν και την περισσότερο αμφιλεγόμενη κριτική.

## 1.ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πρακτική κατά τα τελευταία 60 χρόνια και περιλαμβάνει την αξιολόγηση, ταξινόμηση και τα κριτήρια των ψυχικών διαταραχών με σκοπό την επίτευξη της έγκυρης διαγνωστικής εκτίμησης και δευτερευόντως, της αρμόζουσας θεραπευτικής παρέμβασης. Είναι ένα εργαλείο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ένα εκπαιδευτικό εγχειρίδιο για φοιτητές και επαγγελματίες, καθώς και ένας κοινός τόπος επικοινωνίας της έρευνας (APA, 2013). Το DSM χρησιμοποιείται από κλινικούς και ερευνητές διαφόρων κατευθύνσεων (βιολογική, ψυχοδυναμική, γνωστική, συμπεριφορική, διαπροσωπική, συστημική) και διευκολύνεται η ύπαρξη μίας κοινής γλώσσας για τα βασικά χαρακτηριστικά των ψυχικών διαταραχών, μεταξύ πληθώρας επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με κριτήρια συνοπτικά και σαφή ώστε να επιτρέψουν την αντικειμενική αξιολόγηση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών (APA, 2013).

Η APA δημοσίευσε για πρώτη φορά ένα προκάτοχό του DSM το 1844, ως μία στατιστική ταξινόμηση των ασθενών που βρίσκονταν σε νοσοκομεία. Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το DSM εξελίχθηκε μέσα από τέσσερις μεγάλες εκδόσεις σε ένα διαγνωστικό σύστημα ταξινόμησης, για τους ψυχιάτρους, τους ιατρούς και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που περιέγραφε τα βασικά χαρακτηριστικά του πλήρους φάσματος των ψυχικών διαταραχών (APA, 2013). Το 1952 εκδόθηκε το διαγνωστικό εγχειρίδιο με τίτλο Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders, και περιελάμβανε δύο ευρείες κατηγορίες, τις διαταραχές που σχετίζονταν με κάποια οργανική διαταραχή του εγκεφάλου και τις διαταραχές ψυχογενούς προέλευσης ή χωρίς σαφώς καθορισμένα φυσικά αίτια (Sanders, 2011). Στις ψυχικές ασθένειες που δεν οφείλονταν σε καμία γνωστή βιολογική διαταραχή του εγκεφάλου γινόταν διάγνωση μέσω σύγκρισης με μία γενική περιγραφή της διαταραχής και οι διαταραχές χωρίζονταν σε ψυχωτικές, ψυχονευρωτικές, και διαταραχές της προσωπικότητας (Fischer, 2012). Οι ψυχωτικές και ψυχονευρωτικές διαταραχές κατηγοριοποιούνταν ως "αντιδράσεις" (π.χ.

σχιζοφρενική αντίδραση), σύμφωνα με την επικρατούσα ψυχαναλυτική αντίληψη των ψυχικών διαταραχών ως δυσκολιών προσαρμογής (Pierre, 2010).

Η δεύτερη έκδοση του DSM δημοσιεύθηκε το 1968 μετά από μία διαδικασία παράλληλης ανάπτυξης με την 8η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10), της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (World Health Organization). Οι ομάδες και ο συνολικός αριθμός των διαταραχών διευρύνθηκαν σημαντικά, ενώ ο όρος "αντίδραση" απορρίφθηκε καθώς η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών ήταν ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα και ουσιαστικά άγνωστο. Στο DSM-II διακρίνονταν τα "οργανικά σύνδρομα του εγκεφάλου" από τις "ψυχώσεις που δεν αποδίδονται σε φυσικές συνθήκες" (συμπεριλαμβανομένων των ψυχωτικών και των συναισθηματικών διαταραχών), οι νευρώσεις και οι διαταραχές της προσωπικότητας (Pierre, 2010). Παρά τις διαφορές με το DSM-I, τα δύο εγχειρίδια είχαν παρόμοιες θεωρητικές θέσεις, οι οποίες στηρίζονταν στην ψυχοδυναμική προσέγγιση (Sanders, 2011). Επιπρόσθετα, οι δύο πρώτες εκδόσεις του DSM δεν διέθεταν ειδικά διαγνωστικά κριτήρια και η κάθε διαταραχή μπορούσε να περιγραφεί σε μία ή δύο παραγράφους. Η απουσία συγκεκριμένων κριτηρίων για να προσδιοριστεί αν κάποιο άτομο πληροί τα κριτήρια για μία διαταραχή, οδηγούσε σε μειωμένη κλινική χρησιμότητα των δύο εγχειριδίων (Jewell, Hupp, & Pomerantz, 2009).

Η έκδοση του DSM-III το 1980, αντικατοπτρίζει μία μεταστροφή στο σύνολο της δομής της επιστημονικής σκέψης και μία αλλαγή στο θεωρητικό προσανατολισμό της ψυχιατρικής στην Αμερική, προς ένα εμπειρικό και θετικιστικό προσανατολισμό καθώς μέχρι το 1960 η ψυχιατρική ως επάγγελμα ήταν κυρίως ψυχοδυναμική, οδηγώντας σε κάποιο ιδεολογικό αλλά ίσως μη ρεαλιστικό τρόπο σκέψης (Mayes, & Horwitz, 2005. Sanders, 2011). Καθώς η ψυχιατρική διάγνωση κατέληξε να θεωρείται αναξιόπιστη και υποκείμενη στην εκάστοτε ερμηνεία (Spitzer & Fleiss, 1974), τέθηκε το υπόβαθρο για αλλαγή στον προσανατολισμό της το οποίο βασίστηκε στις ιδέες του Kraepelin που υποστήριζε τη συσχέτιση της ψυχιατρικής με την ιατρική, την περιγραφική γλώσσα, τη σύνδεση της παθολογοανατομικής παρατήρησης με την ψυχοπαθολογική παρατήρηση και τέλος τον εμπειρικό έλεγχο (Sanders, 2011). Οι ιδέες του Kraepelin επηρέασαν μία ομάδα ψυχιάτρων που είχαν δυσαρεστηθεί από την έλλειψη σαφούς διάγνωσης και ταξινόμησης, την χαμηλή αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών στις ψυχιατρικές εκτιμήσεις

και την αδυναμία διάκρισης μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας, ενώ το 1972 ο John Feighner και οι συνεργάτες του, δημοσίευσαν μία σειρά διαγνωστικών κριτηρίων όπου καθιστούσαν σαφές ότι τα διαγνωστικά κριτήρια δεν δύναται να βασίζονται σε εκάστοτε αντιλήψεις ή την παράδοση (Sanders, 2011). Το DSM-III φαίνεται να ακολούθησε την παραπάνω προσέγγιση και αποτέλεσε ένα διαφορετικό εγχειρίδιο σε σχέση με το DSM-I και το DSM-II, καθώς υιοθέτησε περιγραφικά κριτήρια, συνέδεσε την ψυχιατρική με το ιατρικό μοντέλο και τόνισε τη σημασία του οικογενειακού ιστορικού και της μακρόχρονης παρακολούθησης της κάθε περίπτωσης, επιδιώκοντας παράλληλα την αξιοπιστία της διάγνωσης, τη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας και την ύπαρξη μίας κοινής διαγνωστικής γλώσσας (Rogler, 1997. Sanders, 2011). Αυτή η σύσταση του εγχειριδίου επιτεύχθηκε μέσω της εκτεταμένης εμπειρικής έρευνας και της ανάπτυξης των ημιδομημένων συνεντεύξεων (APA, 1994). Σύμφωνα με τον Maser (όπως παρατίθεται στο άρθρο του Sanders, 2011) σημαντικά πλεονεκτήματα του DSM-III σε σχέση με τις προηγούμενες εκδόσεις, αποτελούν η μη θεωρητική του βάση, οι πιο ολοκληρωμένες και συστηματικές κλινικές περιγραφές, οι διακριτές κατηγορίες και το πολυαξονικό σύστημα που προσέφερε διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών, της προσωπικότητας, των ιατρικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και της συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας. Με τον τρόπο αυτό, το DSM-III πέτυχε σε μεγάλο βαθμό μία νέο-κρεπελινική προσέγγιση.

Το DSM-III αναθεωρήθηκε και εκδόθηκε το 1987 το DSM-III-R, καθώς υπήρχαν αντιφάσεις και ασαφή κριτήρια σε κάποιες διαταραχές και ορισμένα δεδομένα από μελέτες που δημοσιεύθηκαν λίγο μετά τη δημοσίευση του DSM-III, ήταν ασυνεπή με κάποια από τα διαγνωστικά κριτήρια (APA, 1994. First, 2010). Το DSM-III-R είχε 292 κατηγορίες διαταραχών (Pincus, Frances, Davis, First, & Widiger, 1992), δε διέφερε σημαντικά σε δομή, μορφή και μήκος με το DSM-III, ενώ τα χαρακτηριστικά αυτά παρέμειναν και στις επόμενες εκδόσεις του DSM (Jewell και συν., 2009).

Το 1994, δημοσιεύθηκε το DSM-IV και το 2000 το DSM-IV-TR (text revision). Ο όρος "TR" αναφέρεται στο ότι στη νέα έκδοση του DSM διαφέρει μόνο το κείμενο που περιγράφει της διαγνώσεις, ενώ τα διαγνωστικά κριτήρια ορίζονται με τον ίδιο τρόπο (Jewell και συν., 2009). Στο DSM-IV-TR δεν έγιναν αλλαγές στον αριθμό των διαταραχών, τα διαγνωστικά κριτήρια, ή την οργανωτική δομή του εγχειριδίου

(Pomeroy, & Parrish, 2012). Στόχος κατά τη διαδικασία ανάπτυξης του DSM-IV ήταν ο συντονισμός με το ICD-10, ώστε να αποτελέσουν παράλληλα, άλλα όχι ταυτόσημα εγχειρίδια (Kupfer, First, & Regier, 2002). Μερικοί από τους στόχους της αναθεώρησης του DSM ήταν να διορθωθούν οι ανακρίβειες που εντοπίστηκαν στο DSM-IV, να εξεταστεί κατά πόσο το DSM είναι ενημερωμένο και επίκαιρο, να ενσωματωθούν οι πληροφορίες που προέκυψαν από την έρευνα και να βελτιωθεί η εκπαιδευτική του αξία (APA, 2000). Στη διαδικασία συγκρότησης του DSM-IV ήταν σημαντικό η κάθε αλλαγή να βασιστεί σε εμπειρικά δεδομένα. Για το σκοπό αυτό η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν η διεξαγωγή συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, η επανεξέταση των συλλεχθέντων δεδομένων και οι δοκιμές πεδίου (APA, 2000).

Το DSM-IV καθώς και όλες τις προηγούμενες εκδόσεις του DSM, αποτελεί ένα νοσολογικό σύστημα, που σημαίνει ότι είναι ένα σύστημα ταξινόμησης της ασθένειας. Στο DSM-III και το DSM-IV το νοσολογικό σύστημα έγινε περισσότερο περιγραφικό, δίνοντας έμφαση στην ακριβή περιγραφή των κλινικών συμπτωμάτων και την αξιοπιστία των διαγνώσεων και όχι στην αιτιολογία των διαταραχών. Ακόμα, τα δύο εγχειρίδια είναι μη θεωρητικά, γεγονός που επιτρέπει την εφαρμογή τους σε πολλές διαταραχές, και την χρησιμοποίησή τους από επαγγελματίες διαφορετικών θεωρητικών κατευθύνσεων με αποτέλεσμα ωστόσο, να μειονεκτούν στην ερμηνεία της αιτιολογίας των διαταραχών και κατ'επέκταση, την θεραπεία. Περαιτέρω κριτική στο DSM-IV αφορά στον προσανατολισμό του προς το ιατρικό μοντέλο, δηλαδή την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας παρόμοια με την σωματική ασθένεια και την κατηγορική προσέγγιση των διαταραχών (Jewell και συν., 2009).

Καθίσταται σαφές πως η κάθε νέα έκδοση του DSM, αποσκοπεί στο να υπερκεράσει τους περιορισμούς των προκάτοχών του. Ιδιαίτερα το DSM-III, αποτέλεσε μία σημαντική μεταστροφή στη διαδικασία της κλινικής διάγνωσης φιλοδοξώντας να αντιμετωπίσει την έντονη κριτική που αντιμετώπιζαν τα προηγούμενα εγχειρίδια. Η συγκρότηση του DSM-5, αποτέλεσε μία μακροχρόνια διαδικασία, η οποία συνιστά μία ανάλογη προσπάθεια επίλυσης των περιορισμών του DSM-IV όπως συμπεραίνεται από την διερεύνηση της διαδικασίας και του σκοπού συγκρότησής του.



## 2.ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ DSM-5

Το DSM-5 κυκλοφόρησε το Μάιο το 2013, έπειτα από 14 έτη προετοιμασίας στην οποία συμμετείχαν εκατοντάδες επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την αξιολόγηση των διαγνωστικών κριτηρίων και την οργάνωση κάθε πτυχής του εγχειριδίου (APA, 2013). Η συγκρότηση του DSM-5 ξεκίνησε το 1999, όταν η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία προχώρησε στην αξιολόγηση των δυνατοτήτων και περιορισμών του DSM-IV σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, που δεν υποστήριζαν τα όρια που ίσχυαν για ορισμένες ψυχικές διαταραχές. Η προσπάθεια αυτή συντονίστηκε με τη συμβολή του Τομέα Ψυχικής Υγείας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO), της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (WPA), και του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (NIMH), με τη μορφή διαφόρων συνεδρίων, οι εργασίες των οποίων δημοσιεύθηκαν το 2002 σε μία μονογραφία με τίτλο: Ένα Ερευνητικό Θεματολόγιο για το DSM-V (A Research Agenda for DSM-V). Από το 2003 έως το 2008 διεξήχθησαν 13 διεθνή επιστημονικά συνέδρια για την αναθεώρηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας που θα συντελούσε στην συγκρότηση του εγχειριδίου. Στη συνέχεια, συγκροτήθηκαν ομάδες εργασίας για τη διερεύνηση των ελλείψεων του DSM-IV και των απαραίτητων για την αναθεώρηση μεθόδων. Ακολούθησαν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και δευτερογενείς αναλύσεις, εκδόσεις ερευνών σε επιστημονικά περιοδικά και ανάπτυξη προτεινόμενων σχεδίων για τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία αναρτήθηκαν στην ιστοσελίδα του εγχειριδίου, για δημόσιο σχολιασμό. Τέλος, έγιναν παρουσιάσεις προκαταρκτικών ευρημάτων σε επαγγελματικές συναντήσεις, δοκιμές πεδίου, και αναθεωρήσεις των κριτηρίων και των κειμένων που περιγράφουν τις διαταραχές (APA, 2013).

Η διαδικασία αναθεώρησης του εγχειριδίου καθοδηγήθηκε από τέσσερις βασικές αρχές: 1) το DSM-5 προορίζεται κυρίως για να είναι ένα εγχειρίδιο που θα χρησιμοποιείται από τους κλινικούς ιατρούς και οι αναθεωρήσεις πρέπει να είναι εφαρμόσιμες στην καθημερινή κλινική πρακτική, 2) οι προτάσεις για αναθεωρήσεις θα πρέπει να καθοδηγούνται από τα στοιχεία της έρευνας, 3) όπου είναι δυνατόν, θα πρέπει να διατηρηθεί η συνέχεια με τις προηγούμενες εκδόσεις του DSM και 4) δεν θα πρέπει προκαθορισμένοι περιορισμοί να επηρεάζουν το βαθμό της αλλαγής μεταξύ του DSM-IV και το DSM-5 (APA, 2013).

Η αναθεώρηση του DSM έγινε με γνώμονα την εναρμόνισή του με το ICD-11. Όπως αναφέρεται στο DSM-5 η ταύτιση των δύο εγχειριδίων έγινε για τους ακόλουθους λόγους: Η ύπαρξη δύο κύριων συστημάτων ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, εμποδίζει τη συλλογή και χρησιμοποίηση των εθνικών στατιστικών για την υγεία, το σχεδιασμό των κλινικών δοκιμών που αποσκοπούν στην ανάπτυξη νέων θεραπειών, και την εξέταση της εφαρμοσιμότητας των αποτελεσμάτων των διεθνών ρυθμιστικών οργανισμών σε παγκόσμιο επίπεδο. Γενικότερα, η ύπαρξη των δύο ταξινομήσεων περιπλέκει τις προσπάθειες για να αναπαραχθούν τα επιστημονικά αποτελέσματα πέρα από τα εθνικά σύνορα. Ακόμα, στις περιπτώσεις προσδιορισμού όμοιων πληθυσμών, οι διαγνώσεις του DSM-IV και του ICD-10 δεν ήταν πάντα σύμφωνες (APA, 2013).

Στο DSM-5 ο αριθμός των διαταραχών είναι αμετάβλητος και περιλαμβάνονται 22 κατηγορίες διαταραχών. Κάποιες διαταραχές αφαιρέθηκαν, προστέθηκαν άλλες και ορισμένες διαθέτουν νέα κατηγοριοποίηση. Η οργάνωση των κεφαλαίων ακολουθεί μία αναπτυξιακή προοπτική, από τις διαταραχές που εμφανίζονται συχνότερα στην παιδική ηλικία, στις διαταραχές που διαγιγνώσκονται κατά την ενηλικίωση (APA, 2013. Pomeroy & Anderson, 2013). Στο DSM-5 εγκαταλείπονται οι ρωμαϊκοί αριθμοί, καθώς προορίζεται να αποτελέσει ένα ζωντανό εγχειρίδιο, που θα αναθεωρείται σύμφωνα με τα τρέχοντα επιστημονικά δεδομένα και θα ενσωματώνει μελλοντικές ανακαλύψεις στη νευροβιολογία, τη γενετική και την επιδημιολογία (APA, 2013).

Το DSM-5 συγκροτήθηκε με στόχο να αντιμετωπίσει τους περιορισμούς του DSM-IV, που αναφέρονται εκτενώς σε μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας, ενσωματώνοντας τα κλινικά και επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την εμπειρική βάση των ψυχικών διαταραχών. Προτεραιότητα ήταν να εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αλλά και να ενδυναμωθεί η χρηστική αξία του εγχειριδίου για τους κλινικούς και τους ερευνητές (Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013). Η 5<sup>η</sup> έκδοση του DSM αξιοποιώντας την πρόοδο στις νευροεπιστήμες και στις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου, αποσκοπεί στην επίτευξη έγκυρων και αξιόπιστων κλινικών διαγνώσεων και στην καλύτερη κατανόηση και εξήγηση των ψυχικών διαταραχών. Η αναθεώρηση του DSM έγινε με γνώμονα τις αναδυόμενες επιστημονικές αποδείξεις που προέκυψαν για τις σχέσεις μεταξύ των διαταραχών και η αναδιάταξή τους αντικατοπτρίζει τον εντοπισμό των ψυχολογικών και φυσιολογικών παραγόντων, που

δεν ορίζονται πλέον με βάση την αυστηρή κατηγορηματική προσέγγιση (APA, 2013).

Η διαδικασία συγκρότησης του DSM-5, αποτέλεσε εκτός από ευκαιρία για την καλύτερη κατανόηση των ψυχικών διαταραχών, πεδίο έντονης διαμάχης και κριτικής (Wakefield, 2013b). Η κριτική αφορά στις αλλαγές σε ορισμένες διαταραχές, σε κατηγορίες που προστέθηκαν αλλά και σε δομικές αλλαγές του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του DSM. Πολύ πριν την έκδοση του DSM-5, η διαμάχη εκφράστηκε έντονα από τα MME και τις επιστημονικές δημοσιεύσεις, ενώ εξακολουθεί να υφίσταται (Littrell, & Lacasse, 2012. Pomeroy, & Anderson, 2013. Wakefield, 2013b). Η ομάδα συγκρότησης του DSM-5 είχε ιδιαίτερες προσδοκίες και στόχευε στο να αποτελέσει το εγχειρίδιο μία σημαντική επαναστατική επιστημονική αλλαγή στην κλινική διάγνωση, όπως και το DSM-III (Kecmanovic, 2013). Έτσι, προσανατολίστηκε στο να επιτύχει την νευροβιολογική αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών, στο να μειώσει τις Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς διαγνώσεις, στη διαστατική διάγνωση και την υιοθέτηση ενός συνεχούς φάσματος στη διάγνωση. Ωστόσο, οι στόχοι θεωρούνται μη ρεαλιστικοί και ανέφικτοι. (APA, 2013. Wakefield, 2013b). Μία ομάδα επικριτών του DSM-5, αμφιβάλλει για την βιολογική και επιστημονική εγκυρότητα των διαγνώσεων και υποστηρίζει ότι το νέο εγχειρίδιο προσεγγίζει την ιατρική και προσπαθεί να κατηγοριοποιήσει ως ασθένειες, συμπτώματα τα οποία αποτελούν ωστόσο, κοινωνικές κατασκευές. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν οι επικριτές που υποστηρίζουν πως το DSM-5 δεν είναι αρκετά ιατρικό, δεν βασίζεται στην επιστήμη και εμποδίζει την επιστημονική πρόοδο (Ghaemi, 2014). Ακόμα, κύριοι λόγοι αντιπαράθεσης είναι τα όρια μεταξύ φυσιολογικού και διαταραχής, η διαχυτικότητα του DSM-5 στην ψυχιατρική διάγνωση, τόσο από την άποψη των νεοεισαχθέντων κατηγοριών αλλά και τη χαλάρωση των κριτηρίων για τη διάγνωση σε υφιστάμενες κατηγορίες (Wakefield, 2013b. Wakefield & First, 2013).

Η χαλάρωση των διαγνωστικών ορίων εμποδίζει τη διάκριση μεταξύ παθολογίας και φυσιολογικού, οδηγώντας σε αύξηση του ποσοστού επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών και σε ψευδώς θετικές διαγνώσεις. Πολλά άτομα έτσι, μπορεί να στιγματιστούν ως ψυχικά ασθενείς και να υποστούν άσκοπη θεραπεία και υπερβολική χρήση επιβλαβών φαρμάκων (Frances, & Jones, 2014).

Η ανάθεση των αιτιών των ψυχικών διαταραχών σε δυσλειτουργία του

εγκεφάλου, χωρίς επαρκείς επιστημονικές αποδείξεις, αποσπά την προσοχή από σημαντικούς πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες και συχνά οδηγεί σε ιατρικές παρεμβάσεις με υπερκατανάλωση φάρμακων, στιγματισμό και κοινωνική απομόνωση των ατόμων με διαταραχές (Cooper, 2014).

Σε αντίθεση με τις αρχικές προθέσεις, το DSM-5 δεν έχει καταφέρει μία περισσότερο νευροβιολογική προσέγγιση, ώστε να συμπεριλάβει βιολογικούς δείκτες, να επιτύχει τον προσδιορισμό της αιτιοπαθογένειας των ψυχικών διαταραχών και να αυξήσει την αντικειμενικότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης. Ακόμα και στο πεδίο των νευρογνωστικών διαταραχών, έχει διατηρηθεί η περιγραφική προσέγγιση των συμπτωμάτων. Αυτό συμβαίνει διότι, παρά την επιστημονική πρόοδο και τα τόσα πολλά χρόνια έρευνας των βιοδεικτών, τα αποτελέσματα δεν θεωρούνται ως αρκετά ισχυρά για να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη (Möller και συν., 2014).

Όπως φαίνεται από την πληθώρα της βιβλιογραφίας, η κριτική στο DSM-5 γίνεται σε οποιαδήποτε πτυχή του νέου εγχειριδίου. Ακόμα και σε αυτά που θα μπορούσαν να αποτελέσουν βελτιώσεις των περιορισμών του DSM-IV, η κριτική δεν λείπει. Προβληματισμοί εγείρονται επίσης σχετικά με ενδεχόμενους οικονομικούς δεσμούς της συγκρότησης του DSM με τις φαρμακευτικές εταιρείες, την κατευθυνόμενη από οικονομικά συμφέροντα έρευνα και την αύξηση στη χορήγηση ψυχοφαρμάκων σε ενήλικες και παιδιά (Cooper, 2014). Επιπρόσθετα, η κριτική αφορά στην αξιοπιστία των δοκιμών πεδίου κατά την διαδικασία συγκρότησης του DSM-5, στους στόχους του και αν θα είναι εφικτή η επίτευξη τους και στο πώς θα επηρεάσουν οι αλλαγές την έρευνα, την κλινική πρακτική και τους δέκτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μεγάλο μέρος της κριτικής στο DSM αφορά την πιθανή διεύρυνση της ταξινόμησης. Όταν μία νέα διάγνωση συμπεριλαμβάνεται στο DSM ή μία υπάρχουσα κατηγορία επεκτείνεται, περισσότεροι άνθρωποι μπορεί θεωρηθεί ότι πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (Aragona, 2014. Cooper, 2014).

Γίνεται κατανοητό πως η αναθεώρηση του DSM αποτέλεσε μία μακρόχρονη και κοπιώδη διαδικασία. Οι προσδοκίες της επιστημονικής κοινότητας, βάσει των στόχων που τέθηκαν κατά την αναθεώρηση του DSM, είναι υψηλές και η κάθε τροποποίηση του εγχειριδίου επιδέχεται κριτικής ως προς τις εκτιμώμενες συνέπειες στην κλινική διάγνωση. Οι αλλαγές στο DSM που παρατίθενται στη συνέχεια, έχουν κοινή βάση,

αλληλοεπηρεάζονται και εξαρτώνται μεταξύ τους συγκλίνοντας προς ένα κοινό στόχο. Αρχικά αναφέρονται οι κύριες αλλαγές στην οργάνωση και τη δομή του εγχειριδίου οι οποίες αντανakλούν αλλαγές στο προσανατολισμό της διαγνωστικής διαδικασίας καθώς και η κριτική που τις συνοδεύει. Στη συνέχεια, παρατίθενται οι κύριες αλλαγές στις διαγνωστικές κατηγορίες και επιχειρείται η διερεύνηση των συνεπειών που αυτές θα επιφέρουν.

### 3.ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟ DSM-5

Η οργάνωση και διάταξη του εγχειριδίου διαφέρουν κατά πολύ σε σχέση με το DSM-IV. Το DSM-5 χωρίζεται σε τρεις ενότητες και υπάρχει νέα οργάνωση των διαγνωστικών κατηγοριών. Στην Ενότητα I, περιλαμβάνεται μία εισαγωγή για τα βασικά χαρακτηριστικά του DSM-5 και του τρόπου χρησιμοποίησής του. Στην Ενότητα II βρίσκονται τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών και την κωδικοποίησή τους. Η Ενότητα III περιλαμβάνει διαστατικά εργαλεία αξιολόγησης, την πολιτισμική εκτίμηση και τις μεθόδους αξιολόγησής της, ένα προτεινόμενο εναλλακτικό μοντέλο για τις διαταραχές της προσωπικότητας και τέλος, τις συνθήκες που χρίζουν περαιτέρω έρευνας (APA, 2013).

Όπως αναφέρεται στο DSM-5, η αναθεώρηση της οργάνωσης του εγχειριδίου αποτελεί μία διαγνωστική μεταρρύθμιση που θα μπορεί να καθοδηγείται από την προκύπτουσα επιστημονική απόδειξη για τις σχέσεις μεταξύ των διαταραχών και για το πώς θα πρέπει να ομαδοποιηθούν για να αντιπροσωπεύουν κοινές υποκείμενες αιτίες. Τα μέλη των ομάδων αναθεώρησης του DSM-5, εξέτασαν το βαθμό στον οποίο ορισμένοι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε νέες ομαδοποιήσεις κάποιων διαταραχών. Οι παράγοντες για το σκοπό αυτό ήταν: τα κοινά νευρωνικά υποστρώματα, τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, οι βιολογικοί δείκτες, οι γενετικοί παράγοντες κινδύνου, οι ειδικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, οι διαταραχές του συναισθήματος ή της γνωστικής επεξεργασίας, η ομοιότητα συμπτωμάτων, η πορεία της ασθένειας, η υψηλή συννοσηρότητα, και η κοινή ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι δείκτες αυτοί χρησίμευσαν ως εμπειρικές κατευθυντήριες γραμμές για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων από τις Ομάδες Εργασίας, για το πώς να συγκεντρωθούν οι διαταραχές ώστε να μεγιστοποιήσουν την εγκυρότητά τους και την κλινική τους χρησιμότητα. Με την αναδιάταξη και ομαδοποίηση των διαταραχών, ενθαρρύνεται η εμφάνιση νέων κλινικών προοπτικών και ο εντοπισμός των ψυχολογικών και φυσιολογικών παραγόντων που δεν δεσμεύονται από αυστηρές κατηγορικές προσεγγίσεις (APA, 2013). Η νέα διάταξη των διαγνωστικών κατηγοριών έχει ως εξής:

- Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (Neurodevelopmental Disorders)
- Διαταραχές Φάσματος της Σχιζοφρένειας και άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders)
- Διπολική και Σχετικές Διαταραχές (Bipolar and Related Disorders)
- Καταθλιπτικές Διαταραχές (Depressive Disorders)
- Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders)
- Ιδεοψυχαναγκαστική και Σχετικές Διαταραχές (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)
- Διαταραχές Σχετιζόμενες με Τραύμα και Στρες (Trauma- and Stressor-Related Disorders)
- Αποσυνδετικές/Διασχιστικές Διαταραχές (Dissociative Disorders)
- Σωματόμορφες και Σχετικές Διαταραχές (Somatic Symptom and Related Disorders)
- Διατροφικές Διαταραχές (Feeding and Eating Disorders)
- Διαταραχές Ύπνου-Αφύπνισης (Sleep-Wake Disorders)
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Sexual Dysfunctions)
- Δυσφορία Φύλου (Gender Dysphoria)
- Σχετιζόμενες με Ουσίες και Εθισμό Διαταραχές (Substance-Related and Addictive Disorders)
- Νευρογνωστικές Διαταραχές (Neurocognitive Disorders)
- Διαταραχές Προσωπικότητας (Personality Disorders)
- Παραφιλικές Διαταραχές (Paraphilic Disorders)
- Άλλες Συνθήκες Εστίασης της Κλινικής Προσοχής (Other Conditions that May be the Focus of Clinical Attention)

Η αναθεωρημένη δομή των κεφαλαίων προέκυψε από την πρόσφατη έρευνα στις νευροεπιστήμες και τις αναδύομενες γενετικές σχέσεις μεταξύ των διαγνωστικών ομάδων. Γενετικοί και φυσιολογικοί παράγοντες κινδύνου και προγνωστικοί δείκτες, επισημαίνονται στο κείμενο που συνοδεύει τις διαταραχές. Η νέα αυτή δομή, θα βελτιώσει την ικανότητά των ειδικών να εξάγουν διαγνώσεις σε ένα φάσμα διαταραχής που βασίζεται σε κοινούς παράγοντες γενετικής ευπάθειας και περιβαλλοντικής έκθεσης (APA, 2013).

### **3.1.Ορισμός της ψυχικής διαταραχής**

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφοριστικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή μοτίβο που συμβαίνει σε ένα άτομο και συνδέεται με υπάρχουσα δυσχέρεια (π.χ., επώδυνο σύμπτωμα) ή αναπηρία (π.χ., βλάβη σε ένα ή περισσότερους σημαντικούς τομείς λειτουργίας) ή με ένα σημαντικό αυξημένο κίνδυνο θανάτου, πόνου, αναπηρίας, η σημαντικής απώλειας της ελευθερίας. Επιπλέον, το σύνδρομο αυτό ή μοτίβο, δεν πρέπει να είναι απλώς μία αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή απόκριση σε ένα γεγονός, όπως για παράδειγμα ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Ανεξαρτήτως της αρχικής αιτίας θα πρέπει επί του παρόντος να θεωρείται ως εκδήλωση μίας συμπεριφοριστικής, ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας του ατόμου. Τέλος, ούτε η αποκλίνουσα συμπεριφορά (π.χ., πολιτική, θρησκευτική ή σεξουαλική), ούτε οι συγκρούσεις μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας θεωρούνται ψυχικές διαταραχές, εκτός από περιπτώσεις όπου αυτές αποτελούν σύμπτωμα μίας δυσλειτουργίας του ατόμου (APA, 2000).

Στο DSM-5 κάθε διαταραχή θα πρέπει να πληροί τον ορισμό της ψυχικής διαταραχής. Η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διαταραχή στη γνωστική λειτουργία, τη ρύθμιση του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς ενός ατόμου, που αντανακλά μία δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές, ή αναπτυξιακές διεργασίες που υπόκεινται στη διανοητική λειτουργία. Οι



ψυχικές διαταραχές συνήθως συνδέονται με σημαντική δυσφορία ή αναπηρία σε κοινωνικές, επαγγελματικές ή άλλες σημαντικές δραστηριότητες. Μία αναμενόμενη ή πολιτιστικά αποδεκτή απόκριση, σε ένα κοινό στρεσογόνο παράγοντα ή μία απώλεια, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή. Η κοινωνικά αποκλίνουσα συμπεριφορά (π.χ., πολιτική, θρησκευτική ή σεξουαλική) και οι συγκρούσεις μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας δεν είναι ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν είναι αποτελέσματα κάποιας δυσλειτουργίας στο άτομο, όπως περιγράφεται παραπάνω (APA, 2013).

Σύμφωνα με τον Lacasse (2014), ο νέος ορισμός για την ψυχική διαταραχή είναι ασαφής και δεν προσφέρει ακριβή όρια για τη διαφοροποίηση μεταξύ φυσιολογικού και ψυχικής διαταραχής, ενώ το DSM ορίζει τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διαταραχές χωρίς να προσδιορίζει ακριβώς το τι είναι η ψυχική διαταραχή. Ο Jacobs (2014), αναφέρει ότι ο νέος ορισμός στερείται περιεχομένου. Ο Wakefield (2013a), επισημαίνει ότι ο ορισμός της ψυχικής διαταραχής, έχει διατυπωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίσει την ψυχιατρική ως τμήμα της ιατρικής, καθώς ο χαρακτηρισμός μίας κατάστασης ως ψυχική διαταραχή σημαίνει ότι κάποια ψυχολογική διαδικασία ή μηχανισμός δεν λειτουργεί με τον τρόπο που έχει σχεδιαστεί βιολογικά να λειτουργεί, καθιστώντας την έννοια της ψυχικής διαταραχής όμοια με την έννοια της ιατρικής διαταραχής.

### **3.2.Πολυαξονικό σύστημα**

Το πολυαξονικό σύστημα εντάχθηκε για πρώτη φορά στο DSM-III και σχεδιάστηκε ειδικά για να εστιάσει την προσοχή του κλινικού σε διαφορετικές περιοχές, παρέχοντας μία πολύ-παραγοντική και σφαιρική εικόνα των ψυχικών διαταραχών (Fischer, 2012). Η διάγνωση στο πολυαξονικό σύστημα γίνεται σε άξονες που αναφέρονται σε διαφορετικό πεδίο πληροφοριών, παρέχοντας πολύπλευρη εκτίμηση. Το πολυαξονικό σύστημα, προσέφερε πλήρη και συστηματική αξιολόγηση, εστιάζοντας σε

ψυχικές διαταραχές και σωματικές καταστάσεις, στα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα και όχι στην εκτίμηση ενός μόνο προβλήματος (APA, 1980). Προσέφερε ακόμα, ένα σύστημα οργάνωσης των πολύπλοκων κλινικών καταστάσεων αλλά και των ατομικών διαφορών. Είχε επίσης στόχο, την προώθηση και εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στον εκπαιδευτικό, κλινικό και ερευνητικό τομέα. Στο DSM-IV-TR (APA, 2000), περιλαμβάνονταν οι παρακάτω πέντε άξονες:

Άξονας I: Κλινικές Διαταραχές.

Άλλες Καταστάσεις που Μπορεί να Αποτελέσουν Εστία Κλινικής Προσοχής.

Άξονας II: Διαταραχές της Προσωπικότητας.

Νοητική Καθυστέρηση.

Άξονας III: Γενικές Σωματικές Καταστάσεις.

Άξονας IV: Ψυχοκοινωνικά και Περιβαλλοντικά Προβλήματα.

Άξονας V: Σφαιρική Εκτίμηση της Λειτουργικότητας.

Στον Άξονα I περιλαμβάνονται οι διαταραχές ή καταστάσεις της Ταξινόμησης εκτός των Διαταραχών της Προσωπικότητας και της Νοητικής Καθυστέρησης, οι οποίες βρίσκονται στον Άξονα II, καθώς και Άλλες Καταστάσεις που Μπορεί να Αποτελέσουν Εστία Κλινικής Προσοχής. Ο Άξονας II μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση βασικών δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και αμυντικών μηχανισμών. Το να εντάσσονται οι Διαταραχές Προσωπικότητας και η Νοητική Καθυστέρηση σε ξεχωριστό άξονα, εξασφαλίζει τη διερεύνηση ενδεχόμενων χρόνιων καταστάσεων που σε άλλη περίπτωση θα μπορούσαν να παραβλεφθούν λόγω εστιασμένης προσοχής στις διαταραχές του Άξονα I, χωρίς αυτό να σημαίνει πως οφείλονται αναγκαστικά σε διαφορετική παθογένεια ή ότι χρίζουν διαφορετικής θεραπείας, αλλά και την προώθηση της έρευνας (Trestman, 2014). Η διάκριση των σωματικών καταστάσεων γίνεται για την εξασφάλιση πληρότητας στην διάγνωση, και για την ύπαρξη κοινού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των ειδικών, καθώς διάφορες σωματικές καταστάσεις αποτελούν συχνά αιτιολογικούς παράγοντες ανάπτυξης ή

επιδείνωσης μίας ψυχικής διαταραχής. Στον Άξονα V γίνεται μία σφαιρική εκτίμηση του ειδικού για το γενικό επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου, με τη χρήση της Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (ΣΕΛ), ώστε να σχεδιαστεί ανάλογα η πορεία της θεραπείας και να προβλεφθεί η έκβασή της. Στο DSM-IV-TR παρατίθεται εναλλακτικός τρόπος κλινικής διάγνωσης και εκτίμησης καθώς η χρησιμοποίηση του πολυαξονικού συστήματος δεν είναι αναγκαστική (APA, 2000).

Η χρησιμότητα και αξιοπιστία του πολυαξονικού συστήματος έχει κατά καιρούς αμφισβητηθεί (Kress, Barrio Minton, Adamson, Paylo, & Pope, 2014), όπως και το γεγονός ότι προϋποθέτει πως οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν διακριτά διαφορετικές κατηγορίες. Υποστηρίζεται ακόμα, πως υπάρχει ασαφής διάκριση μεταξύ του Άξονα I και του Άξονα II, ενώ η πολυαξονική διάγνωση στερείται εννοιολογικής αυστηρότητας (Leigh, 2009). Στους νέους στόχους που θέτει το DSM-5 η κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος συμβαδίζει με τις υπόλοιπες τροποποιήσεις του εγχειριδίου (APA, 2013). Σύμφωνα με το DSM-5, παρά την ευρεία χρήση και την έγκρισή του από ορισμένες ασφαλιστικές και κυβερνητικές υπηρεσίες, το πολυαξονικό σύστημα στο DSM-IV δεν ήταν υποχρεωτικό στη διαδικασία της ψυχιατρικής διάγνωσης (APA, 2013). Το DSM-5, έχει υιοθετήσει μία μη αξονική διαγνωστική μέθοδο (πρώην Άξονες I, II και III), με ξεχωριστούς συμβολισμούς για σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς και σχετικούς παράγοντες (πρώην Άξονας IV) και την αναπηρία (πρώην Άξονας V). Η αναθεώρηση αυτή είναι σύμφωνη με τη θέση του DSM –IV: «Η πολυαξονική διάκριση μεταξύ των διαταραχών των Αξόνων I, II και III δεν σημαίνει ότι υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές στην σύλληψη τους, ότι οι ψυχικές διαταραχές έχουν σχέση με φυσικούς ή βιολογικούς παράγοντες ή διαδικασίες, ή ότι οι γενικές ιατρικές καταστάσεις είναι άσχετες με τη συμπεριφορά ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ή διαδικασίες». Η προσέγγιση αυτή, όπου γίνεται διαχωρισμός μεταξύ ψυχοκοινωνικών και γενικότερων παραγόντων είναι συμβατή με τη προσέγγιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του ICD όπου εξετάζεται το λειτουργικό επίπεδο του ατόμου χωριστά από τη διαγνώσεις και τα συμπτώματά του (APA, 2013).

Στην 5<sup>η</sup> έκδοση του DSM, ο Άξονας III έχει συνδυαστεί με τους άξονες I και II και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να συνεχίσουν να καταγράφουν τις ιατρικές καταστάσεις που είναι απαραίτητες για την κατανόηση και διαχείριση της

ψυχικής διαταραχής ενός ατόμου (APA, 2013). Η αλλαγή αυτή, καταργεί τη διάκριση μεταξύ κλινικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και της διανοητικής αναπηρίας και ενδέχεται να συμβάλει στη μείωση του στιγματισμού που συχνά συνοδεύει τις διαταραχές προσωπικότητας (Kress και συν., 2014).

Σύμφωνα με τον Wakefield (2013b), οι διαταραχές του Άξονα III πλέον αναφέρονται ως επιπρόσθετες διαγνώσεις ανάλογα με την περίπτωση ενώ οι διαταραχές προσωπικότητας του Άξονα II και η διανοητική αναπηρία (πρώην νοητική υστέρηση) μετακινήθηκαν στις κύριες διαταραχές και αναφέρονται απλά ως κύριες ή επιπρόσθετες διαγνώσεις. Συνεπώς, υπάρχει κάποια ελπίδα ότι η μεταφορά των διαταραχών της προσωπικότητας στην κατηγορία των κύριων διαταραχών θα μπορούσαν να καταστήσουν πιο δύσκολο για τις ασφαλιστικές εταιρείες να αρνηθούν την κάλυψη για τις διαταραχές αυτές, καθώς ορισμένες, χρησιμοποιούσαν το διαφορετικό καθεστώς των διαταραχών του άξονα II για να διαπραγματευτούν τη δυνατότητα επιστροφής χρημάτων (Wakefield, 2013b).

Στον Άξονα IV αναφέρονταν τα ψυχοκοινωνικά και τα περιβαλλοντικά προβλήματα που μπορούσαν να επηρεάσουν τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών. Αν και αυτός ο άξονας παρείχε χρήσιμες πληροφορίες, ακόμη και αν δεν χρησιμοποιούταν τόσο συχνά, η ομάδα σύστασης του DSM-5 συνέστησε ότι το DSM-5 δεν θα πρέπει να αναπτύξει δική του ταξινόμηση για τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα, αλλά να χρησιμοποιήσει τους κώδικες του ICD-9 και του ICD-IO (APA, 2013). Η αλλαγή αυτή μπορεί να φανεί ουσιαστικά χρήσιμη για τους κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς οι περιβαλλοντικοί παράγοντες θα αποτελούν πλήρεις διαγνώσεις και όχι πρόσθετους παράγοντες εκτός της διάγνωσης (Wakefield, 2013b).

Ο Άξονας V εμπεριείχε τη ΣΕΛ που αντιπροσώπευε την κρίση του ειδικού για το συνολικό επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου σε ένα υποτιθέμενο συνεχές ψυχικής υγείας και ασθένειας. Η ΣΕΛ απορρίφθηκε στο DSM-5 για διάφορους λόγους, όπως η έλλειψη εννοιολογικής σαφήνειας στις περιγραφές των συμπτωμάτων και η έλλειψη σαφών ψυχομετρικών αποτελεσμάτων. Προκειμένου να υπάρχει ένα μέσο ολικής μέτρησης της αναπηρίας του ατόμου, περιλαμβάνεται η Κλίμακα Εκτίμησης της Αναπηρίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στο DSM-5 η οποία βασίζεται στο

σύστημα Διεθνής Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (APA, 2013).

Η κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος σε συνδυασμό με το σύνολο των αλλαγών στο DSM-5 συγκλίνει στην προσπάθεια απόδοσης κάποιων ψυχικών διαταραχών σε βιολογικά αίτια, δίνοντας έμφαση στην αλληλεξάρτηση μεταξύ ψυχικών και σωματικών διαταραχών (Kress και συν., 2014). Σύμφωνα με τον Wakefield (2013b), ο λόγος κατάργησης του πολυαξονικού συστήματος δεν είναι η μικρή συχνότητα χρησιμοποίησής του, όπως υποστηρίζει η ομάδα σύστασης του DSM-5, αλλά η προσπάθεια να προσεγγίσει η ψυχιατρική την γενική ιατρική καθώς και ο συντονισμός του DSM-5 με το ICD. Δεδομένου ότι η γενική ιατρική δεν χρησιμοποιεί κάποιο επίσημο πολυαξονικό σύστημα, η ψυχιατρική φαινόταν να αποκλίνει. Ακόμα επισημαίνει, ότι οι Άξονες I, II και III περιλαμβάνουν κύριες διαγνώσεις που μπορούν να αναφερθούν σε μία γενική ιατρική διάγνωση, και οι άλλοι δύο άξονες είναι βοηθητικοί, καθιστώντας την ψυχιατρική διάγνωση παράλληλη με την ιατρική. Στη συνέχεια, συμφωνεί για το κίνητρο συντονισμού με το ICD στο οποίο γίνεται διαχωρισμός μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και διάγνωσης διαταραχών για να αποφευχθεί η παρερμηνεία διαπολιτισμικών διαφορών ως διαταραχή. Καταλήγει πως το DSM και το ICD, δεν μπορούν να εξαλείψουν πλήρως τον ρόλο των κοινωνικών παραγόντων από τα διαγνωστικά κριτήρια καθώς συχνά δεν υπάρχει άλλος τρόπος κατανόησης μίας διαταραχής.

Η μη αξονική προσέγγιση του DSM-5 εγείρει προβληματισμούς για ενδεχόμενο παραγκωνισμό της ολιστικής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας (Probst, 2014), ενώ από την άλλη μεριά, εκλαμβάνεται ως ευκαιρία για αναμόρφωση της διαγνωστικής διαδικασίας (Kress και συν., 2014)

Η κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος και η εισαγωγή των διαστατικών διαγνωστικών μεθόδων που αναφέρονται στη συνέχεια, αποτελούν κύριες διαρθρωτικές αλλαγές στο νέο εγχειρίδιο οι οποίες επαναπροσδιορίζουν την διαδικασία της κλινικής διάγνωσης.

### 3.3. Από την κατηγορική στη διαστατική προσέγγιση

Η δημιουργία σαφών κατηγορικών ορισμών στο DSM-III ήταν μία σημαντική αλλαγή για την ταξινόμηση της ψυχικής ασθένειας, με θετικές συνέπειες τόσο για την κλινική πρακτική όσο και για την επιστήμη των ψυχικών διαταραχών. Μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας διαπραγματεύεται τα τελευταία χρόνια τους περιορισμούς της κατηγορικής προσέγγισης και τα οφέλη της διαστατικής. Με την εξέλιξη της επιστημονική γνώσης, γίνεται εμφανής ο περιοριστικός χαρακτήρας της κατηγορικής ταξινόμησης σε πολλές περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών (Helzer, Wittchen, Kueger, & Kraemer, 2008). Πολλά χρόνια πριν την έκδοση του DSM-5 προτείνεται να ακολουθήσει το διαγνωστικό εγχειρίδιο την διαστατική προσέγγιση. Η Kraemer (2007), μάλιστα, θεωρεί ότι η διαστατική προσέγγιση μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις δε έχει κάτι να προσφέρει.

Το DSM-IV-TR ακολουθεί κατηγορική ταξινόμηση, όπου η κάθε ψυχική διαταραχή αποτελεί διακριτή οντότητα σύμφωνα με καθορισμένα χαρακτηριστικά και με ομοιογενείς πληθυσμούς που εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα (Jones, 2012). Μία κατηγορηματική προσέγγιση καταλήγει, ανάλογα με τα κριτήρια, στο συμπέρασμα ότι ένα άτομο είτε έχει είτε όχι μία διαταραχή. Η ταξινόμηση σε κατηγορίες αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ανθρώπινης σκέψης και της καθημερινής ομιλίας. Επίσης έχει παραδοσιακά θεωρηθεί ότι οι περισσότερες ασθένειες, ιατρικές και ψυχικές, είναι διακριτές οντότητες και διαχωρίζονται από την κανονικότητα, με βάση εμφανή διακριτά συμπτώματα ή συγκεκριμένη αιτιολογία (Rounsaville, Alarcón, Andrews, Jackson, Kendell, & Kendler, 2002).

Η κατηγορική ταξινόμηση λειτουργεί αποτελεσματικά, όταν όλα τα μέλη μίας διαγνωστικής κατηγορίας είναι ομοιογενή και όταν υπάρχουν σαφή όρια μεταξύ των κατηγοριών (APA, 2000). Ωστόσο, η κατηγορική ταξινόμηση, έχει και περιορισμούς καθώς όπως αναφέρεται στο DSM-IV-TR, δεν υπάρχει καμία παραδοχή ότι κάθε ψυχική διαταραχή αποτελεί μία σαφώς διακριτή και με απόλυτα όρια κατηγορία, ούτε όμως και όλα τα άτομα που έχουν την ίδια διαταραχή εμφανίζουν όμοια χαρακτηριστικά (APA, 2000). Στο DSM-IV-TR η κάθε διάγνωση θεωρείται κατηγορικά ξεχωριστή από την υγεία ή από άλλες διαγνώσεις με αποτέλεσμα να μην γίνονται αντιληπτά τα κοινά

συμπτώματα και οι παράγοντες κινδύνου που μοιράζονται πολλές διαταραχές και είναι εμφανή σε μελέτες συννοσηρότητας (APA, 2013).

Η διαστατική προσέγγιση επισημαίνει το βαθμό στον οποίο μία διαταραχή είναι παρούσα και καθιστά σαφές ότι το άτομο μπορεί να ποικίλει αναφορικά με την ηλικία έναρξης της διαταραχής, τη συμπτωματολογία, την σοβαρότητα, το βαθμό δυσλειτουργίας και την έκβαση της θεραπείας. Ανάλογα, όταν η διαταραχή δεν είναι παρούσα, τα άτομα μπορεί να διαφέρουν στην ευαισθησία σε μία διαταραχή, και μπορεί να εκφράσουν κάποια συμπτώματα σε ορισμένο βαθμό. Μία διαταραχή είναι σημαντικά ποιοτικά διαφορετική από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή και από τη φυσιολογική λειτουργία (Kraemer, Noda, & O'Hara, 2004). Στη διαστατική προσέγγιση, το άτομο μπορεί να τοποθετηθεί σε ένα συνεχές μεταξύ κανονικότητας και διαταραχής. Οι διαστάσεις αναφέρονται στη συχνότητα, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τα ατομικά γνωρίσματα και τις αδυναμίες του ατόμου, όπου δεν υπάρχουν σαφή όρια και το άτομο δεν κατηγοριοποιείται σε μία διαταραχή αλλά αξιολογείται στο κατά πόσο εμφανίζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σε ορισμένο βαθμό (Corcoran, & Walsh, 2006).

Η κατηγορική προσέγγιση είναι προβληματική, εφόσον χρησιμοποιούνται διακριτές κατηγορίες για να ταξινομηθούν συμπεριφορές που εμφανίζουν ωστόσο διαρκή κατανομή, με αποτέλεσμα οι ειδικοί να καταλήγουν σε αυθαίρετες αποφάσεις με διαγνωστική ασυμφωνία, διαγνωστική επικάλυψη, και φτωχή εγκυρότητα (Livesley, 2003). Η κριτική στην κατηγορική προσέγγιση αφορά, εκτός των άλλων, στη συννοσηρότητα, τις διαφωνίες σχετικά με τα όρια μεταξύ των κατηγοριών και την υπερβολική χρήση των ΜΠΑ διαγνώσεων (APA, 2013).

Η συννοσηρότητα αναφέρεται στην συνύπαρξη πολλαπλών διαγνώσεων ή παθολογικών καταστάσεων στο ίδιο άτομο. Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες έχουν δείξει πολύ υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας των διαταραχών (APA, 2013. Jones, 2012). Η συννοσηρότητα μεταξύ των διαταραχών είναι κοινή και αντανακλά την ανικανότητα του συστήματος ταξινόμησης να απεικονίσει την πολυπλοκότητα των συνδρόμων. Συχνά, πολλά άτομα έχουν συνδυασμούς συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και σωματόμορφων ή διασχιστικών συμπτωμάτων (Pincus, McQueen, & Elinson, 2003). Οι διαφωνίες σχετικά με τα όρια μεταξύ των κατηγοριών, αφορούν στα χαρακτηριστικά των διαταραχών τα οποία κατανέμονται συνεχώς, και αποτελούν συχνό πρόβλημα στη

διάγνωση με κατηγορική ταξινόμηση (Kraemer, και συν., 2004). Οι προηγούμενες εκδόσεις του DSM επικεντρώθηκαν στον προσδιορισμό ομοιογενών πληθυσμών για τη θεραπεία και την έρευνα και στην αποφυγή των ψευδώς θετικών διαγνώσεων, το να θεωρηθεί δηλαδή πως ένα άτομο έχει μία διαταραχή όταν αυτό δεν ισχύει. Αποτέλεσμα ήταν αυστηρά οριοθετημένες κατηγορίες, όπως προκύπτει από την ευρεία χρήση των ΜΠΑ διαγνώσεων, που δεν αντικατοπτρίζουν την ετερογένεια των συμπτωμάτων εντός των διαταραχών, αλλά και τη σημαντική ανταλλαγή των συμπτωμάτων μεταξύ διάφορων διαταραχών (APA, 2013). Οι ΜΠΑ διαγνώσεις γίνονται στις περιπτώσεις όπου δεν πληρούνται τα κριτήρια μίας συγκεκριμένης διαγνωστικής κατηγορίας και δεν προτιμώνται καθώς δεν παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την περιγραφή ενός κλινικού περιστατικού και το σχεδιασμό της θεραπείας (Gintner, 2014).

Ο προσανατολισμός προς την διαστατική προσέγγιση ξεκινά από την παραδοχή ότι ένα οριοθετημένο κατηγορικό σύστημα δεν αντικατοπτρίζει τα συμπεράσματα την κλινικής εμπειρίας και της επιστημονικής έρευνας, ενώ η διαστατική προσέγγιση δύναται να επιτρέψει μία ακριβέστερη περιγραφή της εικόνας των ασθενών αυξάνοντας την εγκυρότητα της διάγνωσης (APA, 2013). Παρά το ότι κάποιες διαταραχές μπορεί να έχουν καθορισμένα όρια γύρω από ομάδες συμπτωμάτων, η επιστημονική έρευνα αποδεικνύει ότι πολλές διαταραχές που σχετίζονται στενά και έχουν κοινά συμπτώματα, κοινούς γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, και ενδεχομένως κοινά νευρωνικά υποστρώματα, μπορούν να τοποθετηθούν σε ένα φάσμα καθώς δεν υπάρχουν, όπως αρχικά είχε υποθεθεί, σαφή όρια (APA, 2013). Μελέτες στη σχιζοφρένεια για παράδειγμα, δείχνουν ότι η διαστατική προσέγγιση υπερισχύει της κατηγορικής, σε κλινική χρησιμότητα και προγνωστική δυνατότητα (Möller, 2009).

Η σχιζοφρένεια μπορεί να αποτελέσει ένα φάσμα, καθώς συνδυάζονται πολλαπλοί γονιδιακοί παράγοντες και περιβαλλοντικοί με αποτέλεσμα την ευρεία κλινική εικόνα και σοβαρότητα της κάθε περίπτωσης (Tsuang, Stone, Tarbox, & Faraone, 2003). Στο DSM-5 οι διαφορετικοί τύποι σχιζοφρένειας έχουν καταργηθεί, και περιλαμβάνεται στο εγχειρίδιο, μία διαστατική προσέγγιση για την κατάταξη της σοβαρότητας των βασικών συμπτωμάτων, ώστε να καταγράψει τη σημαντική ετερογένεια στο είδος και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που εκφράζονται στα άτομα με ψυχωσικές διαταραχές (APA, 2013).



Η διαστατική ταξινόμηση μπορεί να συμβάλει στο να ξεπεραστούν προβλήματα που δημιουργούνται όταν ασθενείς πληρούν τα κριτήρια για δύο ή περισσότερες κατηγορίες διαταραχών ταυτόχρονα, ή ξεπερνούν το όριο μεταξύ δύο γειτονικών κατηγοριών και θα μειωθεί ακόμα ο κίνδυνος στρέβλωσης της κλινικής εικόνας του ατόμου ώστε να ταιριάζει σε μία κατηγορία (Rounsaville, και συν., 2002). Επιπρόσθετα, η πληρότητα των πληροφοριών στην οποία συντελεί, μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση, το σχεδιασμό και την παρακολούθηση της θεραπείας (Jones, 2012). Μπορεί ακόμα να εξασφαλίσει την πληρότητα των πληροφοριών που χρειάζεται να έχουν οι ειδικοί ψυχικής υγείας ώστε να διαμορφώνουν μία ρεαλιστική εικόνα των ψυχικών διαταραχών (Rounsaville, και συν., 2002).

Η Kraemer (2007), υποστήριζε ότι κάθε κατηγορηματική διάγνωση μπορεί να γίνει διαστατική, προσθέτοντας δείκτες όπως η σοβαρότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων, ο βαθμός δυσλειτουργίας του ατόμου, η ύπαρξη ή όχι πολλαπλών διαγνώσεων, με τρόπο που δε θα αποκλίνει από το κατηγορικό σύστημα διάγνωσης του DSM. Η υπόθεση ότι μία διαταραχή είναι είτε κατηγορηματική ή διαστατική είναι εσφαλμένη, καθώς στην πραγματικότητα είναι και τα δύο και αυτό που διαπραγματεύεται είναι το πότε η διάγνωση θα πρέπει να είναι κατηγορική και πότε διαστατική (Kraemer, και συν., 2004).

Όπως αναφέρεται στο νέο εγχειρίδιο, ο μεγάλος αριθμός στενών διαγνωστικών κατηγοριών προκάλεσε προβλήματα στην κλινική πρακτική αλλά και την έρευνα. Οι μελέτες συνοσηρότητας αλλά και η ευρεία χρήση των ΜΠΑ διαγνώσεων, που απαντώνται συχνά στις διαταραχές προσωπικότητας, τις διατροφικές διαταραχές αλλά και τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, οδήγησαν σε ανάλογα συμπεράσματα. Παράλληλα, μελέτες γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου είτε σε μελέτες διδύμων και κληρονομικότητας είτε σε μελέτες μοριακής ανάλυσης, προκάλεσαν αμφιβολίες για την κατηγορική ταξινόμηση καθώς τα όρια μεταξύ πολλών διαταραχών αποδεικνύονται ρευστά κατά τη διάρκεια της ζωής και πολλά συμπτώματα απαντώνται σε περισσότερες διαταραχές σε διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας (APA, 2013).

Κατά τη διαδικασία αναθεώρησης, του DSM-5 η ομάδα σύστασης του εγχειριδίου πρότεινε τη διαστατική αξιολόγηση για σχεδόν κάθε διαταραχή στο εγχειρίδιο. Μετά την έντονη ανησυχία σχετικά με αμφίβολα ψυχομετρικά δεδομένα, το

DSM-5 παρέμεινε κατηγορικό σύστημα, με πρόσθετες ωστόσο διαστατικές προσεγγίσεις και σχετικές αλλαγές στις διαταραχές (APA, 2013. Dailey, Gill, Karl, & Barrio-Minton, 2014). Παρά τους περιορισμούς του κατηγορικού συστήματος η ομάδα σύστασης του DSM αναγνωρίζει ότι εναλλακτικοί διαστατικοί ορισμοί για τις περισσότερες διαταραχές δεν μπορούν ακόμα να εφαρμοστούν. Η έντυπη έκδοση του DSM-5 ωστόσο περιλαμβάνει ένα δείγμα διαστατικής αξιολόγησης της ψύχωσης και την ανατύπωση του WHODAS 2.0. Τα περισσότερα προτεινόμενα εργαλεία αξιολόγησης δεν περιλαμβάνονται στην έντυπη έκδοση του εγχειριδίου, αλλά στην ιστοσελίδα για το DSM-5 (<http://www.psychiatry.org/dsm5>) είναι διαθέσιμες διαστατικές αξιολογήσεις για τα συμπτώματα, τη βαρύτητα ορισμένων διαταραχών και την πορεία της διαταραχής. Τα εργαλεία αυτά, αποτελούνται από διατομεακές μετρήσεις κοινών συμπτωμάτων στις περισσότερες διαταραχές και από ειδικές μετρήσεις συγκεκριμένων διαταραχών (APA, 2013. Dailey, και συν., 2014).

Όπως αναφέρεται στο DSM-5 το φάσμα των γενετικών και περιβαλλοντικών αλληλεπιδράσεων κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ανάπτυξης που επηρεάζουν τη γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική λειτουργία είναι σχεδόν απεριόριστο, με αποτέλεσμα, οι διαγνωστικές κατηγορίες να είναι αδύνατο να συλλάβουν το πλήρες φάσμα της ψυχοπαθολογίας, καθιστώντας επομένως αναγκαίο να συμπεριληφθούν δείκτες όπως αλλιώς προσδιοριζόμενη ή απροσδιόριστη διαταραχή, για περιπτώσεις διαταραχών που δεν εμπίπτουν στα διαγνωστικά όρια των διαταραχών. Παράλληλα, στο DSM-5 περιλαμβάνονται νέοι υπότυποι και προσδιοριστές για τα χαρακτηριστικά των διαταραχών, τη βαρύτητα, την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, στις περιπτώσεις όπου πληρούνται τα κριτήρια των κατηγοριών. Σχετικές αλλαγές αποτελούν η διαστατική προσέγγιση ορισμένων διαταραχών, όπως στην περίπτωση της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού, τις διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, τις διαταραχές χρήσης ουσιών, τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες, και τις σωματόμορφες και σχετικές διαταραχές (APA, 2013).

Σε προηγούμενες εκδόσεις του DSM έχουν προσδιοριστεί τα οφέλη της διαστατικής προσέγγισης στις διαταραχές προσωπικότητας, ωστόσο δεν έχει γίνει αποδεκτή η μετάβαση από τη κατηγορική ταξινόμηση σε μία προσέγγιση βασισμένη στην κατανομή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Στο DSM-5, οι διαταραχές

προσωπικότητας είναι σχεδόν αμετάβλητες, παρατίθεται όμως ένα εναλλακτικό μοντέλο, ώστε να καθοδηγήσει τη μελλοντική έρευνα, το οποίο χωρίζει τις εκτιμήσεις της διαπροσωπικής λειτουργίας και την έκφραση παθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε έξι συγκεκριμένες διαταραχές και προτείνεται μία διαστατική προσέγγιση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (APA,2013).

Η διαστατική προσέγγιση υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας, η υιοθέτησή της όμως από το DSM-5, έχει τόσο υποστηρικτές όσο και επικριτές. Ο First (2010), υποστηρίζει ότι η απόφαση να βελτιωθεί η κατηγορηματική προσέγγιση με πρόσθετες διαστατικές εκτιμήσεις αντί της κατάρνησης του κατηγορικού συστήματος, δε θα συνεισφέρει καθόλου στην αντιμετώπιση της συννοσηρότητας και του υψηλού ποσοστού ΜΠΑ διαγνώσεων. Ακόμα, όπως αναφέρει ο Walters (2013), ο προβληματισμός έγκειται στο ότι δεν έχουν παρθεί τα κατάλληλα μέτρα για να προσδιοριστεί πότε θα πρέπει να είναι η διάγνωση κατηγορηματική, διαστάσεων ή ένας συνδυασμός τους. Προσθέτει, ότι η εφαρμογή διαστατικών κριτηρίων σε ορισμένες διαταραχές σύμφωνα με τη μεθοδολογία που έχει ακολουθήσει το νέο εγχειρίδιο στερείται επαρκούς εμπειρικής τεκμηρίωσης. Σχετικά με τα εργαλεία περαιτέρω αξιολόγησης που είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα του DSM-5 οι Schmit, & Balkin, (2014), αναφέρουν ότι στερούνται επαρκούς ευθυγράμμισης με τα διαγνωστικά κριτήρια και δεν έχουν εγκριθεί όλα τα εργαλεία για κλινική χρήση.

Περαιτέρω προβληματισμοί δημιουργούνται αν αναλογιστεί κανείς ότι όσοι εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, έχουν συνηθίσει να σκέφτονται με όρους των διαγνωστικών κατηγοριών. Οι υπάρχουσες γνώσεις σχετικά με τα αίτια, την κλινική εικόνα, τη θεραπεία και την πρόγνωση της ψυχικής διαταραχής έχουν διεξαχθεί και βασιστεί στο κατηγορικό σύστημα.. Η έγκαιρη και αρμόζουσα διαχείριση κάθε περιστατικού, αποτελούν ευκολότερο έργο, όταν το άτομο μπορεί να τοποθετηθεί με σιγουριά σε μία κατηγορία και όχι σε ένα πολυδιάστατο χώρο. Εν μέρει για τους λόγους αυτούς, και επειδή επίσης δεν υπάρχει μία διαδεδομένη και ευρέως αποδεκτή διαστατική προσέγγιση σε κάθε τομέα της ψυχοπαθολογίας, το DSM-5 δεν μπορεί προς το παρόν να έχει ένα εξ' ολοκλήρου διαστατικό σύστημα. (Rounsaville, και συν., 2002).

Η υιοθέτηση διαστατικής διάγνωσης και τοποθέτηση ορισμένων διαταραχών σε ένα φάσμα, προϋποθέτουν τον ορισμό ενός σημείου τομής μεταξύ κανονικότητας και

ψυχοπαθολογίας. Στον προσδιορισμό του κατάλληλου σημείου τομής, έγκειται έντονος προβληματισμός για τις αλλαγές του νέου εγχειριδίου. Εάν ο πήχης τεθεί πολύ χαμηλά, υπάρχει κίνδυνος παθολογοποίησης της φυσιολογικής συμπεριφοράς. Εάν οριστεί πολύ υψηλά, όσοι χρειάζονται θεραπεία, ενδέχεται να αποκλειστούν από τις ανάλογες υπηρεσίες. Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι τουλάχιστον για τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού και της χρήσης ουσιών, ο δείκτης βρίσκεται πολύ υψηλά, με επιπτώσεις για αυτούς που βρίσκονται σε ήπιο σημείο του φάσματος. Έτσι, η συγχώνευση ήπιων και πιο σοβαρών διαταραχών σε μία ενιαία διαταραχή του φάσματος μπορεί να έχει ανεπιθύμητες κοινωνικές συνέπειες. Για παράδειγμα, όσοι στο παρελθόν είχαν διαγνωστεί με διαταραχή Asperger, θα πρέπει τώρα να επισημαίνονται με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (Gintner, 2014). Ανάλογα, οι Tomlinson-Clarke, & Georges, (2014), επισημαίνουν ότι η τοποθέτηση ορισμένων διαταραχών σε φάσμα, μπορεί να μειώσει τα ποσοστά συννοσηρότητας, αλλά θα επηρεάσει την προσβασιμότητα των ατόμων που προηγουμένως πληρούσαν ή όχι τα κριτήρια, στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δημιουργώντας παράλληλα ηθικά διλήμματα για τους συμβούλους. Παραθέτουν ως παραδείγματα τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού και της κατάθλιψης που προκύπτει από το πένθος.

Συμπερασματικά, η διαστατική προσέγγιση σαφώς υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας και αναμένεται να ενταχθεί στο DSM-5 με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, που σημαίνει ψυχομετρικά έγκυρο και κλινικά εφαρμόσιμο. Όπως καταλήγει ο Jones, (2012), οι επικριτές των προτεινόμενων από την ομάδα του DSM-5 διαστατικών αξιολογήσεων, αναφέρονται μεταξύ άλλων, στο κατά πόσο τα μέσα αξιολόγησης συνοδεύονται από ψυχομετρική επικύρωση. Οι επικρίσεις αφορούν επίσης την αποδοχή των νέων εργαλείων από τους χρήστες λόγω την πολυπλοκότητάς τους και τις περαιτέρω εκπαιδευτικές απαιτήσεις. Τα πλεονεκτήματα ωστόσο, μπορούν να συμβάλουν στην κινητοποίηση των ειδικών ώστε να εντάξουν τις νέες προσεγγίσεις καθώς η διαστατική αξιολόγηση προσφέρει, πληρέστερη περιγραφή της παρουσίας αλλά και τη διαλεύκανση της ετερογένειας μεταξύ των διαφορετικών περιπτώσεων μίας διαγνωστικής κατηγορίας και χρήσιμες κλινικά πληροφορίες για κάθε περιστατικό, συμβάλλοντας την παρακολούθηση και το σχεδιασμό της θεραπείας.

Συμφώνα με τον Johnson (όπως παρατίθεται στο άρθρο των Tomlinson-Clarke, &

Georges, 2014), η διαστατική εκτίμηση επιτρέπει επίσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να εξετάσουν τις ατομικές διαφορές και τις επιδράσεις της φυλής και του πολιτισμού.

### **3.4. Ψυχοκοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα**

Ο ρόλος του πολιτισμού είναι καθοριστικός για την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών. Επηρεάζει τα αντιλαμβανόμενα όρια μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού, τον τρόπο εκδήλωσης του πόνου, την ευπάθεια, τους μηχανισμούς αναζήτησης βοήθειας, την τήρηση της θεραπείας και τον στιγματισμό των πασχόντων. Οι πολιτισμικές εξηγήσεις επηρεάζουν τις κλινικές παρουσιάσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες των ψυχικών διαταραχών (Jacob, 2014). Η αξιολόγηση κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων είναι αναγκαία για τη διάγνωση αλλά και για να καθοριστεί πότε είναι απαραίτητη μία θεραπευτική παρέμβαση και ποια χαρακτηριστικά θα πρέπει να έχει (Buckley, 2014). Ο ορισμός των ψυχικών διαταραχών δεν μπορεί να γίνει εκτός πολιτισμικού, κοινωνικού και οικογενειακού πλαισίου. Η έκφραση των συμπτωμάτων που αποτελούν κριτήρια για διάγνωση, ερμηνεύεται σύμφωνα με πολιτισμικούς όρους που δημιουργούνται και μεταδίδονται από τα κοινωνικά συστήματα. Τα όρια μεταξύ της ομαλότητας και της παθολογίας διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό, για συγκεκριμένους τύπους συμπεριφορών. Κατώτατα όρια ανοχής για συγκεκριμένα συμπτώματα ή συμπεριφορές διαφέρουν μεταξύ των πολιτισμών, των κοινωνικών ρυθμίσεων και των οικογενειών. Επομένως, το επίπεδο στο οποίο μία εμπειρία καθίσταται προβληματική ή παθολογική θα διαφέρει. Η απόφαση ότι μία συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι φυσιολογική και απαιτεί την κλινική προσοχή εξαρτάται από πολιτισμικούς κανόνες που εσωτερικεύονται από το άτομο και εφαρμόζονται από τους άλλους γύρω του, συμπεριλαμβανομένων των μελών της οικογένειας και των ιατρών. Η διαγνωστική εκτίμηση πρέπει, επομένως, να εξετάσει κατά πόσο οι εμπειρίες ενός ατόμου, τα συμπτώματα, και οι συμπεριφορές του

διαφέρουν από τις κοινωνικοπολιτικές νόρμες και οδηγούν σε δυσκολίες στην προσαρμογή στις πολιτισμικές κοινωνικές ή οικογενειακές καταστάσεις (APA, 2013).

Η διαγνωστική αξιολόγηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη όταν χρησιμοποιείται το DSM για την αξιολόγηση ενός ατόμου από διαφορετική εθνική ή πολιτισμική ομάδα. Η έλλειψη εξοικείωσης με το πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις και στην θεώρηση συμπεριφορών και πεποιθήσεων ως έκφραση ψυχοπαθολογίας και όχι ως φυσιολογική για την κουλτούρα του ατόμου συμπεριφορά. Για παράδειγμα, ορισμένες θρησκευτικές πρακτικές και πεποιθήσεις μπορεί να διαγνωσθούν λανθασμένα ως εκδηλώσεις μίας ψυχωσικής διαταραχής (APA, 2000). Η διάγνωση των ψυχικών διαταραχών και ο προσδιορισμός των απαραίτητων για την εκτίμηση του ατόμου χαρακτηριστικών (π.χ. σοβαρότητα της διαταραχής), δεν μπορεί να γίνει σωστά όταν δεν λαμβάνονται υπόψιν πολιτισμικοί παράγοντες. Η έρευνα για τη διαπολιτισμική εκδήλωση της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης για παράδειγμα, δείχνει ότι η παρουσίαση αυτών των διαταραχών ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών (Thakker, & Ward, 1998).

Σε σύγκριση με τα προηγούμενα εγχειρίδια, στο DSM-IV υπάρχει σημαντική βελτίωση στην ενσωμάτωση των πληροφοριών που συνδέονται με την αναγνώριση των πολιτισμικών διαφορών στη διαγνωστική διαδικασία (Smart, & Smart, 1997). Το DSM-IV περιλαμβάνει τρεις τύπους των πληροφοριών που σχετίζονται άμεσα με τα πολιτισμικά κριτήρια: Μία περιγραφή στο κείμενο των πολιτιστικών διαφοροποιήσεων στις κλινικές παρουσιάσεις των διαταραχών, το Γλωσσάριο των Συνδεδόμενων με τον Πολιτισμό Συνδρόμων (Glossary of Culture-Bound Syndromes) που συνδέονται με την κουλτούρα και δεν έχουν συμπεριληφθεί στην ταξινόμηση του DSM-IV αλλά βρίσκονται στο παράρτημα του εγχειριδίου, και ένα Περίγραμμα των Πολιτισμικών Διατυπώσεων (Outline for Cultural Formulation) που έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τον ειδικό στη συστηματική αξιολόγηση και αναφορά των επιπτώσεων του πολιτισμικού πλαισίου του ατόμου (APA, 2000). Περιλαμβάνει ακόμα ένα ευρύτερο ορισμό του Άξονα IV (Ψυχοκοινωνικά και Περιβαλλοντικά Προβλήματα) για πληρέστερη αξιολόγηση κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων (Smart, & Smart, 1997). Ο Alarcón, (2009), αναφέρει ότι το DSM-IV αντιπροσώπευε μία μικρή βελτίωση όσον αφορά στην αναγνώριση και αποδοχή της πολιτισμικής προοπτικής και περιορίστηκε στις προσθήκες

που προαναφέρθηκαν. Επισημαίνει ότι οι πρόσθετες εκτιμήσεις είναι ελλιπείς, και δεν επαρκούν για να επιστήσουν την προσοχή των ειδικών σε πολιτισμικές παραμέτρους. Παρόμοια οι Smart & Smart (1997), αναφέρουν πως παρά το γεγονός ότι η συμπερίληψη αυτών των βελτιώσεων σηματοδοτεί μία σημαντική πρόοδο του DSM-IV, υπήρχαν περιθώρια για περαιτέρω βελτίωση. Οι Thakker, & Ward (1998), υποστηρίζουν ότι, αν και το DSM-IV έχει προχωρήσει προς μία αναγνώριση της πολιτισμικής διάστασης των ψυχικών διαταραχών, έχει διατηρήσει ένα υποκείμενο θεωρητικό πλαίσιο που επιβεβαιώνει την υπεροχή του βιοϊατρικού μοντέλου.

Το Περίγραμμα των Πολιτισμικών Διατυπώσεων σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με το πολυαξονικό σύστημα για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που ενδέχεται να προκύψουν κατά την εφαρμογή της κριτήριων του DSM-IV σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον. Η πολιτισμική διατύπωση, παρέχει μία συστηματική εξέταση του πολιτισμικού και του κοινωνικού υπόβαθρου του ατόμου, το ρόλο του πολιτισμικού πλαισίου στην έκφραση και την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και της δυσλειτουργίας, και την επίδραση που μπορούν να έχουν οι πολιτισμικές διαφορές στη σχέση μεταξύ του ατόμου και του ειδικού ψυχικής υγείας. Ο ειδικός καλείται να διατυπώσει μία συνοπτική έκθεση για καθεμία από τις ακόλουθες κατηγορίες: πολιτισμική ταυτότητα του ατόμου, πολιτισμικές εξηγήσεις της ασθένειας του ατόμου, πολιτισμικοί παράγοντες που σχετίζονται με το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον και τα επίπεδα της λειτουργίας, πολιτισμικά στοιχεία της σχέσης μεταξύ του ατόμου και του κλινικού και τέλος συνολική πολιτισμική εκτίμηση για τη διάγνωση και τη θεραπεία (APA, 2000). Το Περίγραμμα των Πολιτισμικών Διατυπώσεων παρουσίαζε προβλήματα κατά την κλινική εφαρμογή του, όπως η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών εφαρμογής (Aggarwal, Nicasio, DeSilva, Boiler, & Lewis-Fernández, 2013).

Στο DSM-5 έχουν γίνει σημαντικά βήματα για να ξεπεραστούν οι ελλείψεις του DSM-IV και να επιτευχθεί η πληρέστερη αξιολόγηση των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων. Στην ενότητα III του DSM-5, περιλαμβάνεται μία λεπτομερής συζήτηση του πολιτισμικού πλαισίου και της διαγνωστικής διαδικασίας, καθώς και τα εργαλεία για διεξοδική πολιτιστική εκτίμηση. Στο παράρτημα του εγχειριδίου παρέχεται το Γλωσσάριο των Πολιτισμικών Εννοιών της δυσφορίας (Glossary of Cultural Concepts of Distress) που περιλαμβάνει μία περιγραφή κάποιων κοινών πολιτισμικών συνδρόμων,

ιδιωμάτων για τη δυσφορία, και αιτιώδης εξηγήσεις που σχετίζονται με την κλινική πρακτική (APA, 2013). Το DSM-5, περιλαμβάνει μία αναθεωρημένη έκδοση του Περιγράμματος των Πολιτισμικών Διατυπώσεων και παρουσιάζει επίσης μία προσέγγιση για την αξιολόγηση, χρησιμοποιώντας τη Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης (Cultural Formulation Interview), η οποία έχει εξετασθεί με δοκιμές πεδίου για τη διαγνωστική της χρησιμότητα. Η αναθεωρημένη έκδοση του Περιγράμματος των Πολιτισμικών Διατυπώσεων απαιτεί τη συστηματική αξιολόγηση των ακόλουθων κατηγοριών: πολιτισμική ταυτότητα του ατόμου, πολιτισμικές έννοιες της δυσφορίας, ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες και πολιτιστικά χαρακτηριστικά της ευπάθειας και ανθεκτικότητας, πολιτισμικά χαρακτηριστικά της σχέσης μεταξύ του ατόμου και του κλινικού και τέλος, συνολική πολιτισμική εκτίμηση. Είναι επίσης διαθέσιμα στην ιστοσελίδα για το DSM-5, επιπρόσθετα εργαλεία συμπληρωματικά της Συνέντευξης Πολιτισμικής Διατύπωσης για ολοκληρωμένη πολιτιστική εκτίμηση (APA, 2013).

Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης είναι μία σύντομη ημιδομημένη συνέντευξη που περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη λήψη πληροφοριών κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης της ψυχικής κατάστασης, σχετικά με την επίδραση του πολιτισμού στις βασικές πτυχές της κλινικής παρουσίασης και τις ανάγκες για τη φροντίδα ενός ατόμου. Η πολιτισμική επίδραση που εξετάζει η συνέντευξη αφορά στις αξίες, τον προσανατολισμό τις γνώσεις και τις πρακτικές που αντλούν τα άτομα από την ένταξη σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες (π.χ., εθνικές, θρησκευτικές, επαγγελματικές). Αναφέρεται ακόμα, σε βασικές πτυχές του υποβάθρου ενός ατόμου, τις αναπτυξιακές του εμπειρίες, και το κοινωνικό πλαίσιο που τον επηρεάζει όπως η γεωγραφική προέλευση, η γλώσσα, η εθνικότητα και η Θρησκεία. Τέλος, αναφέρεται στην επίδραση της οικογένειας, και του κοινωνικού δικτύου του ατόμου σε σχέση με την εμπειρία της διαταραχής του (APA, 2013).

Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης εστιάζει σε τέσσερις τομείς αξιολόγησης: τον πολιτισμικό ορισμό του προβλήματος, τις πολιτισμικές αντιλήψεις για τα αίτια, το πλαίσιο, και την υποστήριξη του ατόμου, τους πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του ατόμου και το ιστορικό αναζήτησης αρωγής και τέλος τους παράγοντες που επηρεάζουν στο παρόν τον τρόπο που το άτομο αναζητά βοήθεια, αποσκοπώντας στην κατάλληλη διαγνωστική αξιολόγηση και το σχεδιασμό της



θεραπείας. Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης εστιάζει στην εμπειρία και τις απόψεις του ατόμου αλλά και τη στάση που υιοθετεί ο οικογενειακός και κοινωνικός του περίγυρος. Περιέχει οδηγίες για τη διεξαγωγή της συνέντευξης και περιγράφει τους στόχους για κάθε στάδιο της. Παρατίθενται ακόμα ερωτήσεις, οι οποίες μπορούν να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες της συνέντευξης και δείχνουν πώς να διερευνηθεί το κάθε στάδιο. Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης προορίζεται ως οδηγός για την πολιτισμική εκτίμηση και θα πρέπει να χρησιμοποιείται με ευελιξία για να διατηρήσει τη φυσική ροή της συνέντευξης. Ακόμα, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις δημογραφικές πληροφορίες που λαμβάνονται πριν από την συνέντευξη, προκειμένου να προσαρμοστούν οι ερωτήσεις για την αντιμετώπιση του υπόβαθρου του ατόμου και της τρέχουσας κατάστασής του. Μπορεί να γίνει επίσης, μία συνολική αξιολόγηση που να περιλαμβάνει τον τόπο γέννησης, την ηλικία, το φύλο, τη φυλετική ή εθνική καταγωγή, την οικογενειακή κατάσταση, τη σύνθεση της οικογένειας, την εκπαίδευση, τη γλώσσα, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τις θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις, το επάγγελμα, την απασχόληση, το εισόδημα, και το ιστορικό ενδεχόμενης μετανάστευσης. Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης μπορεί να χρησιμεύσει όταν υπάρχει δυσκολία στη διαγνωστική εκτίμηση λόγω των σημαντικών διαφορών στο πολιτισμικό θρησκευτικό και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο του ατόμου αλλά και του συνεντευκτή και όταν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την απόδοση των συμπτωμάτων του ατόμου σε πολιτισμικούς παράγοντες ή στα διαγνωστικά κριτήρια. Είναι ακόμα χρήσιμη όταν υπάρχει δυσκολία στην εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου ή και το βαθμό δυσλειτουργίας του ατόμου, όταν υπάρχει διαφωνία μεταξύ του ατόμου και του ειδικού για την πορεία της θεραπείας και τέλος, όταν δεν υπάρχει επαρκής τήρηση της θεραπείας εκ μέρους του ατόμου (APA, 2013). Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης αποτελεί σημαντικό βήμα για μία πληρέστερη πολιτισμική προσέγγιση, ωστόσο η επίδραση που θα έχει στην επιστημονική έρευνα, στη διαγνωστική εγκυρότητα αλλά και στην εκάστοτε έκβαση μίας θεραπευτικής προσέγγισης, παραμένει ακαθόριστη και με αρκετά περιθώρια εξέλιξης (Aggarwal, 2013).

Οι πολιτισμικές αντιλήψεις της δυσφορίας, αναφέρονται σε τρόπους με τους οποίους διάφορες πολιτισμικές ομάδες, βιώνουν, κατανοούν και εκφράζουν τα ψυχικά

προβλήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις ανησυχητικές σκέψεις ή τα συναισθήματα. Μπορούν να διακριθούν τρεις κύριοι τύποι των πολιτισμικών αντιλήψεων: Τα πολιτισμικά σύνδρομα που αποτελούνται από συμπλέγματα συμπτωμάτων τα οποία τείνουν να συνυπάρχουν μεταξύ των ατόμων σε συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες, κοινότητες, ή περιβάλλοντα, ως συχνά μοτίβα εμπειρίας. Τα πολιτισμικά ιδιώματα για τη δυσφορία που αποτελούν κοινούς τρόπους έκφρασης της δυσφορίας και των προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων. Τέλος, οι πολιτισμικές εξηγήσεις ή αντιλαμβανόμενες αιτίες που είναι οι αποδόσεις ενός πολιτισμικού μοντέλου επεξήγησης της έννοιας ή αιτιολογίας των συμπτωμάτων, της ασθένειας και τη δυσφορίας (APA, 2013). Οι πολιτισμικές έννοιες για τη δυσφορία, είναι σημαντικές στην ψυχιατρική διάγνωση για την αποφυγή λανθασμένων διαγνώσεων, τη λήψη χρήσιμων κλινικών πληροφοριών, τη βελτίωση της θεραπευτικής συμμαχίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος την καθοδήγηση της έρευνας και τέλος την αποσαφήνιση της πολιτισμικής επιδημιολογίας (APA, 2013).

Η σημασία των πολιτισμικών παραγόντων τονίζεται σε μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας για την καθοδήγηση της διαγνωστικής διαδικασίας και την επίτευξη της έγκυρης διαγνωστικής εκτίμησης. Ανάλογα, στους ίδιους στόχους συγκλίνει και η αναπτυξιακή προσέγγιση που αναφέρεται στην συνέχεια.

### **3.5. Αναπτυξιακή προσέγγιση**

Η αλλαγή στην οργάνωση των κεφαλαίων του DSM-5 αντικατοπτρίζει μία αναπτυξιακή προσέγγιση. Στην αρχή του εγχειριδίου βρίσκονται οι διαταραχές που αντανakλούν αναπτυξιακές διεργασίες και πιο συχνά διαγιγνώσκονται στην παιδική ηλικία (νευροαναπτυξιακές διαταραχές, διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωσικές διαταραχές) στη συνέχεια οι διαταραχές που περισσότερο συνδέονται με την εφηβεία και νεαρή ενήλικη ζωή (διπολική διαταραχή, κατάθλιψη και διαταραχές άγχους) και οι διαγνώσεις που σχετίζονται με την ενηλικίωση και την τρίτη ηλικία

(νευρογνωστικές διαταραχές) βρίσκονται στο τέλος του εγχειριδίου (APA, 2013). Την προσέγγιση αυτή ακολουθεί όπου είναι εφικτό, και η οργάνωση εντός των κεφαλαίων. Συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, η νοητική διαταραχή της ανάπτυξης, οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, και οι διαταραχές της επικοινωνίας, οι οποίες τείνουν να εκδηλώνονται στην προσχολική και πρώιμη παιδική ηλικία, παρατίθενται πριν από διαταραχές μάθησης, οι οποίες δεν διαγιγνώσκονται πριν τα σχολικά έτη. Επίσης, διαγνωστικές κατηγορίες που συνδέονται μεταξύ τους παρατίθενται ανάλογα, έτσι η διπολική και οι σχετικές διαταραχές, τοποθετούνται αμέσως μετά τις διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας (Tannock, 2013). Επίσης, στο κείμενο που περιγράφει τις διαταραχές, ενδείξεις για την ανάπτυξη και την πορεία των διαταραχών, περιγράφουν το πώς αλλάζει η εκδήλωση μίας διαταραχής κατά την πορεία της ζωής. Περιλαμβάνονται επίσης ηλικιακοί παράγοντες που σχετίζονται με διαταραχές (π.χ., παρουσίαση των συμπτωμάτων και επιπολασμός σύμφωνα με ορισμένες ηλικιακές ομάδες). Ακόμα, παράγοντες της ηλικίας έχουν εφαρμοστεί σε ορισμένα κριτήρια για να περιγράψουν την παρουσίαση των συμπτωμάτων σε παιδιά (APA, 2013).

Η νέα δομή διευκολύνει την ευρεία χρήση των πληροφοριών κατά τη διάρκεια της ζωής συμβάλλοντας στη διαγνωστική απόφαση και την κλινική χρησιμότητα του εγχειριδίου. Η προτεινόμενη οργάνωση των κεφαλαίων του DSM-5, βασίζεται επίσης στις διαταραχές εσωτερίκευσης (συναισθηματικές και σωματικές) τις διαταραχές εξωτερίκευσης, τις νευρογνωστικές διαταραχές, και άλλες διαταραχές. Αναμένεται ότι η οργάνωση αυτή θα ενθαρρύνει την περαιτέρω μελέτη των υποκείμενων παθοφυσιολογικών διεργασιών που δημιουργούν διαγνωστική συννοσηρότητα και ετερογένεια μεταξύ των συμπτωμάτων. Επιπλέον, η οργάνωση των συμπτωμάτων σε ομάδες, αντικατοπτρίζει την κλινική πραγματικότητα με αποτέλεσμα να διευκολύνει τη διαγνωστική εκτίμηση και από μη ειδικούς ψυχικής υγείας, όπως ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η οργανωτική δομή του DSM-5, σχεδιάστηκε για να παρέχει καλύτερες και πιο ευέλικτες διαγνωστικές έννοιες, να συμβαδίζει με την εξέλιξη της έρευνας και να αποτελέσει ένα χρήσιμο οδηγό με τον οποίο οι ειδικοί θα είναι σε θέση να εξηγήσουν γιατί ένα άτομο δύναται να λάβει πολλαπλές, διαφορετικές ή επιπρόσθετες διαγνώσεις κατά τη διάρκεια της ζωής του (APA, 2013).

Διερευνώντας τις διαρθρωτικές τροποποιήσεις στο DSM-5 συμπεραίνεται πως επιχειρείται σημαντική αναδιάρθρωση της διαγνωστικής διαδικασίας και έχουν υιοθετηθεί πρωτοποριακές αλλαγές που αποσκοπούν στο να υπερκεράσει το νέο εγχειρίδιο το ευρύ φάσμα των περιορισμών της διαγνωστικής διαδικασίας που τονίζει η επιστημονική έρευνα. Οι αλλαγές αυτές προκαλούν διαφορούμενες εκτιμήσεις σχετικά με την επάρκειά τους αλλά και τις συνέπειες στους στη διαδικασία της κλινικής διάγνωσης. Οι διαρθρωτικές τροποποιήσεις που προαναφέρθηκαν αντικατοπτρίζονται στα κριτήρια των διαταραχών που ακολουθούν και εξετάζονται κατά περίπτωση.

#### **4.ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι στο DSM-5 έχουν γίνει πάρα πολλές αλλαγές όπως μετονομασίες και ανακατατάξεις διάφορων διαταραχών, τροποποιήσεις στα διαγνωστικά κριτήρια και στην κατηγοριοποίηση και ομαδοποίηση των διαταραχών καθώς και στα κριτήρια που συνοδεύουν τις διαταραχές με επιπτώσεις που δεν είναι ακόμα πλήρως εμφανείς. Σημειώνεται ότι στο μέρος αυτό θα αναφερθούν οι κυριότερες αλλαγές του νέου εγχειριδίου, οι οποίες έχουν προκαλέσει αμφιλεγόμενη κριτική και οι εκτιμώμενες επιπτώσεις. Ακόμα, οι διαγνωστικές κατηγορίες που βρίσκονται στο κεφάλαιο των συνθηκών για περαιτέρω έρευνα, οι οποίες επίσης έχουν δεχτεί ευρεία κριτική, δεν αναφέρονται στην παρούσα εργασία.

Οι επικριτές του DSM-5 έχουν επικεντρωθεί τη μείωση των διαγνωστικών ορίων και τον επιπολασμό της διάγνωσης ορισμένων διαταραχών, την υπερβολική παθολογοποίηση των παιδιών και της φυσιολογικής συμπεριφοράς και την υπερδιάγνωση, τον ψηλό βαθμό ιατρικοποίησης και την επιρροή της αναθεώρησης του DSM από την φαρμακευτική βιομηχανία (Pilgrim, 2014).

#### 4.1.Νευροαναπτυξιακές διαταραχές

Η κατηγορία στο DSM-IV των διαταραχών που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία έχει αντικατασταθεί στο DSM-5 με εκείνη των νευροαναπτυξιακών διαταραχών (APA, 2000. APA, 2013). Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν μία ομάδα που συνήθως εκδηλώνονται κατά την αρχή της αναπτυξιακής περιόδου, συχνά πριν την έναρξη του δημοτικού σχολείου, και χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακά ελλείμματα που προκαλούν έκπτωση στην προσωπική, κοινωνική και ακαδημαϊκή λειτουργία. Το φάσμα των αναπτυξιακών ελλειμμάτων ποικίλλει από πολύ συγκεκριμένους περιορισμούς της μάθησης ή του ελέγχου των εκτελεστικών λειτουργιών, έως γενική έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων ή της νοημοσύνης (APA, 2013). Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές έχουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών παρουσιάσεων, ωστόσο έχουν όλες κυρίως αρνητική επίπτωση στην παιδική ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένων των καθυστερήσεων στην επίτευξη των προσδοκώμενων αναπτυξιακά σταδίων, ολικές βλάβες στη γνωστική ανάπτυξη και αποκλίσεις από τη βέλτιστη γνωστική και συμπεριφορική λειτουργία σε συγκεκριμένους τομείς (Coury, και συν., 2014).

Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν· για παράδειγμα, στα άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος συνυπάρχει συχνά η διανοητική αναπηρία (πρώην νοητική υστέρηση) και πολλά παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) έχουν επίσης μία ειδική διαταραχή μάθησης. Στην κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών του DSM-5 περιλαμβάνονται η διανοητική αναπηρία, οι διαταραχές επικοινωνίας, η διαταραχή αυτιστικού φάσματος, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, η ειδική διαταραχή μάθησης και οι διαταραχές κίνησης. Τα διαγνωστικά κριτήρια τονίζουν την ανάγκη για την αξιολόγηση της γνωστικής ικανότητας και της προσαρμοστικής λειτουργίας (APA, 2013). Η σοβαρότητα καθορίζεται περισσότερο από το επίπεδο προσαρμοστικής λειτουργίας παρά από τον δείκτη νοημοσύνης καθώς η έμφαση που τα κριτήρια του DSM-IV έδιναν στον δείκτη νοημοσύνης, οδήγησε σε προβληματικές εκβάσεις, ιδιαίτερα στον τομέα της εγκληματολογίας (Wakefield, 2013b).

#### 4.1.1. Διαταραχή φάσματος του αυτισμού

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού αποτελεί μία νέα κατηγορία στο DSM-5, η οποία περιλαμβάνει τις πρώην ξεχωριστές κατηγορίες των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών του DSM-IV: την αυτιστική διαταραχή, την διαταραχή Asperger, την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, τη διαταραχή του Rett, και τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Η κλινική εικόνα του φάσματος του αυτισμού χαρακτηρίζεται από διαταραχή σε δύο βασικούς τομείς: 1) ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση και 2) περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Όπως αναφέρεται στο DSM-5, τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών δεν αποτελούν ξεχωριστές κατηγορίες αλλά αντιπροσωπεύουν ένα συνεχές μεταξύ ήπιας και σοβαρής διαταραχής στην επικοινωνία και τη συμπεριφορά. Η αλλαγή στην κατηγοριοποίηση, συντελεί σε περισσότερο ειδικευμένα κριτήρια που θα συμβάλουν στη βελτίωση της διαγνωστικής εκτίμησης και το σχεδιασμό της θεραπείας (APA, 2000. APA, 2013).

Στο DSM-IV, τα συμπτώματα του αυτισμού χωρίζονται σε 3 διακριτούς τομείς: 1) την κοινωνική αλληλεπίδραση, 2) την επικοινωνία, και 3) τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς και ενδιαφερόντων. Η δομή του DSM-IV έχει επικριθεί επειδή βασίστηκε στην ομοιότητα των συμπτωμάτων και όχι την εμπειρική εξέταση. Στο DSM-5 τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν μόνο δύο τομείς, καθώς η κοινωνική αλληλεπίδραση και η επικοινωνία έχουν συνδυαστεί (Guthrie, Swineford, Wetherby, & Lord, 2013).

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού χαρακτηρίζεται από επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ πολλαπλών πλαισίων, καθώς και από ελλείμματα στην κοινωνική αμοιβαιότητα, τη μη λεκτική επικοινωνία που χρησιμοποιείται κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση, και στις δεξιότητες για την ανάπτυξη, τη διατήρηση, και την κατανόηση των σχέσεων. Η διάγνωση της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού απαιτεί την παρουσία των περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων προτύπων συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων, ή δραστηριοτήτων. Επειδή τα συμπτώματα αλλάζουν με την ανάπτυξη και μπορεί να καλυφθούν με αντισταθμιστικούς μηχανισμούς, τα διαγνωστικά κριτήρια μπορούν να

επιτευχθούν με τη λήψη ιστορικού, ωστόσο η τρέχουσα εκδήλωση της διαταραχής θα πρέπει να προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία (APA, 2013).

Στη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, τα ατομικά κλινικά χαρακτηριστικά και τα συμπτώματα περιγράφονται μέσω της χρήσης προσδιοριστών με σκοπό την εξατομικευμένη διάγνωση και την πλούσια κλινική περιγραφή των προσβεβλημένων ατόμων. Για παράδειγμα, πολλά άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαταραχή Asperger θα λάβουν τώρα τη διάγνωση της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού, με ή χωρίς γλωσσικές διαταραχές ή διανοητική αναπηρία (APA, 2013).

Η υιοθέτηση του φάσματος στην διάγνωση του αυτισμού, έχει δεχτεί πληθώρα επικρίσεων σχετικά με την εγκυρότητα της ταξινόμησης αλλά και για τις επιπτώσεις που θα επιφέρει. Οι αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια, λαμβάνουν μικτές κριτικές, με ένα μέρος των ειδικών να είναι επιφυλακτικοί καθώς θεωρούν πιθανό ότι παιδιά που χρειάζονται τις υπηρεσίες υποστήριξης, δε θα λαμβάνουν την κατάλληλη διάγνωση. Άλλοι είναι ικανοποιημένοι με τις αλλαγές και θεωρούν πως ο γενικότερος όρος αντικατοπτρίζει με μεγαλύτερη ακρίβεια την τρέχουσα επιστημονική γνώση (King, Navot, Bernier, & Webb, 2014).

Ιδιαίτερη συζήτηση γίνεται για την κατάργηση της διαταραχής του Asperger στο DSM-5. Η τροποποίηση αυτή, εγείρει αμφιλεγόμενες αντιδράσεις, με αναφορές στη βιβλιογραφία να παρέχουν τόσο στοιχεία υπέρ όσο και κατά για την αφαίρεση του (King, Navot, Bernier, & Webb, 2014). Σύμφωνα με τον Wakefield (2013b), η κατάργηση της διαταραχής Asperger βασίζεται στη θεωρία, η οποία ωστόσο δεν είναι καθολικά αποδεκτή, ότι το Asperger αποτελεί μία ήπια μορφή αυτισμού και η διάγνωσή του απαιτεί ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς σύμφωνα με μία διαστατική εκτίμηση για τη σοβαρότητα. Η αλλαγή ήταν εξαιρετικά αμφιλεγόμενη, καθώς εκτιμάται ότι η κατηγοριοποίηση των ατόμων με διαταραχή Asperger στο αυτιστικό φάσμα, θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του στιγματισμού. Η διάγνωση της διαταραχής Asperger αποτελεί περισσότερο αποδεκτό όρο και δεν προκαλεί στιγματισμό στον ίδιο βαθμό με την διάγνωση του αυτισμού (Coury, και συν., 2014. Pomeroy, & Parrish, 2012. Pomeroy, & Anderson, 2013). Άλλοι εξέφρασαν την ανησυχία ότι η ειδική εκπαιδευτική υποστήριξη μπορεί να αποσυρθεί από εκείνους που τη χρειάζονται, αλλά δεν πληρούν πλέον τα κριτήρια για τη διάγνωση. Τα



νέα κριτήρια φαίνεται να υστερούν σε ευαισθησία, μειώνοντας τον επιπολασμό της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού και αποκλείοντας από τη διάγνωση άτομα που σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV εμπίπτουν στη διάγνωση του αυτισμού (Worley, & Matson, 2012. Young, & Rodi, 2014). Προς επίλυση του προβλήματος αυτού, το DSM-5 αναφέρει ότι όσοι έχουν λάβει διάγνωση διαταραχής αυτισμού ή Asperger στο παρελθόν, θα εξακολουθήσουν να εμπίπτουν στην κατηγορία του φάσματος του αυτισμού, ακόμη και αν δεν πληρούν τα ισχύοντα κριτήρια (Coury, και συν., 2014. Wakefield, 2013b).

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι το φάσμα του αυτισμού περιγράφει καλύτερα την διαταραχή Asperger καθώς στην κλινική πρακτική διαπιστώνεται επικάλυψη των συμπτωμάτων μεταξύ διαταραχής Asperger και αυτισμού. Ως εκ τούτου, θεωρείται ότι η διαστατική προσέγγιση θα είναι πιο χρήσιμη για την κατανόηση της διάκρισης των δύο διαταραχών (Leekam, Libby, Wing, Gould, & Gillberg, 2000).

Οι Wing, Gould, & Gillberg, (2011) επισημαίνουν ότι παρά τη δυσκολία να οριστούν σαφή όρια μεταξύ των διαφόρων υποομάδων των παιδιών και των ενηλίκων που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, τα προβλήματα που θα προκύψουν από την κατάργηση των υποομάδων είναι σημαντικά. Πολλοί άνθρωποι με τη διάγνωση του συνδρόμου Asperger ανησυχούν για πιθανή απώλεια της διάγνωσής τους και τη μη επιλεξιμότητά τους σε ιατρικές ή κοινωνικές υπηρεσίες.

Περαιτέρω αναφορές στην βιβλιογραφία επισημαίνουν πως τα άτομα με διαταραχή Asperger, θα χάσουν τη διαγνωστική τους ταυτότητα ενώ η διαταραχή αυτή είναι εγγενώς διαφορετική από την αυτιστική διαταραχή και παρά ορισμένες ομοιότητες, θα πρέπει να αποτελούν διαφορετικές κατηγορίες (Coury, και συν., 2014. Tsai, 2013). Η εγκυρότητα της διαταραχής Asperger αποτελεί αμφιλεγόμενο ζήτημα καθώς υπάρχουν αξιοσημείωτες ομοιότητες και επικάλυψη μεταξύ της αυτιστικής διαταραχής και της διαταραχής Asperger. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι Asperger είναι καλύτερα να θεωρηθεί ως το υψηλότερο λειτουργικό άκρο στο συνεχές φάσμα του αυτισμού, καθώς παρά ορισμένες διαφορές (κοινωνική αλληλεπίδραση, ομιλία ή κινητικές δεξιότητες), μοιράζονται κοινή βασική συμπτωματολογία σε διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας (Ozonoff, South, & Miller, 2000. Noterdaeme, Wriedt, & Höhne, 2010.). Οι Sharma, Woolfson, & Hunter, (2012) σε μία ανασκόπηση 69 ερευνητικών μελετών, καταλήγουν

σε ανάλογα συμπεράσματα. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι τα έξι κριτήρια στο DSM-IV, που σχετίζονται με την ηλικία έναρξης των αναπτυξιακών σταδίων, τις φτωχές γλωσσικές δεξιότητες, τη γνωστική δυσλειτουργία, την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά, την κινητική ικανότητα και τα κοινωνικά ελλείμματα, δεν επικυρώνουν τον ισχυρισμό ότι το Asperger πρέπει να αποτελεί διαφορετική διαγνωστική κατηγορία από την διαταραχή αυτισμού. Τα ευρήματα των μελετών δείχνουν ότι τα παιδιά με Asperger αποδίδουν στο ίδιο επίπεδο με εκείνους που έχουν αυτισμό με δείκτη νοημοσύνης μεγαλύτερο από 70, όσον αφορά στη γλώσσα, την επικοινωνία, τις κινητικές και τις κοινωνικές δεξιότητες και επομένως θα πρέπει να θεωρούνται ως το υψηλότερο λειτουργικό άκρο του φάσματος του αυτισμού. Οι Tsai και Ghaziuddin, (2014), αντίθετα, σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση 125 μελετών, όπου συγκρίνονταν η διαταραχή Asperger με τη διαταραχή αυτισμού και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς με την διαταραχή αυτισμού, κατέληξαν, ότι οι διαταραχές αυτές, βάσει ποιοτικών και ποσοτικών διαφορών, δε θα πρέπει να ανήκουν στην ενιαία κατηγορία του φάσματος του αυτισμού.

Συμπερασματικά, οι αλλαγές που αφορούν στα παιδιά, είναι εκείνες που δικαίως προκαλούν και τις περισσότερες αντιδράσεις. Ο τρόπος που η υιοθέτηση του φάσματος στη διαταραχή του αυτισμού θα επηρεάσει τη διαδικασία της διαγνωστικής εκτίμησης και της θεραπευτικής παρέμβασης δεν μπορεί να είναι ακόμα σαφής (Williams, και συν., 2014).

#### **4.1.2. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας**

Στην διάγνωση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), δεν έχουν γίνει ριζικές αλλαγές, είναι σημαντικό όμως να αναφερθεί λόγω του ανησυχητικού επιπολασμού της διαταραχής και των επιπτώσεων που η διάγνωση επιφέρει στα παιδιά. Η ΔΕΠ-Υ είναι η πιο συχνά διαγνωσμένη διαταραχή σε παιδιά, με επιπτώσεις που τονίζουν τη σημασία της έγκυρης κατανόησης και διάγνωσης της

διαταραχής, ώστε να είναι εφικτή μία ελπιδοφόρα πρόγνωση (Bell, 2010). Στο DSM-5 η ΔΕΠ-Υ, βάσει των προτύπων των συμπτωμάτων, της συννοσηρότητας και των κοινών παραγόντων κινδύνου, ανήκει στην νέα κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών ενώ στο DSM-IV βρισκόταν στην κατηγορία των διαταραχών ελλειμματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς (APA, 2000. APA, 2013).

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που ορίζεται από ελλειμματική προσοχή, αποδιοργάνωση και/ή υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Η ελλειμματική προσοχή και η αποδιοργάνωση συνεπάγονται ανικανότητα εκπόνησης ενός έργου, αδυναμία συγκέντρωσης κ.ά., σε επίπεδα που δεν συνάδουν με την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα συνεπάγονται διάφορες συμπεριφορές, όπως υπερδραστηριότητα, νευρικότητα, αδυναμία παραμονής σε μία θέση, απρόσφορη παρέμβαση σε δραστηριότητες άλλων ανθρώπων, συμπτώματα που είναι υπερβολικά για την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Στην παιδική ηλικία η ΔΕΠ-Υ συχνά συνυπάρχει με διαταραχές που θεωρούνται «διαταραχές εξωτερίκευσης», όπως η εναντιωματική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή διαγωγής. Η ΔΕΠ-Υ παραμένει συχνά στην ενήλικη ζωή, με αποτέλεσμα διαταραχές στην κοινωνική, ακαδημαϊκή και επαγγελματική λειτουργικότητα (APA, 2013).

Όπως αναφέρει η Tannock, (2013), στο DSM-IV μπορούν να εντοπιστούν οι ακόλουθοι περιορισμοί: η εγκυρότητα της ηλικίας έναρξης της διαταραχής, η εγκυρότητα των υπότυπων (τύπος κυρίως έλλειψης προσοχής, τύπος κυρίως υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και μεικτός τύπος), η έλλειψη αναπτυξιακής προοπτικής των συμπτωμάτων και των κατώτατων ορίων για τους ενήλικες, συμπεριλαμβανομένης της ανεπαρκούς κάλυψης των συμπτωμάτων της παρορμητικότητας) και η παρουσία του αυτισμού ως κριτηρίου αποκλεισμού.

Οι παραπάνω προβληματισμοί φαίνεται να έχουν επιλυθεί στο DSM-5. Στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, έχουν προστεθεί παραδείγματα στα κριτήρια ώστε να διευκολυνθεί η εφαρμογή τους σε όλη τη διάρκεια της ζωής αλλά και να περιγράψουν πληρέστερα τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Η ηλικία έναρξης που απαιτείται είναι τα 12 έτη σε αντίθεση με την ηλικία των επτά ετών σύμφωνα με το DSM-IV. Οι υπότυποι έχουν αντικατασταθεί με προσδιοριστές που αντιστοιχούν άμεσα

στις προηγούμενες υπότυπους. Είναι επίσης επιτρεπτή η διάγνωση συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και διαταραχής φάσματος του αυτισμού. Ακόμα, τα κριτήρια έχουν τροποποιηθεί στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή, καθώς σε ηλικίες δεκαεπτά και άνω, χρειάζονται πλέον πέντε συμπτώματα, αντί των έξι, που ήταν απαραίτητα για την διάγνωση τόσο για την έλλειψη προσοχής όσο και για την υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Η αλλαγή αυτή θα μπορούσε να μειώσει τον αριθμό των ψευδώς αρνητικών διαγνώσεων και το ενδεχόμενο αποκλεισμό από τη θεραπεία, ατόμων που χρειάζονται την θεραπευτική παρέμβαση. Ωστόσο οι τροποποιήσεις αυτές, ταυτόχρονα εγείρουν ανησυχίες για την αύξηση του επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ και των ψευδώς θετικών διαγνώσεων. (APA, 2013. Prosser, & Reid, 2013. Tannock, 2013. Wakefield, 2013b).

Αν και δεν έχουν γίνει ριζικές αλλαγές στην ΔΕΠ-Υ, οι τροποποιήσεις είναι πιθανό να αυξήσουν τον επιπολασμό της διαταραχής κυρίως στους ενήλικες και τους εφήβους, αλλά ενδεχομένως και στα παιδιά (Dalsgaard, 2013). Ο αριθμός των ατόμων που παγκοσμίως διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, είναι ιδιαίτερα υψηλός (περίπου 5% των παιδιών και περίπου 2.5% των ενηλίκων) με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε κάθε τομέα της ζωής τους, τους προσωπικούς στόχους, τις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις και τη διαδικασία της κοινωνικής ένταξης. Η διάγνωση στα παιδιά, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοεκπληρούμενες προφητείες, όπως αρνητικές προσδοκίες από γονείς και δασκάλους, που μπορεί να συμβάλουν στη χαμηλή επίδοση του παιδιού, αλλά και σε αισθήματα χαμηλής αυτο-εικόνας. Για την αποφυγή των παραπάνω, αλλά και για την κατάλληλη υποστήριξη των παιδιών είναι επιτακτική η ανάγκη για αποφυγή ψευδώς αρνητικών και ψευδώς θετικών διαγνώσεων (APA, 2013. Batstra, Nieweg, & Hadders-Algra, 2014. Stefanatos, & Baron, 2007).

Όσον αφορά στις επιπτώσεις των τροποποιήσεων, όπως επισημαίνει και η Tannock, (2013), η επίδραση των αλλαγών σχετικά με τον επιπολασμό, την ευαισθησία, την εξειδίκευση των κριτηρίων, και τη συννοσηρότητα παραμένει ασαφής και χρίζει περαιτέρω διερεύνησης.

## 4.2.Καταθλιπτικές διαταραχές

Στο κεφάλαιο των καταθλιπτικών διαταραχών έχουν γίνει πολλές αλλαγές που προκάλεσαν σημαντικές αντιδράσεις την επιστημονικής κοινότητας. Συγκεκριμένα, η προεμνηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή που βρισκόταν στο παράρτημα του DSM-IV για περαιτέρω διερεύνηση, εντάσσεται στο DSM-5. Η κατά DSM-IV δυσθυμία και η χρόνια καταθλιπτική διαταραχή εμπίπτουν πλέον στην κατηγορία της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής. Οι αλλαγές ωστόσο που προκάλεσαν τις περισσότερες αντιδράσεις είναι η ένταξη της διαταραχής της διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης και η κατάργηση του πένθους ως κριτήριο αποκλεισμού για τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης. (APA, 2013).

Όπως παρατίθεται στο DSM-5 η διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης εισάγεται ως διαγνωστική κατηγορία για να αντιμετωπιστούν οι ανησυχίες σχετικά με το ενδεχόμενο υπερδιάγνωσης και υπερβολικής θεραπείας της διπολικής διαταραχής στα παιδιά. Η διάγνωση αφορά τα παιδιά 6 έως 18 ετών, τα οποία εμφανίζουν επίμονη ευερεθιστότητα και συχνά επεισόδια ακραίας συμπεριφοράς απώλειας έλεγχου. Ακόμα, η διαταραχή τοποθετείται στο κεφάλαιο των καταθλιπτικών διαταραχών καθώς τα παιδιά μεγαλώνοντας συνήθως αναπτύσσουν μονοπολική κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές (APA, 2013).

Η διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης έχει λάβει πληθώρα αρνητικών κριτικών. Το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι η χρόνια, σοβαρή και επίμονη ευερεθιστότητα που εκδηλώνεται με συμπεριφορικά ή λεκτικά επαναλαμβανόμενα ξεσπάσματα ιδιοσυγκρασίας αναπτυξιακά ακατάλληλης λεκτικής συμπεριφοράς ή συμπεριφοράς απώλειας ελέγχου και η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία. Ακόμα, τα ξεσπάσματα αυτά θα πρέπει να εμφανίζονται συχνά, (κατά μέσο όρο τρεις φορές την εβδομάδα) για τουλάχιστον ένα χρόνο και σε τουλάχιστον δύο διαφορετικά περιβάλλοντα (π.χ., στο σπίτι και στο σχολείο). Η επίμονη ευερεθιστότητα αναγνωρίζεται επίσης από χρόνια οξύθυμη διάθεση η οποία πρέπει να αποτελεί αισθητό και σταθερό χαρακτηριστικό του παιδιού (APA, 2013). Ο Wakefield (2013b), τονίζει πως πρόκειται για μία διάγνωση που στερείται επαρκούς έρευνας και εισήχθη για να

αντιμετωπιστεί το ανησυχητικό για την ψυχιατρική πρόβλημα της υπερβολικής διάγνωσης παιδιών με διπολική διαταραχή και της επακόλουθης υπερθεραπείας των παιδιών με επιβλαβή φάρμακα, όπως σταθεροποιητές της διάθεσης και αντιψυχωσικά.

Όπως επισημαίνει ο Wakefield (2013b), τα δύσκολα παιδιά συχνά δεν παρουσιάζουν το κυκλικό μοτίβο της διπολικής διαταραχής, αλλά εκδηλώνουν χρόνια ευερεθιστότητα και δυσφορία που χαρακτηρίζονται από σοβαρά ξεσπάσματα θυμού. Έχει γίνει επομένως αποδεκτή η άποψη ότι η παιδική διπολική διαταραχή εκδηλώνεται με την ευερεθιστότητα να αντιπροσωπεύει τη μανία στη διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Τονίζει ωστόσο, ότι η έρευνα καταδεικνύει πως όταν τα παιδιά παρουσιάζουν χρόνια ευερεθιστότητα και συχνά ξεσπάσματα θυμού, στην πραγματικότητα δεν πρόκειται για πρώιμη μορφή της διπολικής διαταραχής αλλά ούτε για μία σταθερή διαταραχή της διάθεσης. Καταλήγει, ότι η νέα διάγνωση στερείται εγκυρότητας και σταθερότητας στο χρόνο και δεν σχετίζεται με το οικογενειακό ιστορικό και με άλλες διαταραχές διάθεσης ή άγχους, αλλά αποτελεί μία κατηγορία που θα αντικαταστήσει τη χρήση αντιψυχωσικών με άλλα ψυχότροπα φάρμακα και θα προκαλέσει στιγματισμό σε παιδιά τα οποία δεν χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία προκειμένου να ξεπεράσουν τα προβλήματα που εκδηλώνουν. Ανάλογα ο Axelson και οι συνεργάτες του (2012), υποστηρίζουν ότι η διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης δεν μπορεί να οριοθετηθεί από την εναντιωματική προκλητική διαταραχή και τη διαταραχή διαγωγής, έχει περιορισμένη διαγνωστική σταθερότητα και δεν σχετίζεται με την τρέχουσα ή μελλοντική εμφάνιση διαταραχών άγχους ή διάθεσης.

Η διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς ώστε να επικυρωθεί η εγκυρότητα της καθώς και η τοποθέτηση της στις καταθλιπτικές διαταραχές (Möller και συν., 2014). Όπως επισημαίνουν οι Frances και Batstra, (2013), η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής στα παιδιά και τους εφήβους θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με αναπτυξιακούς παράγοντες και παράγοντες του ευρύτερου πλαισίου και με πολύ μεγαλύτερη προσοχή και συντηρητισμό.

Από τις πιο αμφισβητούμενες αλλαγές στο DSM-5 είναι εκείνη της κατάργησης του πένθους ως κριτηρίου αποκλεισμού της μείζονος κατάθλιψης. Αν και υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν την κατάργηση του κριτηρίου (Zisook, Shear, & Kendler, 2007), στο μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας, η αλλαγή στο νέο εγχειρίδιο εγείρει

αντιδράσεις.

Στο DSM-IV, στα κριτήρια για τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης, υπήρχε το πένθος ως κριτήριο αποκλεισμού (Κριτήριο E) με περίοδο αναμονής δύο μηνών μετά το θάνατο ενός σημαντικού προσώπου, ώστε να μπορεί κάποιος να λάβει τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα κείμενα που συνοδεύουν τη διάγνωση, έπρεπε να εκτιμάται κατά πόσο τα συμπτώματα είναι τα τυπικά η όχι της κατάθλιψης. Έτσι, εάν τα συμπτώματα ξεκινούσαν εντός δύο μηνών από την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου και δεν επέμεναν πέρα από αυτούς τους δύο μήνες, μπορούσε να θεωρηθεί ότι προκύπτουν από πένθος, εκτός αν υπερέβαιναν τους δύο μήνες και προκαλούσαν σημαντική λειτουργική ανεπάρκεια ή περιελάμβαναν νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιοσύνης, αυτοκτονικού ιδεασμού, ψυχωσικά συμπτώματα, ή ψυχοκινητική καθυστέρηση (APA, 2000).

Το κριτήριο αυτό έχει καταργηθεί στο DSM-5 και παρατίθεται ένα προσδιοριστικό κείμενο για τη διάκριση μεταξύ συμπτωμάτων μείζονος κατάθλιψης και πένθους για να βοηθήσει στην κρίση και τη διαγνωστική εκτίμηση του ειδικού (APA, 2013). Οι Möller και συν. (2014), αναφέρουν ότι η πολυπλοκότητα της υποκειμενικής αξιολόγησης σε σχέση με μία προηγουμένως ρεαλιστική διαγνωστική απόφαση θα μπορούσε να αποτελέσει εμπόδιο στη διαγνωστική εκτίμηση.

Όπως αναφέρεται στο DSM-5 το κριτήριο του πένθους έχει καταργηθεί για αρκετούς λόγους, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης ότι το πένθος είναι ένας σοβαρός ψυχοκοινωνικός στρεσογόνος παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο σε ένα ευάλωτο άτομο και μπορεί να προσθέσει έναν επιπλέον κίνδυνο για ψυχικό πόνο, αισθήματα αναξιοσύνης και αυτοκτονικό ιδεασμό. Επίσης αναφέρεται ότι ήταν μεγάλης σημασίας η αφαίρεση της περιόδου των δύο μηνών όταν οι σύμβουλοι πένθους και οι ειδικοί ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν ότι συνήθως το πένθος διαρκεί 1-2 χρόνια. (APA, 2013).

Ο Wakefield (2013b), αναφέρει ότι το κριτήριο αποκλεισμού, παρείχε κατευθυντήριες γραμμές στους ειδικούς ώστε να αποφύγουν τις ψευδώς θετικές διαγνώσεις. Ερευνητικές μελέτες αναδυόμενες τόσο πριν όσο και μετά την τροποποίηση του εγχειριδίου, υποστηρίζουν την εγκυρότητα του κριτηρίου και προτείνουν ότι θα έπρεπε να επεκταθεί και για άλλους στεσογόνους παράγοντες παρά να καταργηθεί.

Αναφέρει επίσης ότι οι υποστηρικτές κατάργησης του κριτηρίου ανησυχούν κυρίως για την υποδιάγνωση της κατάθλιψης παρά για την υπερδιάγνωση της φυσιολογικής θλίψης.

Οι Wakefield & First, (2012), αντιτίθενται στα συμπεράσματα ορισμένων ερευνών που αμφισβητούν την εγκυρότητα του κριτηρίου. Παραθέτουν ότι ένας σημαντικός αριθμός των ατόμων που πενθούν, εκδηλώνουν τα συμπτώματα που ικανοποιούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την κλινική κατάθλιψη και βιώνουν σημαντική δυσφορία ή δυσλειτουργία. Ωστόσο, η λόγω πένθους κατάθλιψή τους, μπορεί να επιλυθεί με την πάροδο του χρόνου χωρίς θεραπεία και είναι πιθανό να μην έχει την χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία της μείζονος κατάθλιψης. Η επικάλυψη των συμπτωμάτων μεταξύ πένθους και μείζονος κατάθλιψης δημιουργεί ένα ψευδώς θετικό πρόβλημα, όπου η έντονη αλλά δικαιολογημένη θλίψη η οποία είναι μέρος του πένθους, μπορεί λανθασμένα να διαγνωστεί ως κλινική κατάθλιψη. Καταλήγουν ότι ο αποκλεισμός του κριτηρίου δεν αποτελεί λύση για τις ψευδείς διαγνώσεις, αντίθετα προσέφερε καθοδήγηση για τον εντοπισμό των καταθλιπτικών εκδηλώσεων που προκαλούνται από πένθος και του πένθους που καταλήγει σε κλινική κατάθλιψη.

#### **4.3. Διατροφικές διαταραχές**

Στο κεφάλαιο αυτό βρίσκονται οι διατροφικές διαταραχές της νηπιακής και πρώιμης παιδικής ηλικίας όπως η *pica*, η διαταραχή μηρυκασμού και η κατά DSM-IV διαταραχή σίτισης της βρεφικής ή της πρώιμης παιδικής ηλικίας που έχει μετονομαστεί σε αποφευκτική/περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής και στην οποία τα κριτήρια έχουν επεκταθεί σημαντικά. Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια για τη νευρική ανορεξία είναι εννοιολογικά αμετάβλητα, έχει ωστόσο καταργηθεί το κριτήριο της αμηνόρροιας. Όπως στο DSM-IV, τα άτομα με τη διαταραχή αυτή απαιτείται να είναι σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος για το αναπτυξιακό τους στάδιο. Στο DSM-5, το Κριτήριο B επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει εκτός του εμφανούς φόβου της αύξησης του βάρους,



την επίμονη συμπεριφορά που σχετίζεται με την αποφυγή αύξησης του σωματικού βάρους. Εκτός της κατάργησης των δύο τύπων (καθαρκτικός και μη καθαρκτικός τύπος) η μόνη αλλαγή στα κριτήρια του DSM-IV για την ψυχογενή βουλιμία είναι η μείωση της απαιτούμενης συχνότητας των επεισοδίων υπερφαγίας και της αντισταθμιστικής συμπεριφοράς από δύο φορές σε μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες (APA, 2013).

Η διαταραχή υπερφαγίας που βρισκόταν στο παράρτημα του DSM-IV προστέθηκε στο νέο εγχειρίδιο. Η διαφορά από τα προτεινόμενα κριτήρια είναι ότι η ελάχιστη μέση συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας που απαιτείται για τη διάγνωση είναι μία φορά την εβδομάδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών, σε αντίθεση με τουλάχιστον δύο ημέρες την εβδομάδα για έξι μήνες σύμφωνα με το DSM-IV. Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση ποσότητας φαγητού, σε μία διακριτή χρονική διάρκεια, σημαντικά μεγαλύτερης σε σχέση με την ποσότητα που θα καταναλώναν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ανάλογη χρονική περίοδο και υπό παρόμοιες συνθήκες. Ακόμα, χαρακτηρίζεται από αίσθηση έλλειψης ελέγχου (π.χ., στην ποσότητα του φαγητού που καταναλώνεται) κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και έντονη συνοδευόμενη δυσφορία. Η διαταραχή διαφέρει από την ψυχογενή βουλιμία σε δύο τομείς: δεν υπάρχει αντισταθμιστική συμπεριφορά μετά από το επεισόδιο υπερφαγίας και δεν περιλαμβάνει το κριτήριο της επιρροής του βάρους και του σχήματος του σώματος στην αυτοαντίληψη του ατόμου. (APA, 2013).

Για την νέα διάγνωση της διαταραχής υπερφαγίας υποστηρίζεται πως τα όρια μεταξύ φυσιολογικής συμπεριφοράς, ελεύθερης επιλογής και παθολογίας είναι ασαφή και ενδέχεται να προκύψουν ψευδώς θετικές διαγνώσεις (Obiols, 2012). Οι Smink, Van Hoeken και Hoek (2012), ωστόσο υποστηρίζουν ότι η απόφαση να αποτελέσει η διαταραχή υπερφαγίας μία ξεχωριστή διάγνωση απορρέει από την ευρεία διάγνωση της διατροφικής διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς και από τα επιδημιολογικά δεδομένα που υποστηρίζουν τη εγκυρότητα της διαταραχής καθώς η διαταραχή υπερφαγίας διαφέρει από την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία όσον αφορά στην ηλικία έναρξης τη φυλετική κατανομή, τη συννοσηρότητα και την συσχέτιση με την παχυσαρκία. Οι Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby και Engel (2009), εξετάζοντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τονίζουν ότι η διαταραχή υπερφαγίας παρουσιάζει ουσιαστική διαφοροποίηση από τις άλλες διατροφικές διαταραχές και

αποτελεί μία ξεχωριστή κατηγορία με κλινική χρησιμότητα και διαφορετική κλινική εικόνα από την ψυχογενή βουλιμία και τη ψυχογενή ανορεξία. Επισημαίνουν πως τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από κλινικά σημαντικά επίπεδα ψυχοπαθολογίας καθώς τα άτομα βιώνουν υποκειμενική δυσφορία, μειωμένη ποιότητα ζωής και ψυχιατρική συννοσηρότητα σε παρόμοια επίπεδα με άλλες διατροφικές διαταραχές.

#### **4.4. Διαταραχές προσωπικότητας**

Σύμφωνα με το ορισμό του DSM-IV, μία διαταραχή της προσωπικότητας είναι ένα «διαρκές μοτίβο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς που αποκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου, είναι διάχυτη και άκαμπτη, έχει έναρξη στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή, είναι σταθερή στην πάροδο του χρόνου, και οδηγεί σε δυσφορία ή δυσλειτουργία». Στο DSM-IV περιλαμβάνονται έντεκα διαταραχές της προσωπικότητας: η παρανοειδής, η σχιζοειδής, η σχιζότυπη, η αντικοινωνική, η οριακή (μεταιχμιακή), η οιστριονική, η ναρκισσιστική, η αποφευκτική, η εξαρτητική, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η διαταραχή προσωπικότητας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (APA, 2000).

Στα γενικά διαγνωστικά κριτήρια για μία διαταραχή της προσωπικότητας περιλαμβάνεται το Κριτήριο Α που έχει ως εξής: Το βασικό χαρακτηριστικό των διαταραχών προσωπικότητας είναι ένα διαρκές μοτίβο της εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς που αποκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες του πολιτισμού του ατόμου. Αυτό το μοτίβο εκδηλώνεται σε δύο (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τομείς:

(1) γνωστική λειτουργία (δηλαδή, τους τρόπους αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, των άλλων ανθρώπων και των γεγονότων).

(2) συναισθηματική λειτουργία (δηλαδή, το εύρος, την ένταση, την αστάθεια και την καταλληλότητα της συναισθηματικής απόκρισης).

(3) διαπροσωπική λειτουργία.

(4) έλεγχος των παρορμήσεων.

Στο DSM-5 υπάρχουν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις για τις διαταραχές της προσωπικότητας. Όπως παρατίθεται στο νέο εγχειρίδιο, η ένταξη και των δύο μοντέλων στο DSM-5 αντικατοπτρίζει την απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας για τη διατήρηση της συνέχειας με την ισχύουσα κλινική πρακτική, ενώ εισάγει επίσης μία νέα προσέγγιση που έχει ως στόχο να αντιμετωπίσει πολυάριθμες ελλείψεις της σημερινής προσέγγισης στις διαταραχές της προσωπικότητας (APA, 2013).

Στο τμήμα II του εγχειριδίου οι διαγνωστικές κατηγορίες και τα κριτήρια για τις διαταραχές της προσωπικότητας, δεν έχουν αλλάξει από εκείνες στο DSM-IV, εκτός από την ένταξη των κατηγοριών αλλιώς προσδιοριζόμενη η απροσδιόριστη διαταραχή της προσωπικότητας και αλλαγή της προσωπικότητας λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης.

Στο τμήμα III περιλαμβάνεται ένα μικτό εναλλακτικό μοντέλο για τη διάγνωση των διαταραχών της προσωπικότητας, το οποίο βασίζεται στη διαστατική αξιολόγηση των κατηγορικών διαγνώσεων της προσωπικότητας και παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις. Αρχικά, το Κριτήριο A του DSM-IV έχει αναθεωρηθεί με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κλινικών μετρήσεων των βασικών διαταραχών που αφορούν στη παθολογία της προσωπικότητας. Οι διαταραχές της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από ελάχιστη έως ακραία διαταραχή στην λειτουργικότητα της προσωπικότητας και της διαπροσωπικής λειτουργίας και από τα παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Η λειτουργικότητα της προσωπικότητας περιλαμβάνει την ταυτότητα και τον αυτό-προσδιορισμό και η διαπροσωπική λειτουργία περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση και την οικειότητα. Τα παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας θεωρούνται δυσπροσαρμοστικές παραλλαγές του μοντέλου των πέντε παραγόντων και οργανώνονται στους παρακάτω κύριους τομείς: αρνητικός συναισθηματισμός, αποστασιοποίηση, ανταγωνισμός, δυσαναστολή και ψυχωτισμός, οι

οποίοι περιλαμβάνουν 25 ειδικά χαρακτηριστικά π.χ., εκκεντρότητα ως πτυχή του ψυχωτισμού (APA, 2013).

Οι διαταραχές που παραμένουν στο εναλλακτικό μοντέλο είναι η αντικοινωνική, η αποφευκτική, η οριακή (μεταιχμιακή), η ναρκισσιστική, η ψυχαναγκαστική και η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας. Ακόμα, η διαταραχή προσωπικότητας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, αντικαθίσταται από τη διαταραχή της προσωπικότητας που συνοδεύεται από προσδιοριστές για τα παθολογικά χαρακτηριστικά και τη σοβαρότητα της δυσλειτουργίας, παρέχοντας περισσότερες πληροφορίες για τα άτομα που δεν εμπίπτουν σε μία συγκεκριμένη κατηγορία. Τέλος το μοντέλο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ατόμων χωρίς κάποια διαταραχή (APA, 2013).

Ορισμένοι από τους βασικούς στόχους του DSM-5 ήταν η διαστατική προσέγγιση των διαταραχών της προσωπικότητας και η αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρατηρούνται στις διαταραχές προσωπικότητας σύμφωνα με την κατηγορική προσέγγιση του DSM-IV, όπως η έλλειψη διαγνωστικής εγκυρότητα και αξιοπιστίας, ο ασαφής καθορισμός των διαφορετικών τύπων προσωπικότητας, η υπερβολική συννοσηρότητα, το μεγάλο ποσοστό των ΜΠΑ διαγνώσεων, η ετερογένεια εντός των κατηγοριών η σημαντική αλληλοεπικάλυψη των διαγνωστικών κριτηρίων και η ανεπαρκής χρησιμότητα για τη θεραπεία (Esbec, & Echeburúa, 2011. Wakefield, 2013b).

Μερικοί από τους ερευνητές που συνέβαλαν στη συγκρότηση του εγχειριδίου, βασιζόμενοι στην άποψη ότι οι διαταραχές προσωπικότητας είναι στην πραγματικότητα ακραίες εκδηλώσεις των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που υπάρχουν σε όλους, θεώρησαν ότι το ίδιο σύστημα που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κανονική προσωπικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για να περιγράψει τις διαταραχές της προσωπικότητας. Το αποτέλεσμα ήταν, ένα πολύπλοκο μοντέλο αξιολόγησης που μπορούσε να συμπεριληφθεί μόνο στο τμήμα III του εγχειριδίου (Wakefield, 2013b).

Όπως αναφέρουν οι Porter και Risler (2014), η ένταξη δύο ασυμβίβαστων διαγνωστικών συστημάτων για τις διαταραχές προσωπικότητας στο DSM-5 είναι ενδεικτική της έλλειψης ικανοποίησης με τα κριτήρια του DSM-IV εκ μέρους των ερευνητών και των ειδικών και αντικατοπτρίζει το ευρύ φάσμα απόψεων σχετικά με τον καλύτερο τρόπο βελτίωσης της διάγνωσης. Οι Mullins-Sweatt, Bernstein και Widiger,

(όπως αναφέρεται στους Porter, & Risler, 2014), επισημαίνουν ότι σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διατήρηση ή μη των διαφορετικών διαταραχών προσωπικότητας που πραγματοποιήθηκε από την Ομάδα Εργασίας του DSM-5, δεν καλύπτεται μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας που υποστηρίζει την εγκυρότητα των κατηγοριών και δεν περιλαμβάνεται κάποια περιγραφή των κριτηρίων ένταξης ή αποκλεισμού των διαταραχών. Επιπρόσθετα, το συμπέρασμα της Ομάδας Εργασίας ότι υπάρχει σχετικά μικρή έρευνα που να υποστηρίζει την χρησιμότητα και εγκυρότητα των διαταραχών που απορρίπτονται στο εναλλακτικό μοντέλο, δεν αποτελεί επαρκή απόδειξη της κατάργησης τους.

Αν και η διαστατική εκτίμηση της λειτουργικότητας και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας υποστηρίζεται σε σημαντικό βαθμό, καθώς η έρευνα αποδεικνύει ότι τα χαρακτηριστικά των διαταραχών της προσωπικότητας κατανέμονται σε ένα συνεχές, το εναλλακτικό μοντέλο του εγχειριδίου τίθεται υπό έντονη αμφισβήτηση και θεωρείται ως πολύπλοκο, ελάχιστα και επιφανειακά βελτιωμένο σε σύγκριση με το DSM-IV (Livesley, 2012. Porter, & Risler, 2014. Pull, 2014). Ο Verheul (2012), παραθέτει ότι αν και κάποιες προτάσεις του εναλλακτικού μοντέλου αντιμετωπίζουν τους περιορισμούς του κατηγορικού συστήματος, ο μικτός χαρακτήρας του το καθιστά περίπλοκο και ασύνδετο, με αμφισβητήσιμη ακρίβεια και αξιοπιστία και κλινική χρησιμότητα. Ωστόσο άλλοι ερευνητές τονίζουν την υπεροχή του σε σχέση με το κατηγορικό μοντέλο και προτείνουν την υιοθέτηση του εναλλακτικού μοντέλου και την περαιτέρω βελτίωσή του (Few, και συν., 2013. Shiner, & Allen, 2013). Ο Livesley, (2010), επισημαίνει ότι το προτεινόμενο μοντέλο αποτελεί ένα συγκερασμό καινοτομίας και στασιμότητας σε παραδοσιακές μεθόδους διάγνωσης με αποτέλεσμα να είναι ασυνεπές, αναξιόπιστο, ασυμβίβαστο με τα εμπειρικά δεδομένα και με σοβαρές ελλείψεις που εμποδίζουν την κλινική χρησιμότητα του.

#### 4.5. Αγχώδεις διαταραχές

Το κεφάλαιο για τις αγχώδεις διαταραχές δεν περιλαμβάνει πλέον την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και την διαταραχή από οξύ στρες (APA, 2013). Η άποψη ότι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελεί στην πραγματικότητα προσπάθεια για τον έλεγχο του άγχους έχει μετά από μελέτες του εγκεφάλου, απορριφθεί, ως αναπόδεικτη και πιθανώς αναληθής (Wakefield, 2013a). Έχουν γίνει αλλαγές στα κριτήρια της ειδικής φοβίας και της διαταραχής κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία). Συγκεκριμένα, δεν απαιτείται πλέον σε άτομα άνω των 18 ετών να αναγνωρίζουν ότι το άγχος τους είναι υπερβολικό ή παράλογο και στη διαταραχή κοινωνικού άγχους έχει προστεθεί ο προσδιοριστής του άγχους απόδοσης. Το άγχος πρέπει να είναι, εφόσον ληφθούν υπ' όψιν οι πολιτισμικοί παράγοντες, δυσανάλογο σε σχέση με τον πραγματικό κίνδυνο ή την απειλή σε μία δεδομένη κατάσταση. Περαιτέρω αλλαγές αφορούν στις κρίσεις πανικού οι οποίες δύναται να αναφέρονται ως προσδιοριστές εφαρμόσιμοι για όλες τις διαταραχές. Ακόμα, οι κατά DSM-IV διαγνώσεις της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, της διαταραχής πανικού χωρίς αγοραφοβία, και της αγοραφοβίας χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού έχουν αντικατασταθεί από τις διαγνώσεις της διαταραχής πανικού και της αγοραφοβίας με ξεχωριστά κριτήρια. Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού και η επιλεκτική αλαλία ταξινομούνται στο DSM-5 στις αγχώδεις διαταραχές. Τέλος, για την αποφυγή υπερδιάγνωσης των παροδικών φόβων ως αγχώδους διαταραχής έχει οριστεί η απαιτούμενη διάρκεια των συμπτωμάτων στους έξι μήνες (APA, 2013).

Στις αγχώδεις διαταραχές, έχει διερευνηθεί η χρησιμότητα των διαστατικών εργαλείων αξιολόγησης του DSM-5. Οι Möller, Majdandžić, Craske και Bögels, (2014), αναφέρουν ότι τα διαστατικά εργαλεία είναι συνεπή σε δομή και περιεχόμενο και αξιολογούν τα κύρια χαρακτηριστικά του φόβου και του άγχους, που παρά το ότι εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο, είναι κοινά σε όλες τις αγχώδεις διαταραχές και επισημαίνουν ότι η μέτρηση του άγχους σε παιδιά με την κλίμακα αξιολόγησης του DSM-5 υπερτερεί σε σχέση με άλλα ψυχομετρικά εργαλεία.

#### 4.6.Ιδεοψυχαναγκαστική και συναφείς διαταραχές

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή στο DSM-IV ανήκε στις αγχώδεις διαταραχές όπως και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (APA, 2000). Στο DSM-5 υπάρχει το νέο κεφάλαιο: Ψυχαναγκαστική και Συναφείς Διαταραχές. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι παρακάτω νέες διαταραχές: διαταραχή αποθησαύρισης, διαταραχή εκδοράς (skin-picking), ψυχαναγκαστική και συναφείς διαταραχές οφειλόμενες σε ουσίες ή φάρμακα και ψυχαναγκαστική και συναφείς διαταραχές λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης. Η τριχοτιλλομανία ανήκει επίσης στο ίδιο κεφάλαιο αντί της διαταραχής ελέγχου των παρορμήσεων. Η διαταραχή δυσμορφίας σώματος περιλαμβάνεται επίσης ενώ στο DSM-IV ήταν στις σωματόμορφες διαταραχές και τέλος, υπάρχουν προσδιοριστές στη ψυχαναγκαστική διαταραχή τη διαταραχή αποθησαύρισης και τη διαταραχή δυσμορφίας σώματος, για τον καθορισμό του βαθμού εναισθησίας των ατόμων (APA, 2013).

Σε πολλές επιστημονικές δημοσιεύσεις διερευνήθηκε η ομοιότητα των συμπτωμάτων αναφορικά με τις αγχώδεις διαταραχές και τις ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές. Στην διερεύνηση των απόψεων 108 ψυχιάτρων και ψυχολόγων που διεξήχθη από την Ομάδα Εργασίας του DSM-5 το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) συμφώνησε για την δημιουργία ξεχωριστής διαγνωστικής κατηγορίας με το επιχείρημα ότι οι ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί είναι τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής διαταραχής παρά το άγχος. Το αντικρουόμενο επιχείρημα από αυτούς που διαφώνησαν ήταν ότι οι ψυχαναγκαστική διαταραχή και οι αγχώδεις διαταραχές ανταποκρίνονται σε παρόμοιες θεραπευτικές παρεμβάσεις και τείνουν να συνυπάρχουν (Mataix-Cols, Pertusa, & Leckman, 2007). Σύμφωνα με τους Van Ameringen, Patterson και Simpson (2014), η κατάργηση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής από τις αγχώδεις διαταραχές καθοδηγήθηκε από την προκύπτουσα επιστημονική γνώση που υποδεικνύει ότι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι συμπεριφορικά και φαινομενολογικά διακριτή από τις διαταραχές άγχους. Η ύπαρξη του ξεχωριστού κεφαλαίου προσδίδει κλινική χρησιμότητα καθώς αναγνωρίζονται η διακριτή εννοιολογική προσέγγιση, εκτίμηση και παρέμβαση που απαιτούνται για αυτές τις διαταραχές.

#### **4.7.Σχετιζόμενες με ουσίες και εθισμό διαταραχές**

Η βασική αλλαγή στο DSM-5 είναι ότι δεν διαχωρίζεται η διάγνωση της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης αλλά αποτελούν την ενιαία κατηγορία των διαταραχών χρήσης ουσιών. Αντίθετα, παρέχονται κριτήρια για τη διαταραχή χρήσης ουσιών, συνοδευόμενα από κριτήρια για την τοξίκωση, τη στέρηση, τις προκαλούμενες από ουσίες διαταραχές, και τις απροσδιόριστες διαταραχές. Επιπρόσθετα, το απαιτούμενο όριο για τη διάγνωση της διαταραχής χρήσης ουσιών έχει τεθεί στα δύο ή περισσότερα κριτήρια σε αντίθεση με το όριο του ενός ή περισσότερων σύμφωνα με το DSM-IV και η σοβαρότητα του DSM-5 διαταραχών χρήσης ουσιών εκτιμάται με βάση τον αριθμό των κριτηρίων που πληρούνται.

Η παθολογική χαρτοπαιξία που βρισκόταν στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, τώρα αποτελεί την κατηγορία διαταραχής τυχερών παιχνιδιών στο παρόν κεφάλαιο αντικατοπτρίζοντας ενδείξεις ότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τα τυχερά παιχνίδια ενεργοποιούν τα συστήματα ανταμοιβής του εγκεφαλου όπως και η χρήση ουσιών και εμφανίζουν παρόμοια συμπεριφορικά συμπτώματα (APA, 2013).

Η διεύρυνση της διαγνωστικής κατηγορίας με την ταξινόμηση των διαταραχών χρήσης ουσιών μαζί με συμπεριφορικές εξαρτήσεις ενδέχεται να οδηγήσει σε ένταξη περισσότερων συμπεριφορικών διαταραχών, οι οποίες προς το παρόν βρίσκονται στο παράρτημα του DSM-5 για περεταίρω διερεύνηση (Frances, & Widiger, 2012. Potenza, 2014. Straussner, 2013).

#### **4.8.Διαταραχές φάσματος της σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωτικές διαταραχές**

Το DSM-IV, περιελάμβανε πέντε υπότυπους της σχιζοφρένειας: παρανοϊκός, αποδιοργανωμένος, κατατονικός αδιαφοροποίητος και υπολειμματικός τύπος. Οι



υπότυποι της σχιζοφρένειας κατά το DSM-IV έχουν εξαλειφθεί λόγω της περιορισμένης διαγνωστικής τους σταθερότητας, της φτωχής περιγραφής, της ετερογένειας της σχιζοφρένειας, της χαμηλής αξιοπιστίας και φτωχής εγκυρότητας (APA, 2013. Carpenter & Tandon, 2013. Tandon, και συν., 2013). Στο εγχειρίδιο περιλαμβάνεται μία διαστατική προσέγγιση για την εκτίμηση της σοβαρότητας των βασικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, για να συλλάβει τη σημαντική ετερογένεια στο είδος και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που εκφράζονται σε όλα τα άτομα με ψυχωσικές διαταραχές. Έχουν γίνει επίσης ορισμένες μικρές αλλαγές στα κριτήρια και έχουν προστεθεί προσδιοριστές (APA, 2013).

Σύμφωνα με τον Keshavan, (2013), στο DSM-5 έχουν γίνει σημαντικά θετικά βήματα στις ψυχωσικές διαταραχές, όπως η ένταξη της διαστατικής εκτίμησης. Ωστόσο επισημαίνει, πως οι αλλαγές αυτές δεν επαρκούν και θα πρέπει να αποτελέσουν θεμέλια για μελλοντικές τροποποιήσεις που θα ενισχύσουν την αξιοπιστία και την κλινική χρησιμότητα των κριτηρίων και θα επιτύχουν σαφή και έγκυρα όρια στις διαταραχές ψύχωσης.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πληθώρα αμφιλεγόμενων κριτικών στις αλλαγές του DSM-5 οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πολλές από τις επιπτώσεις των τροποποιήσεων που έγιναν, θα είναι περισσότερο εμφανείς σε μελλοντικές έρευνες. Σύμφωνα με το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας και εξετάζοντας τα εισαγωγικά σχόλια του νέου εγχειριδίου, καθώς επίσης και τις διαρθρωτικές αλλαγές και τους στόχους που τέθηκαν, η σημαντική επιστημονική αλλαγή που προοριζόταν να αποτελέσει το νέο εγχειρίδιο φαίνεται αμφισβητήσιμη. Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι η διερεύνηση στην παρούσα εργασία των περισσότερο αμφιλεγόμενων τροποποιήσεων του DSM-5, και στις οποίες έχει ασκηθεί η αυστηρότερη κριτική δεν σημαίνει πως το νέο εγχειρίδιο δεν περιλαμβάνει βελτιώσεις και θετικές τροποποιήσεις. Επιπρόσθετα, ένα άλλος μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει πως οι αλλαγές του εγχειριδίου ξεπερνούν βασικούς περιορισμούς του DSM-IV και αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα επιστημονική γνώση. Ενδεχομένως η 5<sup>η</sup> έκδοση του DSM, βάσει των σημαντικών αμφισβητούμενων σημείων που τονίζει η επιστημονική έρευνα, να αποτελέσει θεμέλιο για την επίτευξη περεταίρω αλλαγών και βελτιώσεων των βασικών του περιορισμών, που θα ενσωματωθούν σε επόμενες αναθεωρήσεις του εγχειριδίου.

Το DSM-5 αποτελεί ένα εγχειρίδιο και στην εφαρμογή των κριτηρίων του, η υποκειμενική κρίση των ειδικών μπορεί να ξεπεράσει τους περιορισμούς του. Βέβαια, το πρόβλημα έγκειται στις περιπτώσεις όπου τα διαγνωστικά κριτήρια επηρεάζουν τις δομές ψυχικής υγείας με επιπτώσεις στην ποιότητα των υποστηρικτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και τον ενδεχόμενο αποκλεισμό από της υπηρεσίες αυτές, ατόμων που χρίζουν θεραπευτικής παρέμβασης. Επίσης, όταν υπάρχει κίνδυνος να οδηγήσουν σε παθολογοποίηση φυσιολογικών συμπεριφορών, σε ψευδώς θετικές διαγνώσεις διαταραχών και αύξηση των φαρμακευτικών θεραπειών η εμπειριστατωμένη διερεύνηση των κριτηρίων είναι απαραίτητη και αναμένεται ότι η επιστημονική κοινότητα θα προσφέρει περεταίρω εκτιμήσεις για τις τροποποιήσεις του εγχειριδίου.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Aggarwal, N. K. (2013). Cultural psychiatry, medical anthropology, and the DSM-5 field trials. *Medical Anthropology*, 32, 393–398.
- Aggarwal, N. K., Nicasio, A. V., DeSilva, R., Boiler, M., & Lewis-Fernández, R. (2013). Barriers to implementing the DSM-5 cultural formulation interview: A qualitative study. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 37(3), 505-533.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131-139.
- Aragona, M. (2014). Epistemological reflections about the crisis of the DSM-5 and the revolutionary potential of the RDoC project. *Dialogues in Philosophy, Mental and NeuroSciences*, 7(1), 11-20

- Axelsson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M.,...Birmaher, B. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the longitudinal assessment of manic symptoms study. *Journal of Clinical Psychiatry, 73*(10), 1342-1350.
- Batstra, L., Nieweg, E. H., & Hadders-Algra, M. (2014). Exploring five common assumptions on attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, 103*(7), 696-700.
- Bell, A. S. (2010). A critical review of ADHD diagnostic criteria: What to address in the DSM- V. *Journal of Attention Disorders, 15*(1), 3-10.
- Buckley, M., R. (2014). Back to basics: Using the DSM-5 to benefit clients. *The Professional Counselor, 4*, 159–165.
- Cooper, R. (2014). Diagnosing the *diagnostic and statistical manual of mental disorders*. London: Karnac.
- Corcoran, J., & Walsh, J. (2006). *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. New York: Oxford University Press.
- Coury, D. L., Swedo, S. E., Thurm, A. E., Miller, D. T., Veenstra-Vanderweele, J. M., Carbone, P. S., & Taylor, J. L. (2014). Treating the whole person with autism: The proceedings of the autism speaks national autism conference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 44*(2), 26-47.

- Dailey, S. F., Gill, C. S., Karl, S. L., & Barrio Minton, C. A. (2014). Historical underpinnings, structural alterations and philosophical changes: Counseling practice implications of the *DSM-5*. *The Professional Counselor, 4*, 166–178.
- Dalsgaard, S. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Child and Adolescent Psychiatry, 22*(1), 43-48.
- Esbec, W., & Echeburúa, E. (2011). New criteria for personality disorders in DSM-V. *Actas Espanolas De Psiquiatria, 39*(1), 1-11.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., Collins, B., & MacKillop, J. (2013). Examination of the section III dsm-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(4), 1057-1069.
- First, M. B. (2010). Paradigm shifts and the development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: Past experiences and future aspirations. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(11), 692-700.
- Fischer, B. A. (2012). A review of american psychiatry through its diagnoses: The history and development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(12), 1022-1030.
- Frances, A., & Batstra, L. (2013). Why so many epidemics of childhood mental disorder? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 34*(4), 291-292.
- Frances, A., & Jones, K. D. (2014). Should social workers use diagnostic and statistical manual of mental disorders-5? *Research on Social Work Practice, 24*(1), 11-12.

- Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 109-130.
- Ghaemi, N. (2014). Psychopathology for what purpose? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 129*(1), 78-79.
- Gintner, G. G. (2014). DSM-5 conceptual changes: Innovations, limitations and clinical implications. *The Professional Counselor, 4*, 179–190.
- Guthrie, W., Swineford, L. B., Wetherby, A. M., & Lord, C. (2013). Comparison of DSM-IV and DSM-5 factor structure models for toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(8), 797-805.
- Helzer, J. E., Wittchen, H. U., Krueger, R. F., & Kraemer, H. C. (2008). Dimensional options for DSM-V: The way forward. In J. E. Helzer, H. C. Kraemer, R. F. Krueger, H. U. Wittchen, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 115-127). Arlington: American Psychiatric Association.
- Jacob, K. S. (2014). DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient-physician partnership. *Asian Journal of Psychiatry, 7*(1), 89- 91.
- Jacobs, D. H. (2014). Mental disorder or "normal life variation"? why it matters. *Research on Social Work Practice, 24*(1), 152-157.

- Jewell, J. D., Hupp, S. D. A., & Pomerantz, A. M. (2009). Diagnostic Classification Systems. In J. L. Matson, M. L. Matson, & F. Andrasik (Eds.), *Assessing childhood psychopathology and developmental disabilities* (pp.31-53). New York: Springer.
- Jones, K. D. (2012). Dimensional and cross-cutting assessment in the DSM-5. *Journal of Counseling and Development, 90*(4), 481-487.
- Kecmanovic, D. (2013). DSM-5: The more it changes the more it is the same. *Psychiatria Danubina, 25*(2), 94-96.
- Keshavan, M. S. (2013). Nosology of psychoses in DSM-5: Inches ahead but miles to go. *Schizophrenia Research, 150*(1), 40-41.
- King, B. H., Navot, N., Bernier, R., & Webb, S. J. (2014). Update on diagnostic classification in autism. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(2), 105-109.
- Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*(1), 8-15.
- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research, 38*(1), 17-25.
- Kress, V. E., Barrio Minton, C. A., Adamson, N. A., Paylo, M. J., & Pope, V. (2014). The removal of the multiaxial system in the *DSM-5*: Implications and practice suggestions for counselors. *The Professional Counselor, 4*, 191–201.

- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (2002). Introduction. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. xv–xxiii). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Lacasse, J. R. (2014). After DSM-5: A critical mental health research agenda for the 21st century. *Research on Social Work Practice, 24*(1), 5-10.
- Leekam, S., Libby, S., Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2000). Comparison of ICD-10 and Gillberg's criteria for Asperger syndrome. *Autism, 4*(1), 11-28.
- Leigh, H. (2009). A proposal for a new multiaxial model of psychiatric diagnosis: A continuum-based patient model derived from evolutionary developmental gene-environment interaction. *Psychopathology, 42*(1), 1-10.
- Littrell, J., & Lacasse, J. R. (2012). Controversies in psychiatry and DSM-5: The relevance for social work (occasional essay). *Families in Society, 93*(4), 265-269.
- Livesley, W. L. (2003). Diagnostic Dilemmas in Classifying Personality Disorder. In K. A. Phillips, M. B. First, & H. A. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-189). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Livesley, W. J. (2010). Confusion and incoherence in the classification of personality disorder: Commentary on the preliminary proposals for DSM-5. *Psychological Injury and Law, 3*(4), 304-313.



- Livesley, W. J. (2012). Disorder in the proposed DSM-5 classification of personality disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*(5), 364-368.
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: How should obsessive-compulsive and related disorders be classified? *American Journal of Psychiatry*, *164*(9), 1313-1314.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, *41*(3), 249-267.
- Möller, H. J. (2009). Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(5), 595-612.
- Möller, H. J., Bandelow, B., Bauer, M., Hampel, H., Herpertz, S. C., Soyka, ...Maier, W. (2014). DSM-5 reviewed from different angles: Goal attainment, rationality, use of evidence, consequences-part 1: General aspects and paradigmatic discussion of depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. doi:10.1007/s00406-014-0520-x
- Möller, E. L., Majdandžić, M., Craske, M. G., & Bögels, S. M. (2014). Dimensional assessment of anxiety disorders in parents and children for DSM-5. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *23*(3), 331-344.
- Noterdaeme, M., Wriedt, E., & Höhne, C. (2010). Asperger's syndrome and high-functioning autism: Language, motor and cognitive profiles. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *19*(6), 475-481.

- Obiols, J. E. (2012). DSM 5: Precedents, present and prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 281-290.
- Ozonoff, S., South, M., & Miller, J. N. (2000). DSM-IV-defined asperger syndrome: Cognitive, behavioral and early history differentiation from high-functioning autism. *Autism, 4*(1), 29-46.
- Pierre, J. M. (2010). The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: Past, present, and future. *Journal of Psychiatric Practice, 16*(6), 375-386.
- Pilgrim, D. (2014). Historical resonances of the DSM-5 dispute: American exceptionalism or eurocentrism? *History of the Human Sciences, 27*(2), 97-117.
- Pincus, H. A., Frances, A., Davis, W. W., First, M. B., & Widiger, T. A. (1992). DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation. *American Journal of Psychiatry, 149*, 112–117.
- Pincus, H. A., McQueen, L. E., & Elinson, L. (2003). Subthreshold Mental Disorders: Nosological and Research Recommendations. In K. A. Philips, M. B. First, & H. A. Pincus (Eds), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 129-144). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Pomeroy, E. C., & Anderson, K. (2013). The DSM-5 has arrived. *Social Work (United States), 58*(3), 197-200.
- Pomeroy, E. C., & Parrish, D. E. (2012). The new DSM-5: Where have we been and where are we going? *Social Work (United States), 57*(3), 195-200.

- Potenza, M. N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addictive Behaviors, 39*(1), 1-2.
- Porter, J. S., & Risler, E. (2014). The new alternative DSM-5 model for personality disorders: Issues and controversies. *Research on Social Work Practice, 24*(1), 50-56.
- Probst, B. (2014). The life and death of axis IV: Caught in the quest for a theory of mental disorder. *Research on Social Work Practice, 24*(1), 123-131.
- Prosser, B., & Reid, R. (2013). The DSM-5 changes and ADHD: More than a tweak of terms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(12), 1196-1197.
- Pull, C. B. (2014). Personality disorders in diagnostic and statistical manual of mental disorders-5: Back to the past or back to the future? *Current Opinion in Psychiatry, 27*(1), 84-86.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry, 12*(2), 92-98.
- Rogler, L. H. (1997). Making sense of historical changes in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: Five propositions. *Journal of Health and Social Behavior, 38*(1), 9-20.
- Rounsaville, B.J., Alarcón, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R.E., & Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. In D. A. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. 1-29). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

- Sanders, J. L. (2011). A distinct language and a historic pendulum: The evolution of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(6), 394-403.
- Schmit, E. L., & Balkin, R. S. (2014). Evaluating emerging measures in the *DSM-5* for counseling practice. *The Professional Counselor, 4*, 216–231.
- Selekman, J., & Diefenbeck, C. (2014). The new *DSM-5* and its impact on the mental health care of children. *Journal of Pediatric Nursing, 29*, 442–450.
- Sharma, S., Woolfson, L. M., & Hunter, S. C. (2012). Confusion and inconsistency in diagnosis of asperger syndrome: A review of studies from 1981 to 2010. *Autism, 16*(5), 465-486.
- Shiner, R. L., & Allen, T. A. (2013). Assessing personality disorders in adolescents: Seven guiding principles. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(4), 361-377.
- Smart, D. W., & Smart, J. F. (1997). *DSM-IV* and culturally sensitive diagnosis: Some observations for counselors. *Journal of Counseling & Development, 75*, 392–398.
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406-414.
- Spitzer, R. L., & Fleiss, J. L. (1974). A reanalysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry, 125*(10), 341-347.

- Stefanatos, G. A., & Baron, I. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review, 17*(1), 5-38.
- Straussner, S. L. A. (2013). The DSM-5 diagnostic criteria: What's new? *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(4), 448-453.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os J., & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research, 150*(1), 3-10.
- Tannock, R. (2013). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: Proposed changes in diagnostic criteria. *Journal of Learning Disabilities, 46*(1), 5-25.
- Thakker, J., & Ward, T. (1998). Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM- IV. *Clinical Psychology Review, 18*(5), 501-529.
- Tomlinson-Clarke, S. M., & Georges, C. M. (2014). DSM-5: A commentary on integrating multicultural and strengthbased considerations into counseling training and practice. *The Professional Counselor, 4*, 272-281.
- Trestman, R. L. (2014). DSM-5 and personality disorders: Where did axis II go? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 42*(2), 141-145.
- Tsai, L. Y. (2013). Asperger's disorder will be back. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(12), 2914-2942.

- Tsai, L. Y., & Ghaziuddin, M. (2014). DSM-5 ASD moves forward into the past. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(2), 321-330.
- Tsuang, M. T., Stone, W. S., Tarbox, S. I., Faraone, S.V. (2003). Insights from neuroscience for the concept of schizotaxia and the diagnosis of schizophrenia. In K. A. Philips, M. B. First, & H. A. Pincus (Eds), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 105-127). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and Anxiety, 31*(6), 487-493.
- Verheul, R. (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*(5), 369-371.
- Wakefield, J. C. (2010). False positives in psychiatric diagnosis: Implications for human freedom. *Theoretical Medicine and Bioethics, 31*(1), 5-17.
- Wakefield, J. C. (2013a). DSM-5 and clinical social work: Mental disorder and psychological justice as goals of clinical intervention. *Clinical Social Work Journal, 41*, 131-138.
- Wakefield, J. C. (2013b). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal, 41*(2), 139-154.

- Wakefield, J. C., & First, M. B. (2012). Validity of the bereavement exclusion to major depression: Does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry, 11*(1), 3-10.
- Wakefield, J. C., & First, M. B. (2013). Clarifying the boundary between normality and disorder: A fundamental conceptual challenge for psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(11), 603-605.
- Walters, G. D. (2013). Dimensions vs. categories in psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(6), 532-533.
- Williams, K., Woolfenden, S., Roberts, J., Rodger, S., Bartak, L., & Prior, M. (2014). Autism in context 1: Classification, counting and causes. *Journal of Paediatrics and Child Health, 50*(5), 335-340.
- Wills, C. D. (2014). DSM-5 and neurodevelopmental and other disorders of childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 42*(2), 165-172.
- Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities, 32*(2), 768-773.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 42*(8), 687-705.

- Worley, J. A., & Matson, J. L. (2012). Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-V diagnostic criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*(2), 965-970.
- Young, R. L., & Rodi, M. L. (2014). Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(4), 758-765.
- Zisook, S., Shear, K., & Kendler, K. S. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry, 6*(2), 102-107.