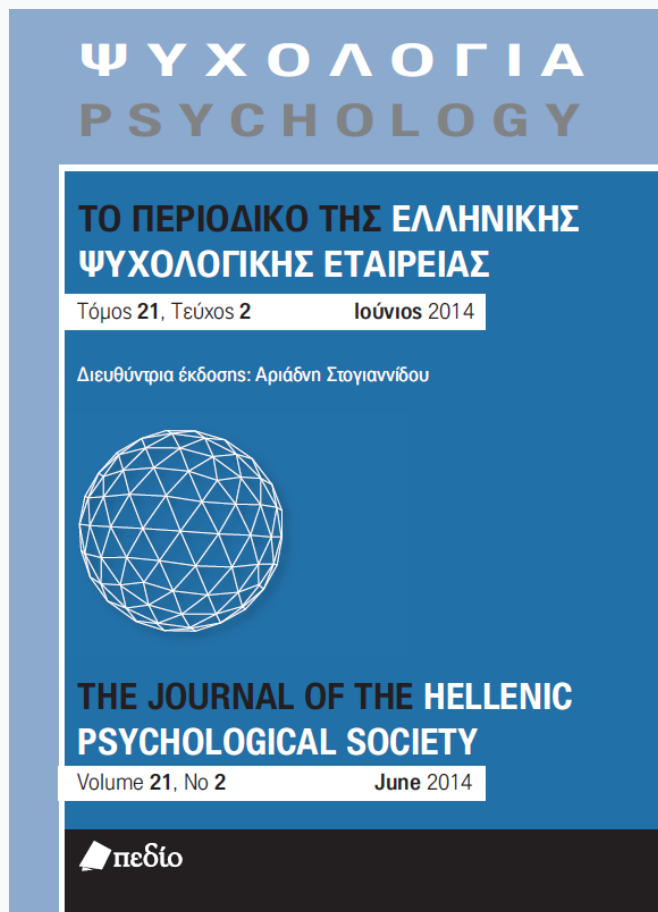


Ψυχολογία: το περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας

Τόμ. 21, Αρ. 2 (2014)



Εξελίξεις και συγκρούσεις αναφορικά με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών στο DSM-5: Μία ανασκόπηση του επιστημονικού διαλόγου και κριτικής

Ειρήνη Μούτσου, Ευγενία Γεωργάκα

doi: [10.12681/psy_hps.23272](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23272)

Copyright © 2020, Ειρήνη Μούτσου, Ευγενία Γεωργάκα



Άδεια χρήσης [Creative Commons Αναφορά-Παρόμοια Διανομή 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

Βιβλιογραφική αναφορά:

Μούτσου Ε., & Γεωργάκα Ε. (2020). Εξελίξεις και συγκρούσεις αναφορικά με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών στο DSM-5: Μία ανασκόπηση του επιστημονικού διαλόγου και κριτικής. *Ψυχολογία: το περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, 21(2), 130–148. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23272

Εξελίξεις και συγκρούσεις αναφορικά με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών στο DSM-5: Μία ανασκόπηση του επιστημονικού διαλόγου και κριτικής

ΕΙΡΗΝΗ ΜΟΥΤΣΟΥ¹

ΕΥΓΕΝΙΑ ΓΕΩΡΓΑΚΑ²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – DSM-5) κυκλοφόρησε το Μάιο του 2013, από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, και πυροδότησε έναν ευρύ επιστημονικό διάλογο, καθώς ενέχει ποικίλες αλλαγές σε σχέση με τις προηγούμενες εκδόσεις του. Η παρούσα εργασία αποτελεί μία ανασκόπηση αυτού του διαλόγου, ενώ δίνεται έμφαση στα κύρια σημεία κριτικής και προβληματισμού αναφορικά με ορισμένες σημαντικές αλλαγές. Αρχικά, περιγράφονται η εξελικτική πορεία των διάφορων εκδόσεων του DSM, οι βασικές αρχές και πρακτικές της παρούσας έκδοσης και τα κυριότερα σημεία αμφισβήτησής της. Στη συνέχεια, εξετάζονται αναλυτικά ορισμένες αξιοσημείωτες αλλαγές σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες, και οι συνέπειες που αυτές είναι πιθανό να επιφέρουν στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των αντίστοιχων ψυχικών διαταραχών. Εν κατακλείδι, η κεντρική κριτική στην πέμπτη έκδοση του DSM είναι ότι κλιμακώνει την πορεία ιατροποίησης των ψυχικών διαταραχών, η οποία χαρακτηρίζει τις τελευταίες εκδόσεις του, παθολογικοποιεί μία σειρά από καθημερινές εμπειρίες και συμπεριφορές, και διευρύνει τον υπό διάγνωση πληθυσμό, ιδιαίτερα στα παιδιά και τους ηλικιωμένους, με κίνδυνο την επέκταση της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής σε νέες πληθυσμιακές ομάδες.

Λέξεις-κλειδιά: DSM, Διάγνωση, Ταξινόμηση, Ψυχικές διαταραχές.

1. Εισαγωγή

Η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – DSM-5) κυκλοφόρησε τον

Μάιο του 2013, από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, και πυροδότησε έναν ευρύ επιστημονικό διάλογο, καθώς ενέχει σημαντικές αλλαγές σε σχέση με τις προηγούμενες εκδόσεις του. Οι προτάσεις για τις αλλαγές αυτές δημοσιεύονταν στην ιστοσελίδα του DSM-5 καθ' όλη τη διάρκεια των

1. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 54124. Τηλ: 2310 997472, φαξ: 2310 997384. E-mail: georgaca@psy.auth.gr

εργασιών επί του εγχειριδίου (American Psychiatric Association, 2012a), ώστε η διαδικασία διαμόρφωσής του να είναι ανοιχτή, διαφανής και άνευ προκαταλήψεων (Kupfer & Regier, 2009). Παρόλα αυτά, τόσο η διαφάνεια όσο και ποικίλα μεθοδολογικά ζητήματα και διαγνωστικές αλλαγές τέθηκαν υπό αμφισβήτηση και προκάλεσαν σφοδρές αντιδράσεις. Ενδεικτικά, οι επικεφαλής των DSM-III και DSM-IV, Robert Spitzer (2009) και Allen Frances (2010, 2012), αντίστοιχα, αποδοκίμασαν έντονα τη νέα έκδοση, ενώ περισσότεροι από 15.000 επαγγελματίες και φορείς ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων της Βρετανικής και της Δανικής Ψυχολογικής Εταιρείας, υπέγραψαν μία κριτική ανοιχτή επιστολή προς την εκδοτική ομάδα του DSM-5 (Open letter to DSM-5, 2013). Επιπλέον, αξιοσημείωτη είναι η δημοσίευση δύο ειδικών τευχών, τα οποία παρουσίασαν μία ενδιαφέρουσα κριτική ανασκόπηση του εγχειριδίου (Marecek & Gavey, 2013a; Paris & Phillips, 2013). Μεγάλο μέρος των συζητήσεων για το DSM-5 αποτελεί συνέχεια της αμφισβήτησης των ευρύτερων αρχών που διέπουν την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών στις τελευταίες εκδόσεις του DSM, ενώ θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι οι εκφραστές αυτής της αμφισβήτησης συνιστούν πλέον ένα διακριτό ρεύμα κριτικής των κυρίαρχων ψυχιατρικών πρακτικών ταξινόμησης και διάγνωσης.

Υπό αυτό το πρίσμα, η παρούσα εργασία αποτελεί μία ανασκόπηση του διαλόγου και των κριτικών σχετικά με τη διαδικασία διαμόρφωσης και τις αλλαγές του DSM-5. Αρχικά, περιγράφονται η εξελικτική πορεία των διάφορων εκδόσεων του DSM, οι βασικές αρχές και πρακτικές της παρούσας έκδοσης και τα κυριότερα σημεία αμφισβήτησής της. Στη συνέχεια, εξετάζονται αναλυτικά ορισμένες αξιοσημείωτες αλλαγές σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες, και οι συνέπειες που αυτές είναι πιθανό να επιφέρουν στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των αντίστοιχων ψυχικών διαταραχών.

2. Η Εξέλιξη του DSM

Το DSM είναι ένα εκ των δύο κυρίαρχων διαγνωστικών εγχειριδίων για τις ψυχικές διαταραχές

στο δυτικό κόσμο. Παρόλο που εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, χρησιμοποιείται ευρύτατα και στην Ευρώπη και αποτελεί την κατευθυντήρια γραμμή για τα περισσότερα εγχειρίδια ψυχιατρικής και ψυχοπαθολογίας. Επιπλέον, αλληλεπιδρά με τις ασφαλιστικές εταιρείες και τη φαρμακευτική βιομηχανία, ενώ χρησιμοποιείται και από τον νομικό κλάδο, την τέχνη και τα Μ.Μ.Ε. (Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013). Συνεπώς, η εξέλιξή του αφορά ποικίλες ομάδες ανθρώπων, πέρα από τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Εν γένει, έχουν διατυπωθεί πολλές κριτικές εναντίον του DSM για τη φτωχή επιστημονική του βάση, για τον συνολικό του αντίκτυπο στις γενικές απόψεις περί ψυχικής υγείας και κοινωνικής συμπεριφοράς, για τον α-θεωρητικό και αποπλαισιωμένο του χαρακτήρα, για την υιοθέτηση της περιγραφικής έναντι της ερμηνευτικής φαινομενολογίας και την επακόλουθη αγνόηση των υπαρχουσών κοινωνικών προκαταλήψεων, για το κοινωνικό, οικονομικό και νομικό του κόστος στους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τις οικονομικές του σχέσεις με τη φαρμακευτική βιομηχανία και για τη χρήση του ως βάσης πειθαρχίας στη σύγχρονη δυτική κοινωνία (Aho, 2008. Boyle, 1999. Vanheule, 2012).

Ιστορικά, το DSM κατευθύνθηκε από το ψυχοδυναμικό και ψυχοκοινωνικό προς το βιο-ιατρικό μοντέλο θεώρησης της ψυχικής ασθένειας. Έως τη δεκαετία του 1950, η ψυχική ασθένεια θεωρούνταν ότι προέκυπτε από τη σύγκρουση ενδοψυχικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, ενώ η σοβαρότητά της εντοπιζόταν σε ένα συνεχές, καθώς τα όρια μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας εκλαμβάνονταν ως ρευστά. Τα DSM-I και DSM-II, τα οποία εκδόθηκαν το 1952 και 1968, αντίστοιχα, βασίστηκαν σε αυτή τη θεώρηση και σχεδιάστηκαν από κλινικούς και ερευνητές με βάση την κλινική τους εμπειρία και την υπάρχουσα βιβλιογραφία (American Psychiatric Association, 2012b. Wilson, 1993).

Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1960, το ψυχοδυναμικό-ψυχοκοινωνικό μοντέλο άρχισε να δέχεται σφοδρή κριτική από την ψυχιατρική κοινότητα των Η.Π.Α. και του Ηνωμένου Βασιλείου

(Widiger & Clark, 2000). Επιπλέον, τα κινήματα της αποϊδρυματοποίησης, των ομοφυλόφιλων και των βετεράνων του Βιετνάμ άσκησαν σημαντικές πιέσεις για αλλαγές (Kutchins & Kirk, 1997). Ιδιαίτερα σοβαρό ζήτημα αποτέλεσε η εξαιρετικά χαμηλή αξιοπιστία των ψυχιατρικών διαγνώσεων, και ειδικά της ψύχωσης (Llandrich, 2012). Έτσι, το 1980, εκδόθηκε το DSM-III, το οποίο στηρίχθηκε στη μεγαλύτερη μέχρι τότε μελέτη αξιοπιστίας (American Psychiatric Association, 1980). Η νέα πορεία του DSM βασίστηκε σε τρεις βασικές αρχές του Kraepelin: πρώτον, ο ψυχιατρικός λόγος πρέπει να προσομοιάζει στον ιατρικό τρόπο σκέψης, άρα να υιοθετεί ιατρικές έννοιες και τεχνικές, δεύτερον, η ψυχιατρική διάγνωση πρέπει να προκύπτει από την ταξινόμηση συμπτωμάτων και συμπεριφορών, βασισμένων σε εδραιωμένα κριτήρια, τέλος, η εξέταση των ψυχικών διαταραχών πρέπει να ξεκινά από το βασικό όργανο της ψυχικής ασθένειας, τον εγκέφαλο (Feighner et al., 1972). Κατά συνέπεια, στο DSM-III καταργήθηκαν οι ψυχαναλυτικοί όροι, ενώ για πρώτη φορά εισήχθη το πολυαξονικό σύστημα ταξινόμησης, με σαφή διαγνωστικά κριτήρια (Decker, 2007). Η θεώρηση του DSM-III παρουσιάστηκε ως «α-θεωρητική» ή «ουδέτερη» ως προς την αιτιολογία των διαταραχών (American Psychiatric Association, 2012b), αν και επί της ουσίας το εγχειρίδιο είχε σαφή βιο-ιατρικό προσανατολισμό (Follette & Houts, 1996). Το DSM-III θεωρήθηκε ένα πολύ σημαντικό επιστημονικό επίτευγμα, ιδιαίτερα λόγω της αξιοπιστίας των διαγνώσεών του. Η αναθεωρημένη εκδοχή του, το DSM-III-R, που εκδόθηκε το 1987, εισήγαγε τροποποιήσεις και βελτιώσεις, κινούμενο προς την ίδια κατεύθυνση. Στις βασικότερες κριτικές των δύο αυτών εκδόσεων συγκαταλέγονται η στροφή προς έναν ερευνητικό προσανατολισμό, εις βάρος της κλινικής χρησιμότητας, η επικέντρωση σε συμπτώματα, έναντι της εκτίμησης της γενικότερης πορείας και ανάπτυξης του ατόμου, και η αγνόηση της εγκυρότητας των διαγνώσεων (Vaillant, 1984. Wilson, 1993).

Οι σημαντικότερες αλλαγές στην τέταρτη έκδοση του DSM (DSM-IV), το 1994, και της αναθεωρημένης του εκδοχής (DSM-IV-TR), το 2000, ήταν η υιοθέτηση ενός πιο συντηρητικού ουδού

για την έγκριση νέων διαγνώσεων και η ισχυρότερη στήριξη των αλλαγών στην επιστημονική βιβλιογραφία (Kutchins & Kirk, 1997. Widiger & Clark, 2000). Και πάλι, ωστόσο, εντοπίστηκαν σφάλματα και διατυπώθηκαν σοβαρές κριτικές για τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ συγκεκριμένων διαγνωστικών κατηγοριών, για τα υψηλά επιδημιολογικά ποσοστά κάποιων διαταραχών, για τη χαμηλή εγκυρότητα και για την εμπλοκή των φαρμακευτικών εταιρειών (Llandrich, 2012. Moynihan, Heath, Henry, & Gotzsche, 2002).

Εν κατακλείδι, από την έκδοση του DSM-III έως και την έκδοση του DSM-5 γίνεται προσπάθεια για έναν «αντικειμενικό» ορισμό των ψυχικών διαταραχών. Το εγχειρίδιο εκλαμβάνει τα συμπτώματα και τα προβλήματα του ατόμου ως σημεία μίας υποβόσκουσας διαταραχής, ενώ προσβέυει την άποψη ότι έγκυρη γνώση είναι αυτή που προκύπτει από πειραματική έρευνα, η οποία ακολουθεί τους όρους των θετικών επιστημών. Σύμφωνα με αυτή την οπτική, οι ψυχικές διαταραχές αναμένεται να καθορίζονται από νόμους της φύσης, ανεξάρτητους από το άτομο, τον χρόνο και τον πολιτισμό, κάτι το οποίο συνεπάγεται ότι τα συμπτώματα και η δυσφορία δύνανται να αντιμετωπιστούν όπως οι αντικειμενικές ενδείξεις μίας ασθένειας (Aho, 2008. Vanheule, 2012). Πιθανό κόστος αυτής της προσέγγισης είναι ότι υποτιμάται η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου και η ρευστότητα των κοινωνικών επιρροών.

3. Βασικές Αρχές και Αλλαγές του DSM-5

Σύμφωνα με τους Kendler, Kupfer, Narrow, Phillips και Fawcett (2009), η διαδικασία σχεδιασμού του DSM-5 ακολούθησε τέσσερις βασικές αρχές: Πρώτον, το DSM είναι ένα εγχειρίδιο που χρησιμοποιείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και, άρα, οι εκάστοτε αλλαγές έπρεπε να είναι εφαρμόσιμες στην καθημερινή κλινική πρακτική. Δεύτερον, οι προτεινόμενες αλλαγές έπρεπε να στηρίζονται σε ερευνητικές αποδείξεις. Τρίτον, η σύνδεση με τις προγενέστερες εκδόσεις θα διατηρούνταν, όπου αυτό ήταν εφικτό. Τέλος, αντίθετα με τη συντηρητική πρακτική του DSM-IV, δεν

θα υφίσταντο «a priori περιορισμοί» στο βαθμό αλλαγής από το DSM-IV στο DSM-5. Τον Δεκέμβριο του 2012 δημοσιεύθηκε μία σύνοψη της οργάνωσης του νέου DSM, την οποία είχε εγκρίνει το Διοικητικό Συμβούλιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, ενώ λίγο αργότερα δημοσιεύθηκαν αναλυτικότερα οι βασικές αλλαγές από το DSM-IV-TR στο DSM-5, οι οποίες περιγράφονται και στο παράρτημα του εγχειριδίου (American Psychiatric Association, 2012c, 2013a, 2013b). Κεντρικές αλλαγές στο DSM-5 αποτέλεσαν η κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος και η εισαγωγή του διαστατικού μοντέλου αξιολόγησης των διαταραχών. Έγιναν, επίσης, ποικίλες διαγνωστικές και εκφραστικές αλλαγές, οι οποίες αφορούν τη δημιουργία νέων διαγνωστικών κατηγοριών και την ενοποίηση προηγουμένως διακριτών διαγνώσεων (π.χ. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος), τη μείωση ορισμένων διαγνωστικών ορίων (π.χ. ΔΕΠΥ), την κατάργηση ορισμένων διαγνώσεων με περιορισμένη κλινική χρησιμότητα (π.χ. υποκατηγορίες της Σχιζοφρένειας) και την προσθαφαίρεση κριτηρίων (π.χ. Διαταραχή Χρήσης Ουσιών). Τέλος, στο τρίτο μέρος του DSM-5 προτείνονται για περαιτέρω διερεύνηση αρκετές νέες διαγνώσεις.

4. Σημεία Κριτικής του DSM-5

Το σύμφωνο εχεμύθειας

Σημαντικό ζήτημα κριτικής αποτέλεσε η μυστικότητα και η έλλειψη διαφάνειας στη διαδικασία διαμόρφωσης του εγχειριδίου. Οι εργαζόμενοι επί του DSM-5 κλήθηκαν να υπογράψουν ένα σύμφωνο εχεμύθειας, το οποίο τους απέτρεπε από το να αποκαλύψουν οποιαδήποτε σχετική πληροφορία (Frances, 2010. Kaplan, 2009). Σύμφωνα με μέλη της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, τα οποία εργάστηκαν για την έκδοση του DSM-5, η διαδικασία διαμόρφωσής του ήταν η πιο ανοιχτή, διαφανής και αντικειμενική που έχει υπάρξει μέχρι στιγμής στην ιστορία του DSM (Kupfer & Regier, 2009), ενώ το σύμφωνο εχεμύθειας αφενός προσέφερε προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας και αφετέρου επέτρεπε στα μέλη της Ομάδας Εργασίας να παρέχουν ιδέες και δεδομένα χωρίς τον

φόβο παρερμηνείας αυτών από εξωτερικούς ειδικούς (Collier, 2010. Schatzberg, Scully, Kupfer, & Regier, 2009). Ωστόσο, κριτικές επεσήμαναν πως αυτή η πολιτική αποτελούσε εμπόδιο στην ελεύθερη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ της Ομάδας Εργασίας του DSM-5 και των εξωτερικών ειδικών και, κατ' επέκταση, στη διαμόρφωση μίας ουσιαστικής και χρήσιμης νέας έκδοσης. Οι κριτικές αυτές είχαν ως αποτέλεσμα τη δημοσίευση αναφορών σχετικά με τις δραστηριότητες της Ομάδας Εργασίας στην ιστοσελίδα του DSM-5. Εντούτοις, υποστηρίχθηκε ότι συνέχισαν να υφίστανται ελλείμματα στην πληροφόρηση σχετικά με τις βασικές αρχές, τους στόχους και τα προς αλλαγή κριτήρια (Collier, 2010. Kamens, 2010. Spitzer, 2009).

Οι οικονομικές σχέσεις με τη φαρμακευτική βιομηχανία

Η σχέση του DSM με τη φαρμακευτική βιομηχανία έχει αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού ήδη από παλαιότερες εκδόσεις του εγχειριδίου. Οι Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan και Schneider (2006) επεσήμαναν ότι το 56% των μελών της Ομάδας Εργασίας του DSM-IV και του DSM-IV-TR είχε οικονομικές σχέσεις με φαρμακευτικές εταιρείες, με το ποσοστό να φτάνει στο 100% στις ομάδες εργασίας των Διαταραχών Διάθεσης, καθώς και της Σχιζοφρένειας και των λοιπών Ψυχωτικών Διαταραχών. Τα δεδομένα αυτά προβλημάτισαν για έναν ενδεχόμενο κίνδυνο καθορισμού των εκάστοτε διαγνωστικών κριτηρίων από οικονομικά οφέλη, ιδιαίτερα στις διαγνωστικές κατηγορίες για τις οποίες η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τη βασική θεραπευτική μέθοδο. Κατά συνέπεια, η ηγεσία της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας έθεσε ορισμένους περιοριστικούς όρους, ώστε να διασφαλίσει ότι τα μέλη της Ομάδας Εργασίας του DSM-5 δεν θα λάμβαναν αποφάσεις βασισμένες σε οικονομικά κίνητρα (American Psychiatric Association, 2012a. Kaplan, 2009). Εντούτοις, υποστηρίχθηκε ότι οι όροι αυτοί είχαν σημαντικές ελλείψεις (Cosgrove & Krimsky, 2012), ενώ περισσότερο από το 65% των μελών φάνηκε να έχει οικονομικές σχέσεις με τη φαρμα-

κευτική βιομηχανία, ποσοστό αυξημένο συγκριτικά με αυτό του DSM-IV (Cosgrove, Bursztajn, Krimsky, Anaya, & Walker, 2009). Έχει επισημανθεί, επιπλέον, ότι τόσο στο DSM-IV όσο και στο DSM-5 η έμφαση στις ανεπιθύμητες ενέργειες των ψυχοφαρμάκων, όπως στο διαβήτη και σε άλλες μεταβολικές παθήσεις, είναι περιορισμένη (Gopal, Cosgrove, & Bursztajn, 2010). Εγείρεται, λοιπόν, το ερώτημα, κατά πόσο τα νέα κριτήρια του εγχειριδίου προωθούν την εύκολη διάγνωση και συνταγογράφηση, όταν το πρόβλημα της υπερβολικής συνταγογράφησης ψυχοφαρμάκων έχει ήδη λάβει σημαντικές διαστάσεις.

Ζητήματα αξιοπιστίας

Ένα ακόμη βασικό σημείο κριτικής στη διαδικασία διαμόρφωσης του νέου DSM αποτέλεσε η αξιοπιστία των προτεινόμενων διαγνωστικών κριτηρίων και κατηγοριών. Αρχικά, ο έλεγχος των διαγνωστικών κριτηρίων επρόκειτο να διεξαχθεί σε δύο στάδια: τα κριτήρια που θα κρίνονταν ανεπαρκή στην πρώτη φάση θα επανεξετάζονταν στη δεύτερη. Ωστόσο, λόγω οργανωτικών προβλημάτων, χρονικών καθυστερήσεων, και πιθανόν για οικονομικούς λόγους, η δεύτερη φάση ακυρώθηκε, ενώ δεν αξιολογήθηκε επαρκώς η εγκυρότητα των διαγνώσεων (Jones, 2012. Frances, 2012). Παράλληλα, αναθεωρήθηκε προς τα κάτω η αποδεκτή αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών, με αποτέλεσμα να εντάσσονται στο DSM-5 έξι διαγνώσεις με εξαιρετικά χαμηλή αξιοπιστία (κ appa = 0.20-0.39): η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ενηλίκων και παιδιών), η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, η Ήπια Τραυματική Εγκεφαλική Βλάβη, η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας και η Διασπαστική Διαταραχή Δυσρυθμισμένης Διάθεσης (Kraemer, Kupfer, Clarke, Narrow, & Regier, 2012. Regier et al., 2013). Επιπλέον, ο αριθμός του δείγματος των δοκιμών ήταν ανεπαρκής για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας σε οκτώ διαταραχές ενηλίκων και πέντε διαταραχές της παιδικής ηλικίας, μεταξύ των οποίων βρίσκεται η Διαταραχή Συσσώρευσης, η Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή και η Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική Διαταραχή, ενώ τρεις διαταραχές προσωπικότητας προτάθη-

κε να επανεξεταστούν (Regier et al., 2013). Παρότι η υψηλή αξιοπιστία δεν διασφαλίζει την εγκυρότητα και την προγνωστική αξία, συνεπάγεται μία διάγνωση σαφή και εύκολη στην ερμηνεία από το σύνολο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Συνεπώς, δημιουργούνται αμφιβολίες για τη χρησιμότητα των διαγνωστικών κριτηρίων του νέου εγχειριδίου στο κλινικό πλαίσιο.

Η κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στη νέα έκδοση του DSM καταργήθηκε το πολυαξονικό σύστημα ταξινόμησης. Το DSM-IV αποτελούνταν από πέντε άξονες. Οι δύο πρώτοι αξιολογούσαν όλες τις πιθανές ψυχικές διαταραχές, ο τρίτος τα γενικά ιατρικά προβλήματα, ο τέταρτος τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα και ο πέμπτος τη γενική λειτουργικότητα του ατόμου. Στο DSM-5, οι διαγνώσεις παρατίθενται χωρίς κάποιον παρεμφερή διαχωρισμό, ενώ τα πιθανά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, καθώς και τα ζητήματα λειτουργικότητας, παρουσιάζονται υπό τη μορφή σημειώσεων σε κάθε διάγνωση. Επιπλέον, η Κλίμακα Παγκόσμιας Αξιολόγησης της Λειτουργικότητας, η οποία εντασσόταν στον Άξονα V, αντικαταστάθηκε από το Πρόγραμμα Αξιολόγησης της Δυσλειτουργίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το οποίο παρατίθεται στο τρίτο μέρος, για περαιτέρω μελέτη (American Psychiatric Association, 2013b).

Σύμφωνα με την ομάδα εργασίας του DSM-5, η αλλαγή αυτή έγινε επειδή το πολυαξονικό σύστημα δε χρησιμοποιούνταν στην κλινική πρακτική τόσο συχνά, καθώς και επειδή δεν υφίστανται ουσιαστικές εννοιολογικές διαφορές μεταξύ των αξόνων (American Psychiatric Association, 2013b). Εντούτοις, σύμφωνα με τον Wakefield (2013), βασικές αιτίες αυτής της αλλαγής αποτελούν αφενός η προσπάθεια της ψυχιατρικής να προσομοιάσει στη γενική ιατρική, η οποία δε χρησιμοποιεί άξονες, και αφετέρου η ανάγκη για εναρμόνιση με το ICD. Κατά τον Frances (2010), η κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος θα έχει ως συνέπεια την απώλεια σημαντικών κλινικών πληροφοριών, αφού οι άξονες εξασφαλίζουν τον διαχωρισμό μεταξύ «κατάστασης» και «ατομικών χαρακτηριστι-

κών», καθώς και τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων ιατρικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Συνεπώς, η κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος φαίνεται να είναι μία εκ των αλλαγών που συντελούν στην ιατρικοποίηση των ψυχικών διαταραχών, προωθώντας ενδεχομένως έναν τύπο κλινικής εξέτασης, στον οποίο υποβιβάζεται ή και αγνοείται ο ρόλος του κοινωνικού και σχεσιακού πλαισίου.

Η διαστατική αξιολόγηση

Οι προηγούμενες εκδόσεις του DSM υιοθετούσαν αποκλειστικά το κατηγορικό σύστημα ταξινόμησης, σύμφωνα με το οποίο ένα άτομο είτε πληροί είτε δεν πληροί μία σειρά κριτηρίων για μία διάγνωση. Το εν λόγω σύστημα έχει θεωρηθεί υπεύθυνο για πολλά προβλήματα στον τομέα της ψυχιατρικής διάγνωσης. Τα αυστηρά όρια μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας, καθώς και μεταξύ των διάφορων διαταραχών, έχουν χαρακτηριστεί ως παραπλανητικά και αυθαίρετα, ενώ φαίνεται να ευθύνονται για τα αυξημένα ποσοστά της συννοσηρότητας και των Μη-Προσδιορισμένων-Αλλιώς Διαταραχών, καθώς και για πολλές ψευδώς θετικές διαγνώσεις. Σε αντίθεση με αυτή την προσέγγιση, η διαστατική αξιολόγηση εξετάζει τον βαθμό στον οποίο το άτομο βιώνει ορισμένα συμπτώματα, και άρα τοποθετεί την ψυχική υγεία και ασθένεια σε ένα συνεχές (Helzer, Kraemer, & Krueger, 2006. Whooley & Horwitz, 2013).

Η διαστατική αξιολόγηση εισήχθη στο DSM-5 ως προτεινόμενο εναλλακτικό μοντέλο για τις Διαταραχές Προσωπικότητας, ενώ μία διαστατική προσέγγιση παρατηρείται και σε άλλες διαταραχές, όπως στη Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή, τη Σύνθετη Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων, τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, τη Μεταϊατρική Διαταραχή Προσωπικότητας και τη Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αναγνωρίζεται η ετερογένεια μεταξύ των ατόμων ως προς τον τύπο και τη σοβαρότητα αυτών των διαταραχών (American Psychiatric Association, 2013b. Narrow et al., 2013). Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, η υιοθέτηση του διαστατικού μοντέλου αξιολόγησης και των διευρυμένων δια-

γνωστικών φασμάτων ενδέχεται να περιπλέξει τη χρήση του DSM και την απόδοση διαγνώσεων (First, 2005. Frances, 2010. Kamens, 2010) και να αυξήσει τον υπό διάγνωση πληθυσμό (Paris, 2013. Pierre, 2010), ενώ έχει υποστηριχθεί ότι δεν αποτελεί μία επαρκώς ελεγμένη επιλογή (Whooley & Horwitz, 2013). Ωστόσο, η αντίθετη οπτική προσβέυει ότι αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της κλινικής χρησιμότητας των διαγνώσεων και τη μείωση της συννοσηρότητας, το οποίο συνάδει με τα ευρήματα της γενετικής. Άλλωστε, συχνά, η κλινική θεραπεία για μία διάγνωση αποδεικνύεται αποτελεσματική και για κάποια άλλη, γεγονός που προβληματίζει για την εγκυρότητα ορισμένων διακριτών κατηγορικών διαγνώσεων (Lowe & Widiger, 2009. Narrow et al., 2013. Whooley & Horwitz, 2013. Widiger & Samuel, 2005).

Ο ορισμός της ψυχικής διαταραχής

Ο ορισμός της ψυχικής διαταραχής υπήρξε αντικείμενο σφοδρής κριτικής πριν την έκδοση του DSM-5. Συγκεκριμένα, ο Stein και οι συνεργάτες του (2010, σελ. 1761) είχαν προτείνει έναν ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο η ψυχική διαταραχή είναι «*ένα συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή σχήμα που εμφανίζεται στο άτομο... και αντανακλά μία υποβόσκουσα ψυχο-βιολογική δυσλειτουργία*». Οι κριτικές τόνισαν ότι από αυτή τη διατύπωση διαφάνηκε μία τάση για υποτίμηση έως και εξάλειψη του σχεσιακού πλαισίου και της κοινωνικής αιτιότητας των ψυχικών προβλημάτων. Επιπλέον, υποστηρίχθηκε ότι ο όρος «ψυχο-βιολογική» υπαινίσσεται ότι όλες οι ψυχικές διαταραχές έχουν βιολογικές βάσεις, υπόθεση που δεν μπορεί να υποστηριχθεί από τα παρόντα ευρήματα της νευροεπιστήμης (Open Letter to DSM-5, 2013. The British Psychological Society, 2011, 2012). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, ωστόσο, δεν ενέκρινε τον ορισμό και δήλωσε ότι δεν υπήρχε καμία πρόθεση για υποτίμηση της σημασίας των περιβαλλοντικών και πολιτισμικών παραγόντων στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών (American Psychiatric Association, 2011). Εντέλει, ο ορισμός που υιοθετήθηκε δεν παρου-

σιάζει ιδιαίτερα σημαντικές διαφορές από αυτόν του DSM-IV.

5. Αξιοσημείωτες διαγνωστικές αλλαγές στο DSM-5

Στη συνέχεια, εξετάζονται εκείνες οι διαγνωστικές αλλαγές που προκάλεσαν εντονότερο προβληματισμό και αντιδράσεις στην επιστημονική κοινότητα.

Διαταραχή αυτιστικού φάσματος

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος εντάσσεται στις Νευρο-Αναπτυξιακές Διαταραχές, οι οποίες αντικατέστησαν τις προηγούμενες Διαταραχές που απαντώνται Συνήθως στη Βρεφική, Παιδική και Εφηβική Ηλικία. Περιλαμβάνει τις πρώην Διαταραχή του Αυτισμού, Διαταραχή Asperger, Αποδιοργανωτική Διαταραχή στην Παιδική Ηλικία, Διαταραχή Rett, και Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη-Προσδιοριζόμενη-Αλλιώς. Η νέα αυτή διάγνωση προϋποθέτει δύο κύρια ζητήματα, την ελλειμματική κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση και τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα μοτίβα στη συμπεριφορά, τα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητες (American Psychiatric Association, 2013b), ενώ στο DSM-IV η κοινωνική αλληλεπίδραση και η επικοινωνία αποτελούσαν διακριτά κριτήρια. Επιπλέον, στη νέα έκδοση αφαιρέθηκαν τα κριτήρια σχετικά με τη φαντασία, το παιχνίδι και τον στερεοτυπικό επαναληπτικό λόγο (Mandy, Charman, & Skuse, 2012).

Οι απόψεις για την αλλαγή αυτή είναι αντικρουόμενες. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η εξέλιξη των διαγνωστικών κριτηρίων είναι θετική και οδηγεί σε πιο έγκυρες και αξιόπιστες αποφάσεις (Frazier et al., 2012. Mandy, 2013. Mandy, Charman, & Skuse, 2012). Η αντίθετη οπτική, ωστόσο, θεωρεί ότι με την αυστηροποίηση των κριτηρίων και την κατάργηση της Διαταραχής Asperger, καθώς και της Μη-Προσδιοριζόμενης-Αλλιώς Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, άτομα με σχετικά υψηλή λειτουργικότητα δε θα μπορούν να λάβουν πλέον τη διάγνωση και, άρα, θα στερηθούν την

πρόσβαση στις σχετικές υποστηρικτικές υπηρεσίες (Compart, 2013. McGuinness & Johnson, 2013). Ο David Kupfer, επικεφαλής του DSM-5, πρόβλεψε ότι μόνο το 5-10% των παιδιών που λάμβαναν τη διάγνωση θα αποκλειστεί από αυτή, ενώ άλλες απόψεις μιλούν για αύξηση των διαγνώσεων, δεδομένης της κλίμακας σοβαρότητας και της άρσης του ηλικιακού περιορισμού (Falco, 2012. Paris, 2013). Επιπρόσθετα, οι δοκιμές πεδίου δεν κατέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στον επιπολασμό, συγκριτικά με τα δεδομένα του DSM-IV (Regier et al., 2013). Αντίθετα, έρευνες βρήκαν ότι το ποσοστό των παιδιών που λάμβαναν τη διάγνωση σύμφωνα με το DSM-IV-TR αλλά δεν πληροί πια τα κριτήρια κυμαίνεται από 23,4% έως 50% (Frances, 2012. Gibbs, Aldridge, Chandler, Witzlsperger, & Smith, 2012. McPartland, Reichow, & Volkmar, 2012). Εν γένει, ο τρόπος με τον οποίο θα χειριστούν τα νέα κριτήρια οι υπηρεσίες εκπαίδευσης και υγείας θα καθορίσει το αποτέλεσμα των αλλαγών (Compart, 2013. Frances, 2012).

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) αποτελεί τη δεύτερη πολυσυζητημένη διάγνωση των Νευρο-Αναπτυξιακών Διαταραχών. Οι αλλαγές που σημειώθηκαν ήταν οι εξής: Καταρχάς, η απαιτούμενη ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων άλλαξε. Ενώ στο DSM-IV τα συμπτώματα έπρεπε να έχουν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 7 ετών, στο DSM-5 πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των 12 ετών. Συντοίς άλλους, οι υποομάδες της διαταραχής αντικαταστάθηκαν από διευκρινιστικές σημειώσεις, ενώ πλέον επιτρέπεται η συννοσηρότητα με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Επιπλέον, όσον αφορά τους νέους και τους ενήλικες, απαιτούνται συνολικά πέντε συμπτώματα, τόσο από την ομάδα κριτηρίων της ελλειμματικής προσοχής όσο και από αυτή της υπερκινητικότητας, αντί των έξι που απαιτούνταν στο DSM-IV από την κάθε ομάδα ξεχωριστά. Τέλος, προστέθηκαν παραδείγματα σε κάθε κριτήριο της διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013b).

Στόχος αυτών των αλλαγών ήταν να λαμβάνουν τη διάγνωση και την αντίστοιχη θεραπεία και οι ενήλικες, καθώς η ΔΕΠΥ, παρότι εμφανίζεται στην παιδική ηλικία, ορισμένες φορές συνεχίζει να υφίσταται και στην ενήλικη ζωή, όπου συχνά δεν εντοπίζεται με τα διαγνωστικά όρια του DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013c. Solanto, Wasserstein, Marks, & Mitchell, 2011). Εντούτοις, η ΔΕΠΥ είναι μία διαταραχή που φαίνεται να υπερδιαγιγνώσκεται τα τελευταία έτη, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, ενώ είναι γνωστό ότι τα διεγερτικά φάρμακα προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ενδεικτικά, στις Η.Π.Α. το ποσοστό των παιδιών που λαμβάνουν τη διάγνωση αυξήθηκε κατά 21,8% από το 2003 έως το 2007 (Visser, Bitsko, Danielson, Perou, & Blumberg, 2010), ενώ γίνεται ανησυχητική κατάχρηση διεγερτικών φαρμάκων από τους μαθητές και τους φοιτητές με ή χωρίς τη διάγνωση (Wilens et al., 2008). Συνεπώς, τα νέα κριτήρια του DSM-5 είναι πιθανό να εντείνουν ένα ήδη σοβαρό πρόβλημα, καθιστώντας ευκολότερη τη διάγνωση ενηλίκων με ΔΕΠΥ και την επακόλουθη συνταγογράφηση διεγερτικών φαρμάκων (Frances, 2012).

Διασπαστική διαταραχή δυσρυθμισμένης διάθεσης

Κατά την τελευταία δεκαετία, οι διαγνώσεις Διπολικής Διαταραχής σε παιδιά αυξήθηκαν σημαντικά. Παράλληλα, διατυπώθηκε το ερώτημα κατά πόσο υφίσταται η διαταραχή αυτή στους νέους, τόσο ως ένα κλασικό επεισόδιο όσο και ως χρόνια κατάσταση ευερεθιστότητας (Leibenluft, 2011. Pliszka, 2011). Προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των διαγνώσεων και των θεραπειών Διπολικής Διαταραχής στα παιδιά, σχεδιάστηκε η Διασπαστική Διαταραχή Δυσρυθμισμένης Διάθεσης. Πρόκειται για μία νέα διάγνωση, η οποία σε παλαιότερες μελέτες αναφερόταν ως «σοβαρή δυσρυθμισμένη διάθεση». Εντάσσεται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές και αφορά άτομα ηλικίας έως 18 ετών, τα οποία παρουσιάζουν επίμονη ευερεθιστότητα και συχνά επεισόδια υπερβολικής απώλειας ελέγχου της συμπεριφοράς (American Psychiatric Association, 2013b). Εμφανίζει συννοσηρότητα κυρίως

με τη Μείζονα Καταθλιπτική και την Εναντιωματική-Προκλητική Διαταραχή, ενώ σχετίζεται με σοβαρή έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητα και φτώχεια. Ο επιπολασμός της υπολογίζεται ότι θα κυμανθεί μεταξύ 0.8% και 3.3%, και θα είναι υψηλότερος στα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Copeland, Angold, Costello, & Egger, 2013).

Ορισμένοι ερευνητές υποστήριξαν ότι υφίστανται παθοφυσιολογικές και ποιοτικές διαφορές μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠΥ, Διπολική Διαταραχή, Διασπαστική Διαταραχή Δυσρυθμισμένης Διάθεσης και Εναντιωματική-Προκλητική Διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013d. Brotman et al., 2006, 2007, 2010. Rich et al., 2007). Εντούτοις, δεν είναι σαφές εάν τα παιδιά που εμφανίζουν αυτή τη συμπτωματολογία ευερεθιστότητας πάσχουν από την εν λόγω νέα διαταραχή ή εάν εμφανίζουν μία διαφορετική μορφή ή ένα συνδυασμό ήδη υπάρχουσών διαταραχών (Carlson, 2007). Οι Axelson et al. (2012), επιπλέον, βρήκαν ότι η διαταραχή αυτή δεν διαφέρει από την Εναντιωματική-Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή Διαγωγής, έχει περιορισμένη διαγνωστική σταθερότητα και δεν σχετίζεται με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχών άγχους και διάθεσης. Σύμφωνα με τον Frances (2012), η διάγνωση αναμένεται να αντικαταστήσει τη Διπολική Διαταραχή ως προς την υπερδιάγνωση και να καλύψει μία διευρυμένη και ετερογενή ομάδα παιδιών, προωθώντας τη χορήγηση φαρμάκων σε αυτά.

Διαταραχή προεμμηνορροϊκής δυσφορίας

Το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο αφορά ένα συνδυασμό οργανικών, συμπεριφορικών και διαθεσιακών συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται λίγες ημέρες πριν την έμμηνο ρύση και υποχωρούν κατά τη διάρκεια της. Σύμφωνα με έρευνες, 20-40% των γυναικών πάσχει από αυτό το σύνδρομο, ενώ 3-8% βιώνει τα συμπτώματα σε μία πιο έντονη, σοβαρή και δυσλειτουργική μορφή, η οποία αποτελεί την επονομαζόμενη Διαταραχή Προεμμηνορροϊκής Δυσφορίας (Braverman, 2007. Freeman, 2003). Η ηλικία άνω των 30 ετών, γενετικοί παράγοντες και τραυματικά γεγονότα στην παιδική ηλικία έχει υποστηριχθεί ότι αυξά-

νουν τον κίνδυνο να πάσχει μία γυναίκα από αυτή τη συμπτωματολογία (Braverman, 2007). Η ακριβής αιτιολογία του συνδρόμου είναι μέχρι στιγμής άγνωστη, αν και υποστηρίζεται ότι προκύπτει από την αλληλεπίδραση στεροειδών του φύλου και ορισμένων νευροδιαβιβαστών (Braverman, 2007). Στο DSM-IV η Διαταραχή Προεμμηνορροϊκής Δυσφορίας εντασσόταν στο παράρτημα για τις διαταραχές που χρήζουν περαιτέρω μελέτης. Στο DSM-5 μεταφέρθηκε στις Καταθλιπτικές Διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013b). Η αλλαγή αυτή θεωρήθηκε από ορισμένους ερευνητές ιδιαίτερα θετική, πρώτον, επειδή είχε «ωριμάσει» η έρευνα σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την εγκυρότητα της διαταραχής, και, δεύτερον, επειδή η «νομιμότητα» που κατέχει μία επίσημη διαγνωστική κατηγορία μπορεί να ενισχύσει την περαιτέρω διερεύνησή της (Erpperson et al., 2012).

Αντιθέτως, άλλοι ερευνητές εξέφρασαν αμφιβολίες για την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και τη χρησιμότητα της διάγνωσης, καθώς υποστηρίζουν ότι η Διαταραχή Προεμμηνορροϊκής Δυσφορίας αποτελεί μία δυτική κοινωνική κατασκευή και είναι ένα ακόμη δείγμα ιατρικοποίησης και ελέγχου της γυναικείας εμπειρίας και του γυναικείου σώματος. Επεσήμαναν, επιπλέον, ότι με τη διάγνωση αυτή αφενός οι φυσιολογικές βιολογικές διαδικασίες ψυχολογικοποιούνται και αφετέρου τα συναισθήματα, τα προβλήματα και οι συγκρούσεις που βιώνουν οι γυναίκες ανάγονται στις διαδικασίες αυτές. Συνεπώς, σύμφωνα με αυτή την οπτική, οι συναισθηματικές αλλαγές, η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα, και ο θυμός πριν την έμμηνο ρύση προσεγγίζονται ως αποκομμένα συμπτώματα μίας διαταραχής και αντιμετωπίζονται με αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, με αποτέλεσμα να υποτιμούνται οι κοινωνικές συνθήκες και οι πιέσεις που βιώνει η γυναίκα (Chrisler & Caplan, 2002. Kamens, 2010. Offman & Kleinplatz, 2004. Ussher, 2013). Άξιο προβληματισμού, τέλος, είναι το γεγονός ότι σε ανατολικές χώρες, όπου οι αλλαγές που συνοδεύουν την έμμηνο ρύση αντιμετωπίζονται ως φυσιολογικές, οι γυναίκες αναφέρουν σωματικά συμπτώματα, αλλά σπάνια παρατηρούν αλλαγές στη διάθεσή τους (Ussher, 2013).

Κατάργηση της εξαίρεσης του πένθους

Στο DSM-IV αναφερόταν ένα κριτήριο, το οποίο εξαιρούσε από τη διάγνωση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου τα καταθλιπτικά συμπτώματα που οφείλονται στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου έως και δύο μήνες μετά το θάνατό του. Το κριτήριο αυτό ονομαζόταν «εξαίρεση του πένθους» και στη νέα έκδοση του DSM καταργήθηκε, καθώς θεωρήθηκε ότι το πένθος αποτελεί σοβαρό ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα, ο οποίος ενδέχεται να θέσει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική υγεία ενός ευάλωτου ατόμου. Αντ' αυτού, προστέθηκε μία υποσημείωση, η οποία διευκρινίζει τις διαφορές μεταξύ του πένθους και του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (American Psychiatric Association, 2013b).

Ορισμένοι ερευνητές υποστήριξαν την εγκυρότητα αυτής της απόφασης (Lamb, Pies, & Zisook, 2010. Manning, 2012. Shear et al., 2011. Zisook, Pies, & Iglewicz, 2013), καθώς θεωρούν ότι δεν υφίσταται κάποια ουσιαστική διαφορά μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων πένθους και αυτών που δεν προκύπτουν από το πένθος, ενώ η εξαίρεση ωθεί τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο να αγνοούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ενός πενθούντα, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητά τους.

Ωστόσο, άλλες έρευνες κατέληξαν σε αντίθετα ευρήματα (Mojtabai, 2011. Wakefield & Schmitz, 2012), ενώ στις έρευνες που υποστήριξαν την κατάργηση του κριτηρίου εντοπίστηκαν εννοιολογικά και μεθοδολογικά ελλείμματα (Dunlop, 2012. Wakefield & First, 2012). Επιπλέον, υποστηρίχθηκε ότι, αφού το DSM-IV διευκρίνιζε πως στην περίπτωση αυτοκτονικού ιδεασμού, ψυχωτικών συμπτωμάτων ή σοβαρής δυσλειτουργίας η εξαίρεση δεν ισχύει, δεν θα μπορούσε να αγνοηθεί μία περίπτωση χρήζουσα βοήθειας (Maj, 2012. Wakefield & First, 2012). Ακόμη, όπως επισημάνθηκε, εάν δεν υφίσταται έλλειψη διαφοράς μεταξύ του πένθους και των άλλων στρεσογόνων παραγόντων που ενδεχομένως προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα, θα μπορούσαν να διευρυνθούν οι εξαιρέσεις και να περιοριστούν τα κριτήρια για το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, και όχι το αντίθετο. Κατά συνέπεια, υποστηρίχθηκε ότι η αλλαγή αυτή στο

DSM-5 δεν οδηγεί στη βέλτιστη αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά, αντιθέτως, ενδέχεται να ιατροκοιήσει το φυσιολογικό βίωμα του πένθους, με αποτέλεσμα να αυξηθεί ο κίνδυνος στιγματισμού και περιττής φαρμακευτικής θεραπείας για τα άτομα που πενθούν (First, 2011). Εντέλει, ο διάλογος σχετικά με το πένθος φαίνεται να αποτελεί κατεξοχήν παράδειγμα της σχετικότητας στη διάκριση μεταξύ «φυσιολογικού» και «παθολογικού» (Maj, 2012. Pies, 2012).

Διαταραχή συσσώρευσης & διαταραχή υπερφαγίας

Δύο ακόμη αμφιλεγόμενες αλλαγές αφορούν τις διαταραχές της Συσσώρευσης και της Υπερφαγίας, αντίστοιχα. Η Διαταραχή της Συσσώρευσης εντάσσεται στις Ψυχαναγκαστικές-Καταναγκαστικές και Παρεμφερείς Διαταραχές και αναφέρεται στην περίπτωση που το άτομο συλλέγει αντικείμενα άνευ αξίας και αδυνατεί να τα αποχωριστεί, ενώ εξαιτίας αυτών καθίσταται δυσλειτουργικός ή ανθυγιεινός ο χώρος, όπου διαμένει (American Psychiatric Association, 2013b). Η συσσώρευση αποτελούσε πιθανό σύμπτωμα της Ψυχαναγκαστικής-Καταναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας στο DSM-IV. Στη νέα έκδοση του εγχειριδίου έγινε ανεξάρτητη διαταραχή, καθώς θεωρήθηκε ως μία επικίνδυνη και ανθυγιεινή συμπεριφορά, την οποία δεν εμφανίζουν απαραίτητα μόνο τα άτομα που διαγιγνώσκονται με Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Το σκεπτικό αυτό στηρίχθηκε σε έρευνες που έδειξαν ότι τα συμπτώματα συσσώρευσης έχουν διακριτό φαινότυπο, διακριτή νευροβιολογική αιτιολογία και αποτελούν διακριτό κλινικό σύνδρομο, σε πολλές περιπτώσεις (Pertusa et al., 2008. Samuels et al., 2007. Saxena, 2007). Παρ' όλα αυτά, διατυπώθηκε το επιχειρήμα ότι η εν λόγω αλλαγή ενέχει σημαντικό κίνδυνο για αυξημένες περιπτώσεις ή ψευδείς διαγνώσεις, καθώς τα κριτήρια δεν είναι ιδιαίτερα σαφή, ενώ η αξία των συλλεχθέντων αντικειμένων, καθώς και ο βαθμός στον οποίο ο τόπος διαμονής είναι λειτουργικός και κατοικίσιμος, είναι υποκειμενικά (Wakefield, 2013).

Η Διαταραχή Υπερφαγίας μεταφέρθηκε από το παράρτημα του DSM-IV στην κατηγορία των Διατροφικών Διαταραχών του DSM-5, καθώς θεωρήθηκε επαρκής η εγκυρότητα και η κλινική χρησιμότητά της, και τεκμηριώθηκε ερευνητικά ότι απαντά σε συγκεκριμένα πρωτόκολλα θεραπευτικής αντιμετώπισης (Hudson et al., 1998. McElroy, et al., 2000. Pope et al., 2006. Wilson & Sysko, 2009. Wilson, Wilfley, Agras, & Bryson, 2010). Τα κριτήρια της διαταραχής παραμένουν ίδια, με μόνη αλλαγή τη μείωση της συχνότητας και διάρκειας εμφάνισης των συμπτωμάτων (American Psychiatric Association, 2013b). Ο επιπολασμός προβλέπεται να κυμανθεί στο 5% του γενικού πληθυσμού (Regier et al., 2013), ποσοστό αρκετά σημαντικό. Συνεπώς, ορισμένες κριτικές υποστηρίζουν ότι η διάγνωση της υπερφαγίας, καθώς και το ιδιαίτερα χαμηλό διαγνωστικό της όριο, διακινδυνεύουν τη μετατροπή της λαίμαργίας σε ψυχική διαταραχή. Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι η υπερφαγία έχει μεν συσχετιστεί με το άγχος, την κατάθλιψη και την παχυσαρκία, ωστόσο αυτό δεν συνεπάγεται ότι συνιστά μία διακριτή «κοινωνικά αποκλίνουσα» ή «παθολογική» συμπεριφορά (Frances, 2012. Moran, 2013. Wakefield, 2013).

Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες και εθισμό

Κατά το DSM-IV, η διάγνωση της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών διακρινόταν από αυτή της εξάρτησης. Πλέον, οι δύο αυτές συνθήκες ενοποιήθηκαν στη διάγνωση Διαταραχή Χρήσης Ουσιών, η οποία συνοδεύεται από κριτήρια για τοξίνωση, στερητικό σύνδρομο, διαταραχές που οφείλονται σε ουσίες και μη-προσδιοριζόμενες διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες. Επιπλέον, καταργήθηκε το κριτήριο περί νομικών προβλημάτων και προστέθηκε ένα νέο κριτήριο σχετικά με την έντονη επιθυμία για χρήση της ουσίας. Συν τοις άλλοις, στο DSM-5 απαιτούνται τουλάχιστον τρία κριτήρια για τη διάγνωση, έναντι του ενός κριτηρίου που απαιτούνταν προηγουμένως. Ακόμη, έχουν προστεθεί οι διαγνώσεις του στερητικού συνδρόμου από κάνναβη και καφεΐνη, αντίστοιχα. Τέλος, αξιολογείται η σοβαρότητα της διαταρα-

χής και έχουν προστεθεί δύο προσδιοριστικά κριτήρια, σχετικά με το «ελεγχόμενο περιβάλλον» και τη «θεραπεία συντήρησης» (American Psychiatric Association, 2013b). Η εγκυρότητα αυτών των αλλαγών υποστηρίχθηκε από διάφορες έρευνες (Compton, Dawson, Goldstein, & Grant, 2013. Moss, Chen, & Yi, 2012. O'Brien, 2010. Peer et al., 2013).

Όσον αφορά την ενοποίηση της «κατάχρησης» και της «εξάρτησης», αυτή αποφασίστηκε επειδή τα ερευνητικά δεδομένα δεν κατέδειξαν σαφή και έγκυρη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο εννοιών. Εντούτοις, σύμφωνα με τον Wakefield (2013), η απόφαση για ενοποίηση δύο διακριτών διαγνώσεων, εκτός από την εγκυρότητα των ερευνητικών δεδομένων, πρέπει να αξιολογεί και τις πιθανές συνέπειες στο κλινικό πλαίσιο, καθώς ούτως ή άλλως τόσο η ψυχική «υγεία» και η «ασθένεια» όσο και οι διάφορες διαταραχές μεταξύ τους έχουν κοινά σημεία και δεν είναι απόλυτα διαχωρισμένες. Στην προκειμένη περίπτωση, όπως υποστηρίζει ο Frances (2010), δεν λαμβάνονται υπόψη οι διαφορετικές θεραπευτικές ανάγκες μεταξύ των ατόμων που κάνουν κατάχρηση και αυτών που έχουν εξάρτηση από μία ουσία, ενώ το στίγμα για τους πρώτους θα είναι αναπόφευκτο.

Η ευρύτερη κατηγορία, στην οποία εντάσσεται η Διαταραχή Χρήσης Ουσιών, ονομάζεται πλέον Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και Εθισμό. Σύμφωνα με τον O'Brien (2010), ο προηγούμενος όρος «εξάρτηση» έπρεπε να αλλάξει, καθώς παραπέμπει στις νευροβιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την απότομη διακοπή φαρμάκων, δημιουργώντας εννοιολογική σύγχυση στην κλινική πρακτική. Άλλοι μελετητές υποστηρίζουν, αντίθετα, ότι η έννοια του «εθισμού», και όχι της «εξάρτησης», είναι αυτή που παραπέμπει σε μία καθαρά βιολογική κατάσταση, καθιστώντας, έτσι, την κατάσταση πέρα από τον έλεγχο του ατόμου (Frances, 2010. Kamens, 2010. Wakefield, 2013).

Το DSM-5 εντάσσει στις Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και Εθισμό και τη Διαταραχή Τζόγου, η οποία στο DSM-IV περιλαμβανόταν στις Διαταραχές που Χρηζουν Περαιτέρω Έρευνας ως Παθολογικός Τζόγος. Στη νέα έκδοση η διαταραχή έχει χαμηλότερο διαγνωστικό όριο και, άρα,

υψηλότερο επιπολασμό, προκειμένου να προλαμβάνεται η επιδείνωση της κατάστασης και να προσφέρεται έγκαιρα θεραπεία (Rennert et al., 2014. Weinstock et al., 2013). Η νέα αυτή διάγνωση, όπως και η Διαταραχή Διαδικτυακού Παιχνιδιού, η οποία προτείνεται για περαιτέρω έρευνα, αποτελούν τα πρώτα βήματα προς ένα νέο τύπο διαταραχών, τις Συμπεριφορικές Εξαρτήσεις. Επιπλέον, σε αυτή την ομάδα διαταραχών θα μπορούσε να ενταχθεί και η Υπερσεξουαλική Διαταραχή, η οποία, όμως, απορρίφθηκε και δεν εντάχθηκε στο χειρίδιο (American Psychiatric Association, 2013b). Κριτικές υποστηρίζουν ότι οι διαγνώσεις αυτές ενέχουν τον κίνδυνο να μετατραπεί σε ψυχική διαταραχή ό,τι απολαμβάνουν να κάνουν οι άνθρωποι, με βασικά επακόλουθα την αύξηση των εσφαλμένων διαγνώσεων και τη δημιουργία νέων κερδοφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων, καθώς και ότι η εγκυρότητά τους και η μεθοδολογία των αντίστοιχων ερευνών είναι ανεπαρκείς (Frances, 2010, 2012. Kamens, 2010).

Ήπια νευρογνωστική διαταραχή

Οι διαγνώσεις της Άνοιας και της Διαταραχής Αμνησίας ενοποιήθηκαν και μετονομάστηκαν σε Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή. Πέραν αυτού, το DSM-5 αναγνωρίζει ένα «λιγότερο σοβαρό επίπεδο γνωστικής έκπτωσης», την Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή. Η εν λόγω διαταραχή επιτρέπει τη διάγνωση λιγότερο επιβλαβών συνδρόμων, τα οποία, όμως, μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο προσοχής και θεραπείας (American Psychiatric Association, 2013b. Petersen et al., 2009). Κατά συνέπεια, η Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή φαίνεται χρήσιμη, καθώς επιτρέπει τη διάγνωση της γνωστικής έκπτωσης, πριν αυτή να είναι αρκετά σοβαρή και εμφανής (Wakefield, 2013). Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι μόνο 5-10% των ατόμων με ήπια γνωστική έκπτωση εμφανίζει άνοια κάθε χρόνο, ενώ πολλοί άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με άνοια δεν πληρούσαν πρωτίτερα τα κριτήρια για την ήπια γνωστική έκπτωση. Κατά συνέπεια, κριτικές επισημαίνουν τον κίνδυνο υπερδιάγνωσης και ετικετοποίησης της φυσιολογικής γνωστικής έκπτωσης των ηλικιωμένων. Επιπλέον, υποστηρί-

ζεται ότι, εφόσον δεν υπάρχει κάποια αποτελεσματική θεραπεία τόσο για την παρούσα διαταραχή όσο και για την άνοια, η ετικέτα αυτή δεν αποτελεί τίποτα περισσότερο από ένα σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα για τους ηλικιωμένους (Le Couteur, Doust, Creasey, & Brayne, 2013. Frances, 2012).

Ασθενές ψυχωτικό σύνδρομο

Μία από τις πιο αμφιλεγόμενες διαγνώσεις που προτάθηκαν για το DSM-5 ήταν το Σύνδρομο Κινδύνου Ψύχωσης, το οποίο απορρίφθηκε από το κύριο μέρος του εγχειριδίου, λόγω της περιορισμένης διαγνωστικής αξιοπιστίας του (Tsuang et al., 2013. Yung et al., 2012), και εντάχθηκε στις Καταστάσεις που Χρηζουν Περαιτέρω Έρευνας ως Ασθενές Ψυχωτικό Σύνδρομο. Εντούτοις, το σύνδρομο αυτό αναφέρεται ταυτόχρονα και ως παράδειγμα στις Αλλιώς Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σχιζοφρενικού Φάσματος και Ψυχωτικές Διαταραχές, στο κύριο μέρος του DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b).

Ο διάλογος για το Ασθενές Ψυχωτικό Σύνδρομο επικεντρώθηκε σε δύο σημεία, το πρώτο από τα οποία αφορά τη χρησιμότητα της διάγνωσης. Σύμφωνα με τη μία οπτική, το σύνδρομο προτείνεται με σκοπό την πρόληψη και την έγκαιρη θεραπεία του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο για μελλοντική ανάπτυξη σχιζοφρένειας ή κάποιας άλλης ψυχωτικής διαταραχής. Επιπλέον, η ένταξη της διάγνωσης αυτής στο εγχειρίδιο αναμένεται να προωθήσει την έρευνα επί του θέματος (Jacobs, Kline, & Schiffman, 2011. Woods, Walsch, Saks, & McGlashan, 2010). Η αντίθετη οπτική υποστηρίζει ότι το σύνδρομο θα οδηγήσει σε υπερδιάγνωση, περιττές θεραπείες και στίγμα (Fusar-Poli & Yung, 2012), καθώς το ποσοστό των ατόμων με ψυχωτικά συμπτώματα που πρόκειται να εμφανίσουν σχιζοφρένεια σε μελλοντικό χρόνο κυμαίνεται στο 16-30% και, επομένως, η πλειοψηφία των ανθρώπων με ψυχωτικά συμπτώματα δεν θα πάσχει από κάποια ψυχωτική διαταραχή μελλοντικά (Gopal, Cosgrove, & Bursztajn, 2010).

Το δεύτερο σκέλος του διαλόγου αφορά τη συνταγογράφηση αντιψυχωτικών φαρμάκων. Από

τη μία πλευρά, υποστηρίζεται ότι η συνταγογράφηση θα μειωθεί, εφόσον με το νέο αυτό σύνδρομο θα μειωθούν και οι Μη-Προσδιοριζόμενες-Αλλιώς Διαγνώσεις. Η αντίθετη πλευρά εκφράζει ανησυχία για αύξηση της χρήσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων (Yung et al., 2012). Φαίνεται, πάντως, ότι δεν υπάρχει κάποια βέβαιη αποτελεσματική θεραπεία για το Ασθενές Ψυχωτικό Σύνδρομο, καθώς τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν συμβάλλουν περισσότερο στην εξάλειψη αυτού του τύπου συμπτωματολογίας από τα ψευδοφάρμακα (McGlashan et al., 2006), ενώ ορισμένες μη-φαρμακευτικές θεραπείες ενδέχεται να είναι πιο κατάλληλες (Yung et al., 2012). Ως εκ τούτου, η πρόωρη συνταγογράφηση αντιψυχωτικών φαρμάκων δεν ενδείκνυται.

Τα δύο αυτά ζητήματα είναι ιδιαίτερα σοβαρά, καθώς η διάγνωση αυτής της διαταραχής και η συνταγογράφηση φαρμάκων αφορά, σε πολλές περιπτώσεις, παιδιά και εφήβους. Συνεπώς, οι ενδεχόμενες αρνητικές προσδοκίες του κοινωνικού περιγύρου, ο στιγματισμός, η μη αποδοχή και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων είναι θεμετιό να αποτελέσουν σημεία περαιτέρω διερεύνησης και περίσκεψης (Carpenter & Van Os, 2011. Gopal, Cosgrove, & Bursztajn, 2010).

6. Συζήτηση

Στην εργασία αυτή, έγινε παρουσίαση του επιστημονικού διαλόγου και της κριτικής αναφορικά με ορισμένες πρακτικές και αλλαγές του DSM-5. Εν γένει, το DSM-5 προέβη σε ποικίλες αλλαγές, οι οποίες αφορούν την κατάργηση του πολυαξονικού συστήματος, την εισαγωγή της διαστατικής αξιολόγησης, τη δημιουργία νέων διαγνωστικών κατηγοριών, την ενοποίηση προηγουμένως διακριτών κατηγοριών, την κατάργηση διαγνώσεων με περιορισμένη κλινική χρησιμότητα, τη μείωση ορισμένων διαγνωστικών ορίων, την προσθαφαίρεση κριτηρίων, την ονοματολογία και την πρόταση αρκετών νέων διαγνώσεων. Ο διάλογος γύρω από την τελευταία έκδοση του DSM αφορά σε πρώτο επίπεδο τις αλλαγές σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες, ενώ σε δεύτερο επίπεδο θί-

γει κεντρικά ζητήματα που αφορούν την κατεύθυνση στην οποία κινείται το διαγνωστικό εγχειρίδιο αναφορικά με την κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Εκφρασμένος στόχος του DSM-5 ήταν η σύνδεση της φαινομενολογίας των διαταραχών με την παθοφυσιολογική τους αιτιολογία (Kupfer & Regier, 2011). Εντούτοις, ο στόχος αυτός δεν πραγματοποιήθηκε, ελλείψει ικανοποιητικής ερευνητικής τεκμηρίωσης (Paris, 2013). Κριτικές προσεγγίσεις υποστήριξαν ότι τα διαγνωστικά κριτήρια φαίνεται να αντανακλούν τις τρέχουσες κοινωνικές προσδοκίες περί κανονικότητας και όχι σαφείς ενδείξεις βιολογικής αιτιότητας. Επισημάνθηκε, ακόμη, ότι η νέα έκδοση, τόσο μέσω των διαγνωστικών αλλαγών όσο και μέσω της κατάργησης του πολυαξονικού συστήματος, υποβιβάζει έντονα τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη των διαταραχών. Επιπλέον, υποστηρίχθηκε ότι οι νέες διαγνώσεις του DSM-5 είναι πιθανό να καλύψουν ένα σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού, καθώς αφορούν κυρίως καθημερινά προβλήματα, ενώ η μείωση των διαγνωστικών ορίων σε κάποιες από τις ήδη υπάρχουσες διαταραχές ενδέχεται να οδηγήσει σε πλασματική αύξηση του επιπολασμού τους. Κατ' επέκταση, διατυπώθηκε η άποψη ότι η εξελικτική πορεία του DSM φαίνεται να ενισχύει την περαιτέρω συνταγογράφηση και χορήγηση ψυχοφαρμάκων, παρά τις προσπάθειες που σημειώθηκαν για τον περιορισμό των οικονομικών σχέσεων της Ομάδας Εργασίας του DSM-5 με τη φαρμακευτική βιομηχανία, και παρότι οι διαγνωστικές κατηγορίες δεν αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα της απόκρισης στη φαρμακευτική αγωγή. Τονίστηκε, ακόμη, ότι οι πιθανές συνέπειες των διαγνωστικών αλλαγών ενδέχεται να είναι δυσμενέστερες για τους πιο ευάλωτους ηλικιακά πληθυσμούς, δηλαδή για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους, μέσω διαγνώσεων, όπως η Διασπαστική Διαταραχή Δυσρυθμισμένης Διάθεσης, η ΔΕΠΥ, η Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή και το Ασθενές Ψυχωτικό Σύνδρομο. Οργανωτικά και μεθοδολογικά προβλήματα, όπως η έλλειψη διαφάνειας, η χαμηλή αξιοπιστία και η αγνόηση της εγκυρότητας των διαγνώσεων, καθώς και η αμφιλεγόμενη προγνωστική αξία και

κλινική τους χρησιμότητα, εντείνουν τους παραπάνω προβληματισμούς (First, 2011. Open Letter to DSM-5, 2013. Paris, 2013. The British Psychological Society, 2011, 2012. Ussher, 2013. Wakefield, 2013. Whooley & Horwitz, 2013).

Δε θα ήταν ορθό, ωστόσο, να κριθεί το DSM-5 ως ένα μεμονωμένο εγχειρίδιο, καθώς φαίνεται να αποτελεί τμήμα της ευρύτερης τάσης για ιατρικοποίηση των καθημερινών και φυσιολογικών αντιδράσεων και εμπειριών. Η βιο-ιατρική κατασκευή του ψυχικού πόνου συνάδει με τις αρχές του δυτικού πολιτισμού και την έμφαση στο άτομο. Μέσω αυτής της προσέγγισης, νομιμοποιείται η δυσφορία του ατόμου και διασφαλίζεται η ταυτότητά του, καθώς αντιμετωπίζεται ως άρρωστο και όχι ως αδύναμο, ανεύθυνο ή ράθυμο. Ωστόσο, η νομιμοποίηση αυτή είναι σχετική, εφόσον ο ορισμός του ψυχικού πόνου ως «ασθένειας» τοποθετεί την πηγή της δυσφορίας εντός του ατόμου, υποβιβάζοντας τον ρόλο των κοινωνικο-πολιτικών δυνάμεων, οι οποίες ενδεχομένως συντελούν ή και προκαλούν αυτή τη δυσφορία, και, κατ' επέκταση, τη διάκριση, την καταπίεση, τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίησή του (Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013. The British Psychological Society, 2011, 2012). Για το λόγο αυτό, η κριτική εξέταση των παραδοχών, πρακτικών και πιθανών συνεπειών της επιστημονικής γνώσης και κλινικής πράξης, όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές είναι χρήσιμη και, ίσως, επιβεβλημένη.

Βιβλιογραφία

- Aho, K. (2008). Medicalizing mental health: A phenomenological alternative. *Journal of Medical Humanities*, 29, 243-259.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – third edition (DSM-III)*. USA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2011). *Letter to Melba J.T. Vasquez & David N. Elkins*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM5%20TF%20Response_Society%20for%20Humanistic%20Psycholo

- gy_110411r.pdf
- American Psychiatric Association (2012a). *DSM-5 development*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- American Psychiatric Association (2012b). *DSM: History of the manual*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: <http://www.psychiatry.org/>
- American Psychiatric Association (2012c). *American psychiatric board of trustees approves DSM-5*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: <http://www.psychiatry.org/advocacy-newsroom/news-releases>
- American Psychiatric Association (2013a). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: [http://www.laodfy.org/changes-from-dsm-iv-tr-to-dsm-5\[1\].pdf](http://www.laodfy.org/changes-from-dsm-iv-tr-to-dsm-5[1].pdf)
- American Psychiatric Association (2013b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013c). *Attention deficit/hyperactivity disorder*. Ανακτήθηκε στις 6 Ιανουαρίου, 2015, από τον σύνδεσμο: <http://www.dsm5.org/documents/adhd%20fact%20sheet.pdf>
- American Psychiatric Association (2013d). *Disruptive mood dysregulation disorder*. Ανακτήθηκε στις 6 Ιανουαρίου, 2015, από τον σύνδεσμο: <http://www.dsm5.org/Documents/Disruptive%20Mood%20Dysregulation%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- Axelson, D., Findling, R., Fristad, M., Kowatch, R., Youngstrom, E., Horwitz, S. M., ... & Birmaher, B. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the longitudinal assessment of manic symptoms study. *The Journal of Clinical Psychiatry, 73*(10), 1342-1350.
- Boyle, M. (1999). Diagnosis. In C. Newnes, G. Holmes & C. Dunn (Eds.), *This is madness: A critical look at psychiatry and the future of mental health services* (pp. 75-90). UK: PCCS Books.
- Braverman, P. (2007). Mini review. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 20*(1), 3-12.
- Brotman, M., Kassem, L., Reising, M., Guyer, A., Dickstein, D., Rich, B., ... & Leibenluft, E. (2007). Parental diagnoses in youth with narrow phenotype bipolar disorder or severe mood dysregulation. *American Journal of Psychiatry, 164*(8), 1238-1241.
- Brotman, M., Rich, B., Guyer, A., Lunsford, J., Horsey, S., Reising, M., ... & Leibenluft, E. (2010). Amygdala activation during emotion processing of neutral faces in children with severe mood dysregulation versus ADHD or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 167*(1), 61-69.
- Brotman, M., Schmajuk, M., Rich, B., Dickstein, D., Guyer, A., Costello, E. J., & Leibenluft, E. (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry, 60*(9), 991-997.
- Carlson, G. (2007). Who are the children with severe mood dysregulation, aka "rages"? *American Journal of Psychiatry, 164*(8), 1140-1142.
- Carpenter, W., & Van Os, J. (2011). Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *American Journal of Psychiatry, 168*(5), 460-463.
- Chrisler, J., & Caplan, P. (2002). The strange case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annual Review of Sex Research, 13*(1), 274-306.
- Collier, R. (2010). DSM revision surrounded by controversy. *Canadian Medical Association Journal, 182*(1), 16-17.
- Compart, P. (2013). *Updates to the APA in DSM-V – what do the changes mean to families living with autism?* Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από την ιστοσελίδα Autism Research Institute: http://www.autism.com/index.php/news_dsmV
- Compton, W., Dawson, D., Goldstein, R., & Grant, B. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence, 132*(1-2), 387-390.
- Copeland, W., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry, 170*(2), 173-179.
- Cosgrove, L., Bursztajn, H. J., Krinsky, S., Anaya, M., & Walker, J. (2009). Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's clinical practice guidelines. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*(4), 228-232.
- Cosgrove, L., & Krinsky, S. (2012). A comparison of

- DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, 9(3), e1001190.
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M., & Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(3), 154-160.
- Decker, H. (2007). How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry*, 18(3), 337-360.
- Dunlop, B. (2012). Debate: Is it worth saving the bereavement exclusion in DSM-5? *Psychiatric Times*, 29(9). Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: <http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/debate-it-worth-saving-bereavement-exclusion-dsm-5>
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465-475.
- Falco, M. (2012). *Psychiatric association approves changes to diagnostic manual*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από την ιστοσελίδα CNN Health: <http://www.cnn.com/2012/12/02/health/new-mental-health-diagnoses/index.html>
- Feighner, J. P., Woodruff, R. A., Winokur, G., Munoz, R., Robins, E., & Guze, S. B. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57-63.
- First, M. (2005). Clinical utility: A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 560-564.
- First, M. (2011). DSM-5 proposals for mood disorders: A cost-benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 1-9.
- Follette, W., & Houts, A. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1120-1132.
- Frances, A. (2010). *Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: http://intraspec.ca/FrancesA_PsychiatricTimes110210.pdf
- Frances, A. (2012). *DSM-5 is a guide, not a bible. Simply ignore its 10 worst changes*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-5_b_2227626.html
- Frazier, T., Youngstrom, E., Speer, L., Embacher, R., Law, P., Constantino, J., ... & Eng, C. (2012). Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 28-40.
- Freeman, E. (2003). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 25-37.
- Fusar-Poli, P., & Yung, A. (2012). Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? *The Lancet*, 379, 591-592.
- Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E., & Smith, K. (2012). Brief report: An exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(8), 1750-1756.
- Gopal, A., Cosgrove, L., & Bursztajn, H. (2010). Commentary: The public health consequences of an industry-influenced psychiatric taxonomy: "Attenuated psychotic symptoms syndrome" as a case example. *Accountability in Research*, 17(5), 264-269.
- Helzer, J., Kraemer, H., Krueger, R. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine*, 36(12), 1671-1680.
- Hudson, J., McElroy, S., Raymond, N., Crow, S., Keck, P., Carter, W., ... & Jonas, J. (1998). Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: A multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1756-1762.
- Jacobs, E., Kline, E., & Schiffman, J. (2011). Practitioner perceptions of attenuated psychosis syndrome. *Schizophrenia Research*, 131(1), 24-30.
- Jones, D. (2012). A critique of the DSM-5 field trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 517-519.
- Kamens, S. (2010). Controversial issues for the future DSM-V. *Society for Humanistic Psychology Newsletter*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: <http://www.apadivisions.org/division-32/publications/newsletters/humanistic/2010/01/dsm-v.aspx>
- Kaplan, A. (2009). DSM-V controversies. *Psychiatric Times*, 26(1), 5-10.
- Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Philips, K., &

- Fawcett, J. (2009). *Guidelines for making changes to DSM-V*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: http://www.dsm5.org/Progress-Reports/Documents/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.pdf
- Kraemer, H., Kupfer, D., Clarke, D., Narrow, W., & Regier, D., (2012). DSM-5: How reliable is reliable enough? *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 13-15.
- Kupfer, D., & Regier, D. (2009). Toward credible conflict of interest policies in clinical psychiatry: Counterpoint. *Psychiatric Times*, 26(1), 40-41.
- Kupfer, D., & Regier, D. (2011). Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 168(7), 672-674.
- Kutchins, H., & Kirk S. (1997). *Making us crazy. DSM – The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. London: Constable.
- LaFrance, M., & McKenzie-Mohr, S. (2013). The DSM and its lure of legitimacy. *Feminism & Psychology*, 23(1), 119-140.
- Lamb, K., Pies, R., & Zisook, S. (2010). The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: To be or not to be. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(7), 19-25.
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *The American Journal of Psychiatry*, 168(2), 129-142.
- Le Couteur, D., Doust, J., Creasey, H., & Brayne, C. (2013). Political drive to screen for pre-dementia: Not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *British Medical Journal*, 347. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: http://epublications.bond.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1772&context=hsm_pubs
- Llandrich, J. (2012). DSM-5: Precedents, present and prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 281-290.
- Lowe, J. R., & Widiger, T. A. (2009). Clinicians' judgments of clinical utility: A comparison of the DSM-IV with dimensional models of general personality. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 211-229.
- Maj, M. (2012). Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry*, 11(1), 1-2.
- Mandy, W. (2013). Upcoming changes to autism spectrum disorder: Evaluating DSM-5. *Neuropsychiatry*, 3(2), 127-130.
- Mandy W., Charman T., & Skuse D. H. (2012). Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 41-50.
- Manning, S. (2012). Debate: Let the bereavement exclusion in DSM-5 die. *Psychiatric Times*, 29(9), 1-2.
- Marecek, J., & Gavey, N. (Eds.) (2013a). Special issue: DSM-5 and beyond: A critical feminist engagement with psychodiagnosis. *Feminism & Psychology*, 23(1).
- McElroy, S., Casuto, L., Nelson, E., Lake, K., Soutullo, C., Keck, P., & Hudson, J. (2000). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 1004-1006.
- McGlashan, T. H., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T., Woods, S. W., ... & Epstein, I. (2006). Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 790-799.
- McGuiness, T., & Johnson, K. (2013). DSM-5 changes in the diagnosis of autism spectrum disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(4), 17-19.
- McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368-383.
- Mojtabai, R. (2011). Bereavement-related depressive episodes: Characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 920-928.
- Moran, M. (2013). Eating, sleep disorder criteria revised in DSM-5. *Psychiatric News*, 48(6), 14-15.
- Moss, H., Chen, C., & Yi, H. Y., (2012). Measures of substance consumption among substance users, DSM-IV abusers, and those with DSM-IV dependence disorders in a nationally representative sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 820-828.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D., & Gotzsche, P. C. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. Commentary: Medicalisation of risk factors. *British Medical Journal*, 324, 886-891.
- Narrow, W., Clarke, D., Kuramoto, S. J., Kraemer, H.,

- Kupfer, D., Greiner, L. & Regier, D. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part III: Development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 71-82.
- O'Brien, C. (2010). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106(5), 866-867.
- Offman, A., & Kleinplatz, P. (2004). Does PMDD belong in the DSM? Challenging the medicalization of women's bodies. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 13(1), 17-27.
- Open letter to DSM-5 (2013). Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: <http://www.ipe-titions.com/petition/dsm5/>
- Paris, J. (2013). The ideology behind DSM-5. In Paris, J. & Phillips, J. (Eds.), *Making the DSM-5: Concepts and controversies* (pp. 39-44). New York: Springer.
- Paris, J., & Phillips, J. (Eds.) (2013). *Making the DSM-5: Concepts and controversies*. New York: Springer.
- Peer, K., Rennert, L., Lynch, K., Farrer, L., Galernter, J., & Kranzler, H. (2013). Prevalence of DSM-IV and DSM-5 alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use disorders in a largely substance dependent sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 127, 215-219.
- Petersen, R., Roberts, R., Knopman, D., Boeve, B., Geda, Y., Ivnik, R., ... & Jack, C. (2009). Mild cognitive impairment: Ten years later. *Archives of Neurology*, 66(12), 1447-1455.
- Pertusa, A., Fullana, M., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *The American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1289-1298.
- Pope, H., Lalonde, J., Pindyck, L., Walsh, T., Bulik, C., Crow, S., ... & Hudson, J. (2006). Binge eating disorder: A stable syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 163(12), 2181-2183.
- Pierre, J. (2010). The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: Past, present, and future. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(6), 375-386.
- Pies, R. (2012). *Bereavement and the DSM-5, one last time*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από την ιστοσελίδα Psychiatric Times: <http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/bereavement-and-dsm-5-one-last-time>
- Pliszka, S. (2011). Disruptive mood dysregulation disorder: Clarity or confusion? *The ADHD Report*, 19(5), 7-11.
- Regier, D., Narrow, W., Clarke, D., Kraemer, H., Kuramoto, S. J., Kuhl, E., & Kupfer, D. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 59-70.
- Rennert, L., Denis, C., Peer, K., Lynch, K., Galernter, J., & Kranzler, H. (2014). DSM-5 gambling disorder: Prevalence and characteristics in a substance use disorder sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 50-56.
- Rich, B., Schmajuk, M., Perez-Edgar, K., Fox, N., Pine, D., & Leibenluft, E. (2007). Different psychophysiological and behavioral responses elicited by frustration in pediatric bipolar disorder and severe mood dysregulation. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 309-317.
- Samuels, J., Shugart, Y. Y., Grados, M., Willour, V., Bilenvenu, O. J., Greenberg, B., ... & Nestadt, G. (2007). Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD collaborative genetics study. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 493-499.
- Saxena, S. (2007). Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 380-384.
- Schatzberg, A., Scully, J., Kupfer, D., & Regier, D. (2009). Setting the record straight: A response to Frances commentary on DSM-V. *Psychiatric Times*, 26(8). Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: <http://www.psychiatric-times.com/dsm-5-0/setting-record-straight-response-frances-commentary-dsm-v>
- Shear, K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.
- Solanto, M., Wasserstein, J., Marks, D., & Mitchell, K. (2012). Diagnosis of ADHD in adults: What is the appropriate DSM-5 symptom threshold for hyperactivity-impulsivity? *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 631-634.
- Spitzer, R. (2009). *DSM-V transparency: Fact or rhetoric?* Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από την ιστοσελίδα Psychiatric Times: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/dsm-v-transparency-fact-or-rhetoric>

- Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40(11), 1759-1765.
- The British Psychological Society (2011). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf
- The British Psychological Society (2012). *DSM-5: The future of psychiatric diagnosis (2012 – final consultation)*. Ανακτήθηκε στις 17 Ιουλίου, 2013, από τον σύνδεσμο: http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202012%20-%20BPS%20response.pdf
- Tsuang, M., Van Os, J., Tandon, R., Barch, D., Bustillo, J., Gaebel, W., ... & Carpenter, W. (2013). Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 31-55.
- Ussher, J. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69.
- Vaillant, G. (1984). The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry*, 141(4), 542-545.
- Vanheule, S. (2012). Diagnosis in the field of psychotherapy: A plea for an alternative to the DSM-5. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 85(2), 128-142.
- Visser, S. N., Bitsko, R. H., Danielson, M. L., Perou, R., & Blumberg, S. J. (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(44), 1439-1443.
- Wakefield, J. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal*, 41(2), 139-154.
- Wakefield, J., & First, M. (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., & Schmitz, M. (2012). Normal vs. disordered bereavement-related depression: Are the differences real or tautological? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(2), 159-168.
- Weinstock, J., Rash, C., Burton, S., Moran, S., Biller, W., O'Neil, K., & Kruegelbach, N. (2013). Examination of proposed DSM-5 changes to pathological gambling in a helpline sample. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1305-1314.
- Whooley, O., & Horwitz, A. (2013). The paradox of professional success: Grand ambition, furious resistance, and the derailment of the DSM-5 revision process. In Paris, J. & Phillips, J. (Eds.), *Making the DSM-5: Concepts and Controversies (75-92)*. New York: Springer.
- Widiger, T., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(6), 946-963.
- Widiger, T., & Samuel, D. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders – Fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504.
- Wilens, T. E., Adler, L. A., Adams, J., Sgambati, S., Rotrosen, J., Sawtelle, R., ... & Fusillo, S. (2008). Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: A systematic review of the literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 21-31.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399-410.
- Wilson, T., & Sysko, R., (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 603-610.
- Wilson, T., Wilfley, D., Agras, S., & Bryson, S. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94-101.
- Woods, S., Walsch, B., Saksa, J., & McGlashan, T. (2010). The case for including attenuated psychotic symptoms syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophrenia Research*, 123(2), 199-207.
- Yung, A., Woods, S., Ruhrmann, S., Addington, J., Schultze-Lutter, F., Cornblatt, B., ... & McGlashan, T. (2012). Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1130-1134.
- Zisook, S., Pies, R., & Iglewicz, A. (2013). Grief, depression and the DSM-5. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(5), 386-396.

Developments and conflicts regarding the classification of mental disorders in DSM-5: A review of the scientific dialogue and critique

IRINI MOUTSOU¹

EUGENIE GEORGACA²

ABSTRACT

The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) was released by the American Psychiatric Association in May 2013 and has provoked a broad scientific discussion, since it entails significant changes in relation to its previous editions. The current paper offers a review of this discussion, with emphasis on the main changes that are under dispute. Initially, we discuss the developmental course of the various editions of the DSM, the main principles and practices of the current edition as well as the main points of critique against it. We then examine in more detail some significant changes in particular diagnostic categories and their expected implications for the diagnosis and treatment of these mental disorders. In conclusion, the main critique against DSM-5 is that it seems to intensify the medicalisation of mental disorders, which characterises its latest editions, to pathologise a range of everyday experiences and behaviours, and to broaden the diagnosed population, especially to children and the elderly, expanding possibly the use of medication to new age groups.

Keywords: Classification, Diagnosis, DSM, Mental disorders.

1. *Address:* Psychology Department, Aristotle University of Thessaloniki

2. *Address:* Psychology Department, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki 54124, Greece.

Tel: 0030 2310 997472, Fax: 0030 2310 997384. E-mail: georgaca@psy.auth.gr