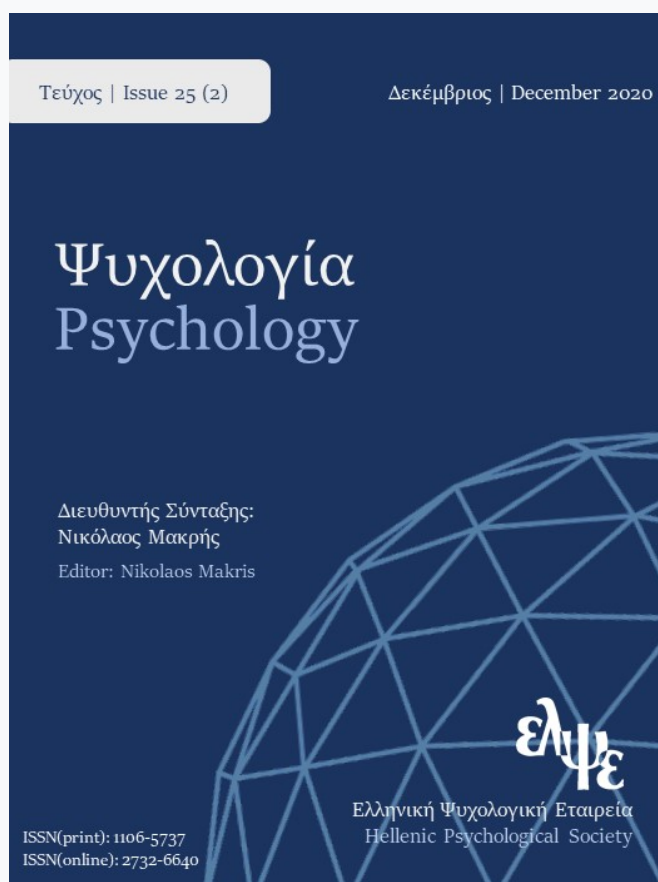


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 25, No 2 (2020)

Special Section: Contemporary Issues in Neuropsychology



DSM-5: Seven years later- developments and challenges in the classification of mental disorders

Anna Christopoulou, Aria Gkirlimi, Anna Apostolidou, Electra Stefanou, Anastasia Koutoumatsioti, Elizabeth Marouli, Maria Fotinou, Vasiliki Ermiliou, Apostolos Koutrias, Evdokia Ntali

doi: [10.12681/psy_hps.25597](https://doi.org/10.12681/psy_hps.25597)

Copyright © 2020, Άννα Χριστοπούλου, Άρια Γκιρλέμη, Άννα Αποστολίδου, Ηλέκτρα Στεφάνου, Αναστασία Κουτουμασιώτη, Ελισάβετ Μαρούλη, Μαρία Φωτεινού, Βασιλική Ερμιλίου, Απόστολος Κουτριάς, Ευδοκία Ντάλη



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Christopoulou, A., Gkirlimi, A., Apostolidou, A., Stefanou, E., Koutoumatsioti, A., Marouli, E., Fotinou, M., Ermiliou, V., Koutrias, A., & Ntali, E. (2020). DSM-5: Seven years later- developments and challenges in the classification of mental disorders. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 25(2), 199–216. https://doi.org/10.12681/psy_hps.25597



ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | RESEARCH PAPER

DSM-5: Επτά χρόνια μετά -εξελίξεις και προκλήσεις στην ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών

Άννα ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Άρια ΓΚΙΡΛΕΜΗ, Άννα ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΟΥ, Ηλέκτρα ΣΤΕΦΑΝΟΥ, Αναστασία ΚΟΥΤΟΥΜΑΤΣΙΩΤΗ, Ελισάβετ ΜΑΡΟΥΛΗ, Μαρία ΦΩΤΕΙΝΟΥ, Βασιλική ΕΡΜΗΛΙΟΥ, Απόστολος ΚΟΥΤΡΙΑΣ, Ευδοκία ΝΤΑΛΗ

¹ Τμήμα Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Στη μνήμη του Κώστα Ευθυμίου

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

DSM-5,
εξελίξεις,
κριτική,
RDoc

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το *DSM-5*, η 5^η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, που δημοσιεύθηκε το Μάιο του 2013, έχει αποτελέσει αντικείμενο ενδιαφέροντος, καθώς και έντονης επιστημονικής διαμάχης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναθεώρηση των πιο σημαντικών εξελίξεων, όσον αφορά τον επιστημονικό διάλογο τα τελευταία επτά χρόνια μετά από την κυκλοφορία του εγχειριδίου. Αρχικά, γίνεται μια σύντομη αναφορά στη δημιουργία του ταξινομικού εγχειριδίου *DSM-5*, καθώς και στις βασικές αρχικές κριτικές που απευθύνθηκαν σε αυτό και στις απαντήσεις που ακολούθησαν. Στη συνέχεια, αναφέρονται οι μεταγενέστερες βασικές εξελίξεις σχετικά με το *DSM-5*, όπως η έμφαση σε συγκεκριμένα σημεία ενδιαφέροντος, οι αλλαγές στο εγχειρίδιο βάσει κριτικών, σχετικές κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές, φιλοσοφικά και κοινωνιολογικά ζητήματα σχετικά με την ταξινόμηση γενικώς. Επιπλέον, παρουσιάζονται ευρήματα από έρευνες σχετικά με την παγκόσμια χρήση των ταξινομικών συστημάτων. Κλείνοντας αναφέρονται θέματα που αφορούν την ταξινόμηση στο μέλλον, καθώς και προτάσεις για καινούργια ταξινομικά συστήματα, όπως το *Research Domain Criteria (RDoc)* - του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (National Institute of Mental Health).

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Άννα Χριστοπούλου,
Τμήμα Ψυχολογίας,
Φιλοσοφική Σχολή, Εθνικό &
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Πανεπιστημιούπολη,
15703 Αθήνα.
Τηλ.: 2107277576.
email: annachr@psych.uoa.gr

Η έκδοση του διαγνωστικού και ταξινομικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών *DSM-5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association - APA, 2013a) που δημοσιεύθηκε τον Μάιο του 2013 έχει αποτελέσει αντικείμενο ενδιαφέροντος, καθώς και έντονης επιστημονικής διαμάχης. Μία σημαντική βιβλιογραφία στους τομείς της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, της νευρο-επιστήμης, της κοινωνιολογίας και της φιλοσοφίας έχει ακολουθήσει την έκδοση του εγχειριδίου και συνεχίζεται μέχρι σήμερα (Bonino & Hanna, 2018· Brunoni, 2017· Duncan et al., 2017· Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015· Μούτσου & Γεωργάκα, 2014· Shankman et al., 2016· Sungur, 2017· Wakefield, 2015· Zachar et al., 2017).

Η σημασία αυτής της διαμάχης εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο της ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών. Η αναγκαιότητα για ταξινόμηση υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι έγιναν διάφορες προσπάθειες να δημιουργηθούν ταξινομικά συστήματα από την αρχαιότητα. Η πρώτη καταγραφή συγκεκριμένου συνδρόμου

© 2020, Άννα Χριστοπούλου, Άρια Γκιρλέμη, Άννα Αποστολίδου, Ηλέκτρα Στεφάνου, Αναστασία Κουτουματσίωτη, Ελισάβετ Μαρούλη, Μαρία Φωτεινού, Βασιλική Ερμηλίου, Απόστολος Κουτριάς, Ευδοκία Νταλή

Άδεια CC-BY-SA 4.0

αποδίδεται στην Αιγυπτιακή περιγραφή της άνοιας το 3000 π.Χ., ενώ το πρώτο σύστημα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών εμφανίζεται στο Ayurveda, το αρχαίο Ινδικό σύστημα ιατρικής (Menninger, 1963). Το πρώτο επίσημο διαγνωστικό σύστημα ψυχοπαθολογίας εμφανίστηκε το 1803 και οφείλεται στον ψυχίατρο Philippe Pinel. Αν και το θέμα της ταξινόμησης καθαυτής έχει αποτελέσει αντικείμενο διαμάχης (Carson, 1996· Timimi, 2014), η πλειοψηφία των ειδικών συμφωνεί ότι είναι αναγκαίο, διότι επιτρέπει την οργάνωση πολλαπλών πληροφοριών σε ένα ενιαίο σύστημα, δημιουργεί μια κοινή γλώσσα, και ευνοεί την επικοινωνία μεταξύ επιστημόνων διαφορετικών αντικειμένων και προσεγγίσεων σχετικά με το θεωρητικό, κλινικό και ερευνητικό τους έργο.

Σήμερα, τα βασικά ταξινομικά συστήματα των ψυχικών διαταραχών που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως είναι το *DSM-5* και το *ICD-10* (International Classification of Diseases) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO World Health Organization). Αν και τα δύο συστήματα συγκλίνουν σχετικά με τις περισσότερες διαγνωστικές κατηγορίες, υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους, και βασικός στόχος για την καινούρια έκδοση του ICD-11 το 2020 είναι αυτές οι διαφορές να μειωθούν όσο το δυνατόν περισσότερο (First et al., 2019). Το *Psychodynamic Diagnostic Manual, P.D.M.-2* (Linguiardi & McWilliams, 2017) προσφέρει συμπληρωματικά στοιχεία στα δύο αυτά εγχειρίδια, ακολουθώντας την σκοπιά των σύγχρονων ψυχοκοινωνικών μοντέλων και με βάση εμπειρικά ευρήματα.

To DSM

Ο βασικός στόχος των εγχειριδίων *DSM* από την πρώτη έκδοση το 1952, είναι η παροχή όλων των αναγκαίων πληροφοριών για την έγκαιρη διάγνωση ψυχικών διαταραχών. Το κάθε εγχειρίδιο περιλαμβάνει περιγραφές της κλινικής εικόνας, όπως είναι τα συμπτώματα και η συμπεριφορά, για κάθε διαταραχή. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται μία κοινή γλώσσα που ευνοεί την επικοινωνία μεταξύ των ειδικών της ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, διευκολύνεται η διάγνωση, η κλινική παρέμβαση και η έρευνα. Από το 1951 έχουν ακολουθήσει ποικίλες αναθεωρήσεις ανά τα χρόνια (*DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-IV, DSM-IV-TR*). Η εξέλιξη του εγχειριδίου μέσα στα χρόνια περιγράφεται αναλυτικά σε ένα πρόσφατο άρθρο στο ίδιο περιοδικό και πραγματεύεται τις πρώτες αντιδράσεις μετά από την κυκλοφορία του *DSM-5* (Μούτσου και Γεωργάκα, 2013).

Από το DSM-IV στο DSM-5

Η αναθεώρηση του προηγούμενου διαγνωστικού συστήματος *DSM-IV-TR* βασίστηκε στην ανάγκη διόρθωσης πολυάριθμων και κρίσιμων ατελειών των προηγούμενων εκδόσεων του *DSM*, παρά στις κρίσιμες αλλαγές στο χώρο της ψυχιατρικής, συντελώντας στην έκδοση *DSM-5* (Kecmanovic, 2013). Βασικός στόχος της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας ήταν μία «παραδειγματική αλλαγή», όπου η ψυχιατρική διάγνωση θα ήταν περισσότερο εναρμονισμένη με τα σύγχρονα νευρο-επιστημονικά ερευνητικά ευρήματα οδηγώντας σε πιο ακριβής διάγνωση (Lasalvia, 2015· Regier et al., 2009· Wakefield, 2013). Στόχος επίσης ήταν οι διαγνώσεις να είναι εφαρμοσμένες στην κλινική πρακτική (Ghaemi, 2014· Regier et al., 2009· Μούτσου και Γεωργάκα, 2013). Προκειμένου να επιτευχθεί ο ακριβέστερος διαγνωστικός προσδιορισμός, τρεις βασικές αλλαγές έγιναν: (1) η τροποποίηση του ορισμού της ψυχικής υγείας, (2) η εισαγωγή του διαστατικού μοντέλου αξιολόγησης και (3) η κατάργηση του πολύ-αξονικού συστήματος

Σύμφωνα με την επιτροπή του *DSM-5*, (APA, 2013· Γκοτζαμάνης, 2015), η τροποποίηση του ορισμού της ψυχικής διαταραχής ήταν βασικός στόχος προκειμένου να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ψυχολογική, βιολογική ή αναπτυξιακή δυσλειτουργία του ατόμου, καθώς και στο αίσθημα δυσφορίας σε σημαντικές πτυχές της ζωής, σε αντίθεση με το *DSM-IV*, όπου μέγιστη έμφαση δινόταν στη συμπτωματολογία. Επίσης, στόχος ήταν και η αναγνώριση της επιρροής σημαντικών κοινωνικών παραγόντων, καθώς στο *DSM-5* κοινωνικά



αποκλίνουσες συμπεριφορές (πολιτικές, θρησκευτικές ή σεξουαλικές), δεν αποτελούν ψυχικές διαταραχές, εκτός και εάν συνιστούν πτυχή της δυσλειτουργίας του ατόμου. Ακόμη, στο καινούργιο εγχειρίδιο εισάγονται οι έννοιες της συναισθηματικής ρύθμισης και των αναπτυξιακών διαδικασιών, διατηρώντας παράλληλα τις έννοιες της ανικανότητας, του πολιτισμικού πλαισίου και της ατομικής δυσλειτουργίας του DSM-IV.

Η στροφή από την κατηγορική διάγνωση των διαταραχών στον προσδιορισμό τους μέσω ψυχοπαθολογικών διαστάσεων διαβαθμισμένης βαρύτητας ή έντασης, συνιστά καινοτομία του *DSM-5*. Οι διαστάσεις ενσωματώνουν πληροφορίες για την κατηγορία της διαταραχής καθώς και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Παράγοντες που οδήγησαν στη διαστασιακή προσέγγιση είναι, μεταξύ άλλων, το κοινό βιολογικό υπόστρωμα ορισμένων διαταραχών, οι ειδικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας και η μειωμένη χρήση του πολύ-αξονικού συστήματος στην κλινική πράξη (Ginter, 2014· Wakefield, 2013) και τέλος, η ύπαρξη συννοσηρότητας μεταξύ πολλών διαταραχών (Ehret & Berking, 2013· Nemeroff et al., 2013).

Επιπλέον, η κατάργηση του πολύ-αξονικού συστήματος διάγνωσης (Άξονες I, II και III) και η υιοθέτηση μιας μονό-αξονικής προσέγγισης αποτελεί μια εξίσου σημαντική αλλαγή στο *DSM-5*-μάλιστα κατά τον Wakefield (2013) είναι «η πιο δραματική δομική αλλαγή». Αυτή η αλλαγή είναι συμβατή με το τριαξονικό σχήμα του *ICD-10*, το οποίο αποτελεί βασικό ταξινομικό σύστημα υγείας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (World Health Organization- WHO) (APA, 2013b· Clay, 2014· Ehret & Berking, 2013), και ακόμη συμβάλλει και στην ευθυγράμμιση με το ανερχόμενο *ICD-11*. Η κατάργηση των πέντε αξόνων διαγνωστικής αξιολόγησης, απαλείφει τις τεχνητές διακρίσεις των προηγούμενων εκδόσεων με σκοπό να διευκολύνει τόσο την κλινική πρακτική, όσο και την ερευνητική χρήση του εγχειριδίου, οι οποίες δεν φάνηκαν να ευνοούνται από την προηγούμενη πολύ-αξονική διάκριση (Wakefield, 2013). Έτσι, οι άξονες I, II και III των προηγούμενων εκδόσεων καταχωρούνται πλέον σε έναν άξονα που αφορά την κλινική εικόνα. Ταυτόχρονα, υπάρχει η δυνατότητα για ειδική αναφορά σε σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς και συναφείς παράγοντες (πρώην άξονας IV) μέσω μιας ευρέως εκτεταμένης λίστας με το όνομα «V Codes», που αντιστοιχεί στο βαθμό ανικανότητας-μειωμένης λειτουργικότητας που παρουσιάζει το άτομο (πρώην άξονας V). Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα για μια ενιαία συν-διάγνωση ψυχοπαθολογικών διαταραχών, διαταραχών προσωπικότητας, διαταραχών νοημοσύνης και σωματικών παθήσεων (Wakefield, 2013).

Παρά την προσπάθεια να διατηρηθούν διαγνώσεις και κριτήρια από την προηγούμενη εκδοχή όσο το δυνατόν περισσότερο, στο *DSM-5* αυξάνονται οι διαγνωστικές κατηγορίες από 383 σε 541, με τον συνολικό αριθμό των διαγνώσεων να ομαδοποιείται σε 22 ευρύτερες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Επίσης, εισάγονται προσδιοριστές βάσει των χαρακτηριστικών των επιμέρους διαγνώσεων, για παράδειγμα, στη «Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή» προστέθηκαν οι προσδιοριστές «με μικτά στοιχεία» και «με αγχώδη δυσφορία», ενώ ορισμένες προϋπάρχουσες διαταραχές ομαδοποιούνται σε ευρύτερες ενότητες, όπως στην περίπτωση της «Αποπροσωποποίησης» και της «Αποπραγματοποίησης», που στο *DSM-5* συγχωνεύονται σε μία κοινή διαταραχή, τη «Διαταραχή Αποπροσωποποίησης/Αποπραγματοποίησης». Η σειρά παρουσίασης ξεκινά με τις διαγνώσεις που αντανάκλουν τις αναπτυξιακές διεργασίες και εκδηλώνονται νωρίς στη ζωή, συνεχίζεται με τις διαγνώσεις που εμφανίζονται κυρίως στην εφηβική και πρώιμη ενήλικη ζωή και ολοκληρώνεται με τις διαγνώσεις που αφορούν την ενήλικη και ώριμη ζωή. Με αυτόν τον τρόπο επιδιώκεται μια εξελικτική δια βίου προσέγγιση των διαταραχών (Klott, 2012 στους Trost, Burke & Schoenfeld, 2014). Παράλληλα, η οργάνωσή τους με βάση μια πιθανή κοινή υποβόσκουσα βιολογική αιτιολογία (Wakefield, 2013), στοχεύει στην υποβοήθηση της διαγνωστικής διαδικασίας (APA, 2013a· Ehret & Berking, 2013· Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Επιπλέον, στις γενικές αλλαγές του *DSM-5*, συμπεριλαμβάνεται και η αντικατάσταση των ρωμαϊκών αριθμών από αραβικούς αριθμούς, δηλαδή η μετατροπή του «V» σε «5», με στόχο το *DSM-5* να είναι ένα «ζωντανό» έγγραφο, το οποίο θα υπόκειται ευκολότερα σε αλλαγές και αναθεωρήσεις, όποτε αυτές είναι

απαραίτητες (Wakefield, 2013· Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015), δεδομένης της ταχύτητας με την οποία εξελίσσονται και εμπλουτίζονται οι επιστήμες της Ψυχολογίας και της Ιατρικής. Ειδικότερα, ο αρχικός στόχος ήταν η έκδοση αναθεωρήσεων με τη μορφή *DSM-5.1*, *DSM-5.2* κ.τ.λ., αποτρέποντας τη δημιουργία ενός *DSM-6*, με μοναδική εξαίρεση μία ανατρεπτική αλλαγή στο χώρο της ψυχιατρικής (Kecmanovic, 2013).

Τέλος, στο *DSM-5* οι εκφάνσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς αντιμετωπίζονται πιο σφαιρικά με τη συνεκτίμηση ψυχοκοινωνικών, διαπολιτισμικών και διαφυλικών παραγόντων. Ενδείξεις αυτής της προσπάθειας είναι η κλίμακα WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) για τη μέτρηση του βαθμού δυσλειτουργίας του ατόμου, καθώς και η ειδική ημί-δομημένη συνέντευξη, γνωστή ως *Cultural Formulation Interview*, που συμπεριλαμβάνονται στην τελευταία έκδοση, και συστήνεται η προαιρετική χρήση τους (APA, 2013a· Ehret & Berking, 2013), δίνοντας πλέον μεγαλύτερη έμφαση σε ψυχοκοινωνικούς και διαπολιτισμικούς παράγοντες (APA, 2013b· Ehret & Berking, 2013).

Πέρα από τις αλλαγές σε επίπεδο δομής και ύφους του *DSM-5*, σημειώνονται ορισμένες ριζικές αλλαγές σε επίπεδο διαμόρφωσης των διαταραχών ψυχικής υγείας, καθώς και στα επιμέρους κριτήρια αυτών. Ειδικότερα, έχουν προστεθεί νέες διαγνωστικές κατηγορίες, έχουν καταργηθεί προϋπάρχουσες διαταραχές και έχουν συνταχθεί νέες. Αυτές οι αλλαγές αναφέρονται αναλυτικά στους Μούτσου και Γεωργάκα (2014) και Wakefield (2013).

Αμφισβήτηση και διαμάχες πριν και αμέσως μετά από την έκδοση του *DSM-5*

Έντονη δυσaréσκεια και αμφισβήτηση ακόμα και πριν την έκδοση του *DSM-5* διαφάνηκε στα μέλη ομάδων εργασίας του εγχειριδίου, σε άλλες επιστημονικές ομάδες, καθώς και στον τύπο παγκοσμίως (Cooper, 2017· Widiger & Crega, 2015). Μέλη από διάφορες ομάδες εργασίας παραιτήθηκαν κατά τη διάρκεια της αναθεώρησης, και ομάδα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ¹ προέβη σε δημιουργία εναλλακτικού εγχειριδίου· το Research Domain Criteria-RDoc (Cuthbert & Insel, 2013) που περιγράφεται αναλυτικότερα στο δεύτερο μέρος του παρόντος άρθρου. Επιστολές διαμαρτυρίας από πολλαπλές οργανώσεις ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας, της Αμερικανικής Εταιρείας Συμβουλευτικής και της Βρετανικής Ψυχολογικής Εταιρείας, στάλθηκαν στην επιτροπή συγκρότησης του *DSM-5* (Caccavale, 2013· Greenberg, 2013· Whooley & Horwitz, 2013).

Αμέσως μετά την έκδοση του *DSM-5* ακολούθησε σειρά από σφοδρές κριτικές. Το *DSM-5* έχει συγκεντρώσει τις περισσότερες κριτικές από κάθε προηγούμενη έκδοση του *DSM* (APA, 2013b· Marecek & Gavey, 2013· Thyer, 2018· Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015). Καταρχάς, όπως αναφέρουν οι Μούτσου και Γεωργάκα σε κριτική αναθεώρηση του *DSM-5* στο ίδιο περιοδικό (2014) περισσότεροι από 15.000 επαγγελματίες και φορείς ψυχικής υγείας υπέγραψαν μια κριτική επιστολή προς την εκδοτική ομάδα του *DSM-5*, και ταυτόχρονα δημοσιεύθηκαν άρθρα καθώς και ειδικοί τόμοι (Frances, 2014· Paris & Phillips, 2013). Η βασικότερη κριτική αφορά στην υπέρ-διεύρυνση του διαγνωστικού συστήματος και στην παθολογικοποίηση καθημερινών προβλημάτων, με τον σχετιζόμενο κίνδυνο άλογης χορήγησης ψυχοφάρμακων (McGuire, 2015· Μούτσου και Γεωργάκα, 2014· Padmanabhan, 2017· Wakefield 2013).

Θέματα αξιοπιστίας αποτέλεσαν αντικείμενο κριτικής. Εκφράστηκε η άποψη ότι πολλές από τις προτάσεις του *DSM-5* δεν υποστηρίζονται από απτά επιστημονικά δεδομένα, κυρίως λόγω ασυνεπούς ανασκόπησης της βιβλιογραφίας και χρήσης διαφορετικών προτύπων για τη διενέργεια αλλαγών από τις προηγούμενες εκδόσεις (Rief et al., 2013). Επίσης, στις δοκιμές πεδίου έγιναν αποδεκτοί δείκτες αξιοπιστίας που στις προηγούμενες εκδόσεις θεωρούνταν «μη αποδεκτοί» και από τις είκοσι διαγνώσεις που μελετήθηκαν μόνο τρεις εμφάνισαν συντελεστή kappa μεγαλύτερο από 0,6 (Cooper, 2014). Ένα μέρος των επικριτών υποστηρίζουν, ακόμα, ότι η

¹ National Institute of Mental Health -NIMH



αξιοπιστία των διαταραχών ενδέχεται να μεταβάλλεται ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης ή τη γλώσσα. Για παράδειγμα, αναμένεται χαμηλότερη αξιοπιστία για άτομα που δεν μιλούν αγγλικά με ευχέρεια (Freedman et al., 2013).

Η εγκυρότητα του DSM-5 θεωρείτο επίσης αμφιλεγόμενη. Τα κριτήρια και το κατηγορικό σύστημα χαρακτηρίζονται από αυξημένη εγκυρότητα σε σχέση με προηγούμενες εκδόσεις, καθώς διενεργήθηκαν έρευνες και συγκροτήθηκαν διεπιστημονικές ομάδες με κλινικούς του χώρου. Εντούτοις, για ορισμένες κατηγορίες υπάρχουν λίγα ερευνητικά δεδομένα, ενώ αντανάκλωνται και φυλετικές ή διαφυλικές προκαταλήψεις (Comer, 2014). Συμπληρωματικά, η αφαίρεση του πολύ-αξονικού συστήματος αποτρέπει την πρόσβαση σε πληροφορίες που ενδεχομένως να αύξαναν την εγκυρότητα της εκάστοτε διαταραχής. Ειδικότερα, απαιτείται εις βάθος έρευνα και διαχωρισμός συγκεκριμένων όψεων της συμπεριφοράς, για την αύξηση της εγκυρότητας των διαγνώσεων και των κατηγοριών, που ενδέχεται να οδηγήσει σε πιθανή μείωση και ενσωμάτωση των υπάρχουσών κατηγοριών (Rodriguez-Testal et al., 2014).

Ειδικότερες κριτικές αφορούσαν πολλαπλές συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες. Αναλυτικές αναφορές βρίσκονται στους Μούτσου και Γεωργάκα (2014) και Wakefield (2013). Η πιο αμφιλεγόμενη κριτική αφορά την κατάργηση της εξαίρεσης του πένθους ως κριτήριο της διάγνωσης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Η αλλαγή από το DSM-IV-TR στο DSM-5, όπου το πένθος περιλαμβάνεται ως κριτήριο στην καινούργια εκδοχή οδηγεί στο γεγονός ότι άτομα που πενθούν και που εκδηλώνουν πέντε συμπτώματα γενικής στεναχώριας για δύο βδομάδες μετά από την απώλεια τους, δέχονται τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Ενώ το κριτήριο αποκλεισμού του πένθους περιλαμβανόταν στο προηγούμενο εγχειρίδιο, βάση ερευνητικών αποδείξεων η ομάδα του DSM-5 θεώρησε ότι το πένθος μπορεί να περιλαμβάνεται στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μειώνοντας τις πιθανότητες να μην ανιχνευθούν περιπτώσεις όπου η καταθλιπτική διάθεση οφείλεται αμιγώς σε πένθος και αντ' αυτού να τεθεί διάγνωση Καταθλιπτικής Διαταραχής (Maj, 2014· Wakefield, 2013).

Υπήρχαν επίσης σοβαρά ερωτήματα όσον αφορά τη λειτουργία της συντακτικής ομάδας, ειδικά γύρω από τη μυστικότητα και την έλλειψη διαφάνειας όσον αφορά το έργο τους, καθώς και ερωτήματα για τις οικονομικές σχέσεις ορισμένων μελών με τις φαρμακευτικές εταιρείες. Ακόμη, σημειώθηκε ότι σημαντικό ποσοστό της ομάδας δεν ασκούσε κλινικό έργο και ως εκ τούτου δεν ήταν σε θέση να αξιολογήσει τις διαγνωστικές προτάσεις εμπειρικά (Cosgrove & Krinsky, 2012· Ford, 2013· Johnson et al., 2013· Μούτσου & Γεωργάκα, 2014· Mullins-Sweatt et al., 2016· Paris, 2013a, 2015a· Whooley & Horwitz, 2013).

Λόγω αυτής της κριτικής, περισσότεροι από 50 θεσμοί ψυχικής υγείας απαίτησαν μια εξωτερική εκτίμηση προκειμένου να υπάρξει μια ανεξάρτητη αξιολόγηση των ευρημάτων στα οποία στηρίζεται το DSM-5, ώστε να βρεθεί η ισορροπία ανάμεσα στους ενδεχόμενους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα (Greene, 2018· Frances, 2012· Pai et al., 2017). Οι κριτικές αυτές οδήγησαν σε δύο σημαντικές κοινωνικό -πολιτισμικές κινήσεις. Η πρώτη αφορά τη χρηματοδότηση της σειράς εγχειριδίων DSM. Από τις πιο κρίσιμες εξελίξεις που ακολούθησαν με την έκδοση του DSM-5 ήταν η διακοπή της χρηματοδότησης από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών προκειμένου τα χρήματα να επενδυθούν στην ανάπτυξη του άλλου συστήματος, το *Research Domain Criterion*. Μια δεύτερη αλλαγή ήταν η απόφαση του δημόσιου ασφαλιστικού συστήματος των Ηνωμένων Πολιτειών (US Centers for Medicare and Medicaid Services-CMS) να απαιτεί την χρήση των κωδικών ICD-10 αντί του DSM-5 (Bender et al., 2018). Οι κινήσεις αυτές, ειδικά στη χώρα προέλευσης του DSM-5, αντανάκλουν μια σημαντική αλλαγή όσον αφορά την επένδυση κρατικών φορέων στο εγχειρίδιο και την εξέλιξη του.

Μεταγενέστερες κριτικές

Ο έντονος επιστημονικός διάλογος συνεχίστηκε στα επόμενα χρόνια εστιάζοντας σε ορισμένα σημεία. Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι η προσπάθεια να αποτελέσει «παραδειγματική αλλαγή», όπου η διάγνωση θα βασιζόταν

στις νευρο-επιστήμες, σε γενετικά και εργαστηριακά ευρήματα, γενικά απέτυχε (Paris, 2013· Pomerantz, 2017· Wakefield, 2015· Widiger, 2015). Ακόμη, ο στόχος της μετακίνησης από κατηγορική σε διχαστική αξιολόγηση θεωρείται ανεπαρκής, ενώ ιδιαίτερη δυσαρέσκεια εκφράστηκε για την απόρριψη των προτάσεων της ομάδας μελέτης για τη χρήση διχαστικών κριτηρίων για τις διαταραχές προσωπικότητας (Horwood et al., 2013· Skodol et al., 2013.)

Το πρόβλημα της υπερ-διεύρυνσης της ψυχοπαθολογίας με τον κίνδυνο «ψευδώς θετικών»² αποτελεσμάτων, δηλαδή λανθασμένης διάγνωσης «φυσιολογικών» ατόμων, έχει διαφανεί σταθερά το βασικότερο αντικείμενο κριτικής μέσα στην περασμένη επταετία (Wakefield, 2015· Widiger & Crego, 2015). Πρόσφατες κριτικές σημειώνουν ότι, εκτός από την παθολογικοποίηση της δυστυχίας του φυσιολογικού φάσματος, την αύξηση της ενδεχόμενης στιγματοποίησης, της αδικαιολόγητης και ενδεχομένως επιβλαβούς παρέμβασης, δημιουργούνται και άλλα σοβαρά προβλήματα. Η υπερ-διεύρυνση της ψυχοπαθολογίας κινδυνεύει να μειώσει τη σημασία των ψυχικών διαταραχών, όπου πάσχοντες δεν αντιμετωπίζονται με την απαιτούμενη σοβαρότητα. Επίσης παρατηρείται ότι όσο αυξάνονται οι διαγνώσεις, τόσο μεγαλώνουν οι πιθανότητες υπερβολικού βαθμού συννοσηρότητας (Graham et al., 2017· Pomerantz, 2017).

Οι κριτικές εμβαθύναν στις αναλύσεις για προβλήματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας, όπως η έλλειψη διευκρίνησης του ζητούμενου επίπεδου ερευνητικών αποδείξεων (για παράδειγμα επικράτηση και πορεία) και του βαθμού διαγνωστικής αξιοπιστίας που χρειάζονται για την ένταξη μιας διαταραχής στο εγχειρίδιο (Maj, 2014· Widiger & Crego, 2015). Υπογραμμίζονται οι σημαντικές δυσκολίες που δημιουργούνται σχετικά με την επιδημιολογία, δηλαδή την εκτίμηση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών στην κοινωνία, δεδομένου ότι η επιδημιολογία βασίζεται στην εννοιολογική³ εγκυρότητα των κριτηρίων του DSM-5, δηλαδή την ικανότητα των κριτηρίων να διαφοροποιήσουν ψυχικές διαταραχές από παρόμοιες ενδείξεις εντός του φυσιολογικού φάσματος (Wakefield, 2015).

Η διαστατική προσέγγιση αποτελεί σημαντικό μέρος του προβλήματος. Η χρήση του συνεχούς, λόγω ελλιπούς εννοιολογικής βάσης, αδυνατεί να προσδιορίσει την ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής. Σε ένα σύστημα που τους τοποθετεί όλους σε συνεχόμενες διαστάσεις, ο ορισμός της ψυχικής διαταραχής θα βασιζόταν σε «ουδούς» διαταραχών που διαφαίνονταν από έρευνες και θα χρησιμοποιούσαν διαστάσεις σοβαρότητας. Το έργο αυτό που ο Whooley (2016) αναφερόμενος στους Espeland & Stevens (1998) ορίζει ως έργο συμμετρικής, δηλαδή αφορά στη σύγκριση οντοτήτων (entities) με κοινό μετρικό σύστημα -που όμως δεν πραγματοποιήθηκε- συνέβαλε σημαντικά στην αποτυχία της «παραδειγματικής αλλαγής». Σύμφωνα με τον ορισμό της ψυχικής διαταραχής του ίδιου του εγχειριδίου, οι διαστάσεις σοβαρότητας αποτελούν ανεπαρκείς ενδείξεις μιας ψυχικής διαταραχής, δεδομένου ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων δεν αντανακλά δυσλειτουργικότητα, ενώ ορισμένες διαταραχές είναι ήπιας μορφής. Σε πρόσφατη μελέτη που διερευνά τους λόγους αποτυχίας, διαφαίνεται ότι οι λόγοι αποτυχίας αφορούσαν πολιτικά προβλήματα, καθώς και διαφορές μεταξύ ιατρικών ερευνητών και κλινικών (Whooley, 2016).

Μια άλλη κριτική αφορά στην έλλειψη εφαρμογής επιστημονικών κριτηρίων, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε αντίθεση με τους στόχους της αντικειμενικότητας του εγχειριδίου. Κάποιες αποφάσεις βασίστηκαν σε κοινωνικο-πολιτικές πιέσεις σε αντίθεση με ερευνητικές αποδείξεις. Για παράδειγμα, ενώ επιστημονικά αποδεδειγμένα τα κριτήρια για τον αυτισμό όφειλαν να γίνουν πιο αυστηρά, η επιτροπή παρέμεινε στην προηγούμενη λιγότερο αυστηρή εκδοχή του DSM-IV-TR, για να ανταποκριθούν σε αιτήματα ομάδων που ήθελαν να εξασφαλισθούν τα δικαιώματά τους ως άτομα με ειδικές ανάγκες και να επωφεληθούν από διάφορες υπηρεσίες (Volkmar &

² false positive

³ Η εννοιολογική εγκυρότητα (conceptual validity) διαφέρει από την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity). Η εννοιολογική εγκυρότητα είναι απαραίτητη αλλά ανεπαρκής για τον ορισμό της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής- μια διαγνωστική κατηγορία που είναι εννοιολογικά έγκυρη μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες εννοιολογικές κατασκευές (Wakefield, 2015).



McPartland, 2014). Παρομοίως, λόγω έντονης διαμαρτυρίας ειδικών σχετικά με τη διαφοροποίηση του πένθους από τη μείζονα κατάθλιψη, η επιτροπή επέλεξε να αφήσει την τελική απόφαση όσον αφορά τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ του πένθους και της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής στην αξιολόγηση και ευχέρεια του κλινικού (Widiger & Crego, 2015).

Ιδιαίτερη δυσαρέσκεια εκφράστηκε για την επίμονη άρνηση της Επιτροπής Αναθεώρησης (Scientific Review Committee) ειδικά εν όψει της έντονης κριτικής, να αποκαλύψει τα πρακτικά της επιτροπής, καθώς και στοιχεία για την πολυάριθμη επιστημονική ανταπόκριση και ανατροφοδότηση μέσω διαδικτύου σε πλατφόρμα που δημιουργήθηκε από την επιτροπή την ίδια (Wakefield, 2015· Widiger & Glover, 2015). Λόγω αυτής της μυστικοπάθειας, πρόσφατες μελέτες έχουν επιχειρήσει να διερευνήσουν τις διαδικασίες των επιτροπών (Widiger & Glover, 2015· Whooley, 2016). Βασικά ευρήματα αφορούν σε έντονες a priori πεποιθήσεις, έλλειψη κλινικής εμπειρίας σε σημαντικό ποσοστό μελών της ομάδας με αποτέλεσμα να παραγνωρίζουν κλινικές παραμέτρους, καθώς και αδυναμία για συζήτηση ανάμεσα στα μέλη και στις επιτροπές (Ford, 2013· Mullins-Sweatt et al., 2016· Paris, 2015· Wakefield, 2015· Whooley & Horwitz, 2013· Widiger & Glover, 2015).

Αρνητική κριτική-συγκεκριμένες διαγνώσεις

Οι κριτικές εστίασαν σε ορισμένες διαταραχές ως ιδιαίτερα προβληματικές. Η κατηγορία **Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές και Εθιστικές Διαταραχές** που δημιουργήθηκε από την ένωση δύο διαταραχών που αφορούσαν στην εξάρτηση και την κατάχρηση ουσιών, αποτελείται από 11 συμπτώματα από τα οποία τα δύο χρειάζονται για την διάγνωση. Βάσει αυτών των κριτηρίων, επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι 30%-40% του πληθυσμού εμφανίζει τη διαταραχή, ενώ μία μειονότητα φαίνεται να έχει σοβαρά προβλήματα λειτουργικότητας (Wakefield & Schmitz, 2015).

Σημαντικά προβλήματα επίσης διαφαίνονται με τη **Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή** που αφορά σε παθολογική αποτυχία ελέγχου της επιθετικότητας με εκδηλώσεις θυμού δυσανάλογες της περίπτωσης. Τα κριτήρια περιλαμβάνουν λεκτική επιθετικότητα, για παράδειγμα τσακωμούς, καθώς και βίαιες πράξεις προς τα άτομα, ζώα ή περιουσίες, ακόμα και σε περιπτώσεις που οι πράξεις αυτές δεν επιφέρουν κάποια βλάβη-εφόσον αυτές οι συμπεριφορές εκδηλώνονται κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες. Κριτές του DSM-5 παρατηρούν ότι αυτά τα κριτήρια προσδιορισμού προκύπτουν χωρίς επιδημιολογικά δεδομένα και έχουν επικρατήσει με βάση το αν ένας λογικός άνθρωπος έχει βρεθεί σε στρεσογόνες καταστάσεις ή σε συγκρουσιακό γάμο (Wakefield, 2015).

Κριτικές έχουν εστιάσει επίσης στην **Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης**, που αποτελεί καινούργια διαταραχή στο DSM-5. Ενώ από την αρχή διαφάνηκαν διάφορα προβλήματα -σε δοκιμές πεδίου η αξιοπιστία φάνηκε αμφιλεγόμενη, βασιζόταν σε μία ομάδα των ΗΠΑ, υπήρχε έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την επικράτηση και υπήρχαν δυσκολίες να διαφοροποιηθεί από την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή-εισάχθηκε στο εγχειρίδιο για να αντιμετωπιστεί η υπέρ-διάγνωση και υπέρ-παρέμβαση της διπολικής διαταραχής στα παιδιά. Ωστόσο, σύγχρονες παρατηρήσεις διαπιστώνουν ότι αυτή η τάση ισχύει κατά κύριο λόγο μόνο στις ΗΠΑ, και όχι στις άλλες χώρες. Η πρόσθεση της καινούριας κατηγορίας δημιουργεί κίνδυνο υπέρ-διάγνωσης της διαταραχής στα παιδιά καθώς και υπερβολική χορήγηση ψυχοφάρμακων (American Psychiatric Association, Leibenluft, 2011· Regier et al., 2013· Maj, 2015).

Η **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας** έχει επίσης αποτελέσει αντικείμενο παρατεταμένης κριτικής. Η γενική υπέρ-διάγνωση αυτής της διαταραχής είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένη και ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι νεότερα παιδιά έχουν υψηλότερα ποσοστά της διάγνωσης, φαινόμενο που υποδεικνύει ότι φυσιολογικές αναπτυξιακές διαφορές παρερμηνεύονται ως ένδειξη διαταραχής. Ακόμη, απεικονιστικές μελέτες καταλήγουν σε νεύρο-φυσιολογικές ενδείξεις της διαταραχής. Εντούτοις, οι κριτικές του

εγχειριδίου σημειώνουν ότι αντί να βασιστούν σε αυτά τα ευρήματα προκειμένου να περιορίσουν την υπερδιεύρυνση της διαγνωστικής κατηγορίας, αντιθέτως την επέκτειναν ώστε να περιλαμβάνει και ενήλικες, με τα ίδια κριτήρια (Skripada et.al, 2014· Wakefield, 2015).

Αλλά ίσως η πιο έντονη κριτική παρέμεινε σε σχέση με **το πένθος ως κριτήριο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής**. Η επιμονή των κριτών, καθώς και ευρήματα από μεταγενέστερες επιδημιολογικές έρευνες οδήγησαν σε μια αλλαγή στο εγχειρίδιο, όπου ο περιορισμός των δύο μηνών, όσον αφορά το φυσιολογικό πένθος, καταργείται και η κλινική κρίση θεωρείται αναγκαία στη διαφοροποίηση του φυσιολογικού πένθους από την καταθλιπτική διαταραχή (Wakefield, 2014· Wakefield & Schmitz, 2014). Εντούτοις ακόμα και αυτή η αλλαγή έχει δεχτεί κριτική, επειδή θεωρείται ότι η διάγνωση είναι ευάλωτη ως προς την αυθαίρετη κρίση του κλινικού, αντί να βασίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια.

Θετικές αλλαγές

Παράλληλα με τις έντονες αρνητικές κριτικές σημειώνονται και ορισμένες θετικές εξελίξεις σχετικά με την καινούργια εκδοχή του DSM. Ίσως το πιο σημαντικό αφορά στις **Διπολικές Διαταραχές**. Ενώ στο DSM-IV απαιτούμενο κριτήριο για Μανιακό Επεισόδιο ήταν η ευερέθιστη διάθεση, μια επιδημιολογική έρευνα έδειξε ότι μεγάλο ποσοστό ανθρώπων με Διπολική I διάγνωση δέχονταν λανθασμένη διάγνωση βάσει της ευερεθιστότητας, ενώ αυτή οφειλόταν σε άλλους λόγους (Kessler et al., 1997). Στο DSM-5 προστέθηκε το επιπλέον κριτήριο «*επίμονα αυξημένης στόχο-κατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ενέργειας*» που αποτρέπει την ψευδώς θετική διάγνωση και επιπλέον μειώνει τη σύγχυση μεταξύ Διπολικής I και ακραίων συναισθηματικών εκδηλώσεων της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Wakefield, 2015· Zimmerman et al., 2008).

Ακόμη, σχετικά με την διάγνωση της **Αϋπνίας**, σημαντικό θεωρείται το καινούργιο κριτήριο που αναφέρει ότι οι δυσκολίες με τον ύπνο συμβαίνουν πάρα τις επαρκείς ευκαιρίες για ύπνο. Δηλαδή στο παρελθόν ένας άνθρωπος που δεν μπορούσε να κοιμηθεί λόγω έντονου περιβαλλοντολογικού θορύβου (πχ γειτονικός σκύλος γαυγίζει ακατάπαυστα) θα μπορούσε να λάβει τη διάγνωση της διαταραχής. Ακόμη, όσον αφορά τη διάγνωση της **Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής**, έχοντας υπόψη τις συνηθισμένες δυσκολίες που υπάρχουν στη σχέση αδελφών, το DSM-5 ορίζει ότι είναι υποχρεωτικό η συμπεριφορά να εκδηλώνεται με τουλάχιστον ένα άτομο που δεν είναι αδερφός. Επίσης, σε σχέση με τη Σεξουαλική Δυσλειτουργία, προστέθηκε κριτήριο εξαίρεσης για σημαντικά επώδυνες διαπροσωπικές σχέσεις, «ως συνέπεια σοβαρής δυσφορίας στη σχέση» ούτως ώστε ένας άνθρωπος που δεν ανταποκρίνεται σε έναν κακοποιητικό σύντροφο δεν μπορεί να πάρει τη διάγνωση της δυσλειτουργίας (Wakefield, 2015).

Τέλος, πρόσφατη έρευνα σχετικά με θέματα αξιοπιστίας κατέληξε σε συμπεράσματα που υποστηρίζουν το DSM-5. Ενώ οι τιμές αξιοπιστίας από δοκιμές πεδίου του DSM-5 ήταν χαμηλότερες τόσο από τιμές από δοκιμές του DSM-IV-TR, όσο και από τιμές στη γενική ερευνητική βιβλιογραφία, η τωρινή μελέτη αναφέρει ότι τα χαμηλότερα επίπεδα αξιοπιστίας του DSM-5 οφείλονται σε διαφορές των μεθόδων εκτίμησης της αξιοπιστίας. Η αξιοπιστία βάσει ηχογραφημένων συνεντεύξεων που αξιολογήθηκαν από δύο διαφορετικούς ειδικούς ήταν σημαντικά μεγαλύτερη και στα ίδια επίπεδα με την αξιοπιστία του DSM-IV-TR. Αντιθέτως, η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης μιας συνέντευξης από τον ίδιο ειδικό, σε δύο διαφορετικούς χρόνους, ήταν χαμηλότερη (Chmielewsky et al., 2015).

Η χρήση του DSM-5 – Σύγχρονα Ερευνητικά Ευρήματα

Μια σημαντική εξέλιξη της επιστημονικής διαμάχης αποτέλεσε σειρά ερευνών σχετικά με την χρήση του εγχειριδίου (First et al., 2019· Gayle & Raskin, 2017· Halpin, 2016· Raskin & Gayle, 2016). Η κατανόηση της



σύγχρονης χρήσης θεωρείται κρίσιμη για τον προγραμματισμό μελλοντικών αλλαγών σε μεταγενέστερες εκδόσεις, καθώς και για την αξιολόγηση της επίδρασης αυτών των αλλαγών στην κλινική πρακτική (First, 2016).

Σε έρευνα του 2015, μέσω της διαδικτυακής εφημερίδας *Psychiatric Times*, με 394 συμμετέχοντες ειδικούς ψυχικής υγείας που έχουν τουλάχιστον τέσσερις ώρες κλινικής εργασίας την εβδομάδα, η πλειοψηφία απαντά ότι χρησιμοποιεί το εγχειρίδιο για την αρχική διαγνωστική εκτίμηση του ασθενή. Οι περισσότεροι θεωρούν το εγχειρίδιο χρήσιμο για διοικητικά θέματα (π.χ. συμπλήρωση εγγράφων για πληρωμές μέσω ταμείων), για την επικοινωνία με ειδικούς υγείας, για εκπαιδευτικούς σκοπούς (ειδικευόμενων, εκπαιδευομένων), καθώς και για την ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας για τη διάγνωση. Ακόμη, θεωρούν το εγχειρίδιο λιγότερο χρήσιμο για την επιλογή της θεραπείας και για τη διατύπωση της πρόγνωσης. Η ηλικία των ειδικών συσχετίζεται με τη χρήση, καθώς βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία του κλινικού, τόσο λιγότερο είναι πιθανό να χρησιμοποιεί το εγχειρίδιο (First et al., 2019).

Μια δεύτερη μελέτη, βασισμένη σε εθνογραφικές παρατηρήσεις σε ένα κέντρο νευρο-επιστημών, καθώς και σε συνεντεύξεις με ψυχιάτρους και ψυχολόγους που ασκούσαν κλινικό έργο, διερεύνησε τη χρήση του DSM-5 ως ερευνητικό εργαλείο στην καθημερινή κλινική πρακτική, καθώς και σε σχέση με διοικητικά και θεσμικά ζητήματα (Halpin, 2016). Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, ως ερευνητικό εργαλείο, το DSM-5 είναι χρήσιμο για ερευνητικούς σκοπούς, όπως για αποφάσεις κριτηρίων συμμετοχής και αποκλεισμού για την επιλογή δείγματος, καθώς και για αιτήσεις χρηματοδότησης και πρωτόκολλα δεοντολογίας. Ακόμη, το DSM-5 χρησιμοποιείται για τον ορισμό του «φυσιολογικού» προκειμένου να δημιουργηθεί ομάδα ελέγχου. Εντούτοις, οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής⁴ των διαγνωστικών κατηγοριών είναι προβληματική, λόγω έλλειψης σαφήνειας, καθώς και της συχνής ύπαρξης συννοσηρότητας. Σχετικά με την κλινική χρήση, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν το εγχειρίδιο για την αξιολόγηση ασθενών. Ακόμη, αναφέρουν ότι εσωτερικεύουν τα κριτήρια και συνεχώς ερμηνεύουν τα συμπτώματα των ασθενών σύμφωνα με το DSM-5. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες ήταν γενικώς κριτικοί προς το εγχειρίδιο ως κλινικό εργαλείο. Ακόμη, θεωρούν ότι η προσπάθεια να επιτευχθεί η διάγνωση με μεγαλύτερη ακρίβεια, καθώς και οι αλλαγές της καινούργιας έκδοσης δεν έχουν σημαντική επιρροή στη θεραπεία των ασθενών. Σε θεσμικό πλαίσιο, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι το εγχειρίδιο είναι χρήσιμο για την επικοινωνία μεταξύ θεσμών, και ειδικά με ασφαλιστικές και φαρμακευτικές εταιρείες. Συμμετέχοντες ανέφεραν πίεση να χρησιμοποιήσουν ορισμένους κωδικούς προκειμένου να μπορούν να αμειφθούν από ασφαλιστικές εταιρείες. Τέλος, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι θεωρούν το DSM-5 ως τη μόνη τους επιλογή και συνεπώς είναι αναγκασμένοι να το χρησιμοποιήσουν, εφόσον δεν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις.

Σε τρίτη έρευνα, διερευνώντας τις στάσεις ψυχολόγων και συμβούλων ψυχικής υγείας, οι Raskin & Gayle (2016) βρήκαν ότι η πλειοψηφία των δυο ομάδων χρησιμοποιεί το DSM-5, άλλα εκφράζει βασικές ανησυχίες για θέματα κλινικής εγκυρότητας. Οι ψυχολόγοι ήταν γενικώς απαισιόδοξοι σχετικά με την χρήση του DSM-5, σε αντίθεση με τους συμβούλους ψυχικής υγείας, που ήταν σημαντικά πιο θετικοί (Gayle & Raskin, 2017). Ακόμη όταν ερωτήθηκαν, και οι δύο ομάδες ειδικών ήταν θετικοί σχετικά με εναλλακτικές προτάσεις για καινούργια εγχειρίδια.

Η αναφορά του DSM-5 σε αγγλόφωνα πανεπιστημιακά συγγράμματα και βιβλία ψυχοπαθολογίας επίσης αποτέλεσε αντικείμενο διερεύνησης (Bender et al., 2018). Μέσω ανάλυσης περιεχομένου, βρέθηκε ότι, ενώ όλα τα βιβλία αναφέρονται στο DSM-5, λιγότερο από τα μισά αναφέρονται στο ICD-10, εύρημα που έχει ιδιαίτερη σημασία, δεδομένου ότι η δημόσια ασφάλιση των Ηνωμένων Πολιτειών από το 2015 απαιτεί χρήση των κωδικών ICD-10 για την χρηματοδότηση των ασφαλισμένων (Bender et al., 2018).

⁴ construct validity

Ενδιαφέρον έχει ότι τα ευρήματα αυτά διαφέρουν εν μέρει από προηγούμενες έρευνες σχετικά με την χρήση του εγχειριδίου DSM (δηλαδή το DSM-IV-TR). Σε μια μελέτη της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Ένωσης⁵ και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁶ με συμμετέχοντες ψυχιάτρους που προέκυψαν από τυχαία δειγματοληψία από 44 χώρες, βρέθηκε ότι σημαντικό ποσοστό των ειδικών δεν χρησιμοποιούν κανένα διαγνωστικό σύστημα στην κλινική πρακτική ειδικά στην Γαλλία, την Ιταλία, την Ελβετία, την Αυστραλία καθώς και το Ηνωμένο Βασίλειο (Reed et al., 2011). Ακόμη απ' αυτούς που ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν κάποιο διαγνωστικό σύστημα, μειονότητα ειδικών (γύρω στο 10 %) σε Αυστρία, Τσεχία Φινλανδία, Γερμανία, Πολωνία, Ρωσία, Σερβία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, Βραζιλία και Κίνα απάντησαν ότι χρησιμοποιούσαν το σύστημα DSM. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι προτιμούν ελαστικές οδηγίες που επιτρέπουν πολιτισμικές διαφορές και κλινική κρίση πάρα συστήματα με αυστηρά αντιδραστικά κριτήρια. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν από έρευνα που έδειξε ότι οι ψυχιάτροι τείνουν να «εργάζονται γύρω από» το εγχειρίδιο πάρα να το χρησιμοποιούν όπως ενδείκνυται. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση του DSM αφορά το να χρησιμοποιούν εναλλακτικές διαγνωστικές διατυπώσεις, να αλλάζουν τους κωδικούς σε επίσημα έγγραφα, και να διαπραγματεύονται τη διάγνωση με τους ασθενείς τους (Whoolley, 2010). Αν και οι λόγοι των διαφορών των ευρημάτων τωρινών και προηγούμενων ερευνών δεν είναι σαφή, οι παλαιότερες έρευνες περιλάμβαναν μόνο ψυχιάτρους, ενώ οι πιο πρόσφατες είχαν ένα ευρύτερο φάσμα ειδικών ψυχικής υγείας. Είναι συνεπώς κάπως ειρωνικό ότι η ίδια η ειδικότητα που δημιουργεί το εγχειρίδιο το χρησιμοποιεί λιγότερο από άλλες ειδικότητες. Σε κάθε περίπτωση, περαιτέρω διερεύνηση ενδείκνυται για την αποσαφήνιση των διαφορών.

Εναλλακτικές Ταξινομικές Προτάσεις

Το εναλλακτικό έργο του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (National Institute of Mental Health- NIMH): Research Domain Criteria (RDoc)

Σημαντική κριτική απευθύνθηκε στη διαδικασία αναθεώρησης του DSM-5 από τη διευθύνουσα ομάδα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ (National Institute of Mental Health- NIMH). Βασική τοποθέτηση της ομάδας ήταν ότι τα διαγνωστικά συστήματα DSM και ICD, στον βαθμό που βασιζούν τις διαγνωστικές κατηγορίες σε συμπτώματα και άλλες έκδηλες ενδείξεις δεν οδηγούν σε ορισμούς των ψυχικών διαταραχών που περιλαμβάνουν επαρκώς τη συνεισφορά των νευροβιολογικών και συμπεριφορικών συστημάτων. Ως εκ τούτου τα εγχειρίδια αυτά δημιουργούν μία «επιστημονική φυλακή» (Lilienfeld & Treadway, 2016). Σύμφωνα με την ομάδα του NIMH, η έλλειψη της νευρο-βιολογικής και συμπεριφορικής βάσης, καθυστερεί την εξέλιξη του κλάδου της ψυχιατρικής συγκριτικά με τη σύγχρονη ιατρική που στοχεύει στην ακριβή ανίχνευση και τον ορισμό των γενετικών, μοριακών και κυτταρικών διαστάσεων των νόσων, δηλαδή της «ακριβής ιατρικής»⁷. Βάση αυτού του σκεπτικού, η ομάδα του NIMH προέβη σε έργο για να δημιουργήσει ένα καινούργιο ταξινομικό σύστημα με στόχο να περιλαμβάνει επαρκώς τη συνεισφορά νευροβιολογικών και συμπεριφορικών συστημάτων (Cuthbert & Insel, 2013). Κεντρικός στόχος του συστήματος, που ονομάζεται *Research Domain Criteria (RDoc)*, είναι να αποτελέσει μία «πραγματική παραδειγματική αλλαγή», προσεγγίζοντας τις ψυχικές διαταραχές από μια μεταφραστική προοπτική βασιζόμενη σε δύο βήματα. Το πρώτο βήμα αφορά την απογραφή των ουσιαστικών πρωταρχικών συμπεριφορικών λειτουργιών του εγκεφάλου και τον προσδιορισμό των νευρωνικών συστημάτων που είναι υπεύθυνα για αυτές τις λειτουργίες. Στη συνέχεια, η ψυχοπαθολογία προσεγγίζεται βάσει των δυσλειτουργιών διαφόρων ειδών και βαθμών σε συγκεκριμένα συστήματα, όπως μελετώνται από μια συνθετική, πολύ-συστημική οπτική.

⁵ World Psychiatric Association WPA

⁶ World Health Organization WHP

⁷ «precision medicine»



Το *RDoc* διαφέρει από τα συστήματα DSM και ICD σε εφτά σημεία. Καταρχάς, ενώ τα συστήματα αυτά έχουν ως αφετηρία τα συμπτώματα και προχωρούν προς την ανακάλυψη των βιολογικών αιτιών τους, το *RDoc* αντιστρέφει την κατεύθυνση, ξεκινώντας από βασικές παθοφυσιολογικές γνώσεις της γενετικής, της νευρο-επιστήμης και των συμπεριφορικών επιστημών. Στην συνέχεια, προσεγγίζει τις διαταραχές από τη σκοπιά της φυσιολογικής λειτουργίας αυτών των συστημάτων με έμφαση στους μηχανισμούς που συμβάλουν σε αυτές τις δυσλειτουργίες. Δεύτερον, το *RDoc* βασίζεται σε διαστατική προσέγγιση στην ψυχοπαθολογία. Σε αντίθεση με τα προηγούμενα εγχειρίδια DSM και ICD, τα οποία χρησιμοποιούν τη διαστατική προσέγγιση για την αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, το *RDoc* περιλαμβάνει το σύνολο του συνεχούς, από το φυσιολογικό ως το παθολογικό. Τρίτον, η ανάπτυξη αξιόπιστων και έγκυρων μετρήσεων αποτελεί βασικό στόχο του *RDoc*. Οι μετρήσεις αυτές σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα νευρο-επιστημονικά ευρήματα βασίζονται σε αναλογικές κλίμακες ή κλίμακες μέσω διαστημάτων προκειμένου να ανιχνεύσουν φαινόμενα στις δύο άκρες του συνεχούς. Τέταρτον, σε σχέση με τον σχεδιασμό ερευνών, ενώ στα συστήματα DSM και ICD η ανεξάρτητη μεταβλητή συνήθως είναι μία ή περισσότερες ομάδες διαγνωσμένες βάσει εγχειριδίων, στο *RDoc* καταρχάς προσδιορίζεται το δειγματολογικό πλαίσιο, το οποίο δεν αφορά αναγκαστικά μόνο σε κριτήρια του *RDoc*. Σε δεύτερο χρόνο προσδιορίζονται οι ανεξάρτητες μεταβλητές που μπορεί να επιλεγθούν από πολλά πλαίσια. Πέμπτο, το σύστημα επιδιώκει να είναι ένα συνθετικό μοντέλο που δίνει το ίδιο βάρος σε συμπεριφορικές λειτουργίες και σε νευρωνικά συστήματα, αντί να εστιάζει είτε στο ένα και στο άλλο. Η έκτη διαφορά είναι ότι το καινούργιο εγχειρίδιο επικεντρώνεται σε έννοιες για τις οποίες φαίνεται να υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις που δικαιολογούν περαιτέρω έρευνα. Τέλος, το σύστημα δεν δεσμεύεται με δεδομένους ορισμούς ψυχοπαθολογίας, μένοντας ανοιχτό για καινούργιες προσθέσεις ή αφαιρέσεις ανάλογα με τα ερευνητικά ευρήματα.

Το *RDoc* ορίζεται ως ερευνητικό ταξινομικό σύστημα, παρά ως σύστημα για κλινική χρήση, τουλάχιστον προς το παρόν. Αντιθέτως, βασικός σκοπός είναι να δημιουργηθεί ένα καινούριο ερευνητικό πλαίσιο, που θα συγκεντρώνει στοιχεία προκειμένου να πληροφορεί τα υπάρχοντα σύγχρονα συστήματα. Με αυτό τον τρόπο θα δημιουργούνται συγκεκριμένες προτάσεις για την παρέμβαση, καθώς και για την πρόληψη, για την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών (Clark et al., 2017· Cuthbert & Insel, 2013· Kraemer, 2015· Ανακτήθηκε από <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>).

Άλλες προτάσεις για το μέλλον

Σημαντικό μέρος της πρόσφατης βιβλιογραφίας αφορά σε προτάσεις για μελλοντικές αλλαγές στα ταξινομικά συστήματα. Μεθοδολογικά θέματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας είναι στο προσκήνιο. Καταρχάς, εννοιολογικές ασάφειες και άλλα θέματα σχετικά με την εγκυρότητα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενα μελέτης, κάτι που είχε προταθεί, αλλά δεν είχε υλοποιηθεί κατά την διαμόρφωση του DSM-5. Μεγάλη έμφαση δίνεται στο θέμα της ουδού για τον καθορισμό των διαταραχών. Θεωρείται κρίσιμο να βασίζεται η ουδός σε αναμφισβήτητα ερευνητικά ευρήματα για διαταραχές που βρίσκονται σε ένα συνεχές με το φυσιολογικό, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη. Επίσης, υπογραμμίζεται η σπουδαιότητα ορισμού της ουδού των διαγνώσεων. Η προσπάθεια να οριστεί η ουδός μόνο βάση στατιστικής θεωρείται αυθαίρετη και προβληματική. Η έννοια του «βιολογικού μειονεκτήματος»⁸ που περιλαμβάνει ως κριτήρια τη μειωμένη διάρκεια ζωής ή την υπο-γονιμότητα προτείνεται εναλλακτικά για τον ορισμό της ουδού. Μια άλλη πρόταση είναι η διεξαγωγή μελλοντικών μελετών που συγκρίνουν εναλλακτικές ουδούς για κάθε ψυχική διαταραχή. Σε κάθε περίπτωση, διαγνώσεις χωρίς έγκυρες ουδούς πρέπει να αφαιρεθούν από τα ταξινομικά συστήματα, ή εναλλακτικά, πρέπει η κλινική εκτίμηση να ορίζεται ρητά ως πυρηνικός άξονας της διάγνωσης (Maj, 2014· McGuffin & Farmer, 2014). Γενετικές μελέτες και νευρο-απεικονιστικές έρευνες θεωρούνται απαραίτητες για την εξασφάλιση της εγκυρότητας, όπως και η

⁸ «biological disadvantage» Kendell (1975)

διαφοροποίηση κλινικών και ερευνητικών κριτηρίων και η αποφυγή ορισμού μόνο συμπτωματικών διαταραχών⁹ (McGuffin & Farmer 2014· Sadler, 2015).

Σημαντική θεωρείται και η συστηματική και περιεκτική ανασκόπηση των πρωταρχικών επιχειρημάτων και ευρημάτων που είναι ασύμβατα με μια πρόταση προκειμένου να αφαιρεθεί. Επίσης, έμφαση πρέπει να δοθεί στο προβλεπόμενο κόστος και στους ενδεχόμενους κινδύνους που ενέχει μια προτεινόμενη αναθεώρηση. Είναι προτιμότερο μια επιστημονική επιτροπή αναθεώρησης να συγκροτείται από άτομα ανεξάρτητα από τις ομάδες εργασίας και να έχει τη ζητούμενη επιστημονική πραγματογνωμοσύνη για να μπορεί να αξιολογεί την επάρκεια της λογικής και των επιστημονικών τοποθετήσεων των ομάδων εργασίας σχετικά με τις προτεινόμενες αλλαγές (Widiger & Creger, 2015).

Έμφαση επίσης δίνεται στην υποκειμενικότητα, σε διαπροσωπικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η Lalumiera (2016) κάνει λόγο για μία περιγραφική προσέγγιση που μπορεί να διατυπώσει τη φαινομενολογία, σε αντίθεση με μια προσέγγιση με θεωρητική αφετηρία, όπως το RDoc. Παρομοίως, οι van Heuten, van der Kloet και van Heuten (2015) προτείνουν τη μετακίνηση από την κατηγορική σε μια πιο προσωποποιημένη προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται στη δημιουργία μιας κλίμακας με διεθνή εφαρμογή που μετρά κάθε πυρηνικό σύμπτωμα με αξιοπιστία και εγκυρότητα. Οι μετρήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν εκτός από τον ενδιαφερόμενο, παρατηρήσεις των συγγενών, καθώς και την εκτίμηση του κλινικού, οδηγώντας σε μία πιο εξατομικευμένη προσέγγιση, μειώνοντας την αυτό-στιγματοποίηση, αποξένωση και θεοποίηση της ιατρικής διάγνωσης. Ακόμη, προτείνεται η συγκρότηση συστημάτων που βασίζονται στα αποτελέσματα από έρευνες έκβασης παρεμβάσεων, καθώς και στην ανατροφοδότηση ασθενών (Timimi, 2014).

Υπογραμμίζοντας τη σημαντικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και τη συμβολή τους στη δημιουργία ψυχικών διαταραχών, ομάδα ειδικών προτείνει τη διαμόρφωση διαγνωστικών κατηγοριών δίνοντας έμφαση σε δύο ειδών σχέσεις: (α) τη σχέση γονέα (φροντιστή) και παιδιού¹⁰, και (β) την ενήλικη συντροφική σχέση εγγύτητας¹¹. Η ομάδα αυτή είχε επιλεγεί από την συντακτική ομάδα του DSM-5 για να προτείνει κριτήρια που αφορούν τις ανθρώπινες σχέσεις. Ενώ η ομάδα κατέληξε σε συγκεκριμένες προτάσεις, αυτές δεν συμπεριλήφθηκαν στην τελική έκδοση DSM-5 και ως εκ τούτου προτείνεται να συμπεριληφθούν σε μελλοντικά εγχειρίδια (Wamboldt et al., 2015).

Η επιρροή των κοινωνικών αρχών και αξιών στη διαμόρφωση διαγνωστικών κριτηρίων και κατηγοριών είναι αντικείμενο συζήτησης. Βασική θέση είναι ότι χρειάζεται η συνεισφορά και συνεργασία διαφόρων ειδικών, όπως φιλοσόφων, κοινωνιολόγων και ειδικών βιοηθικής προκειμένου να μελετήσουν το θέμα και να διαμορφώσουν διαγνωστικές κατηγορίες που δεν επηρεάζονται από ηθικές αρχές (Balistreri, 2016· Browne 2017). Με παρόμοιο πνεύμα, ο Pickerskill (2013) υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της κοινωνιολογικής ανάλυσης, και της κοινωνικής διάστασης της ψυχιατρικής κριτικής, προκειμένου να αναδείξει τα ενδιαφέροντα και τις αρχές που περιλαμβάνονται στη διαμόρφωση των διαγνωστικών κατηγοριών. Η σημαντικότητα των πολιτιστικών αρχών και ειδικά των προκαταλήψεων στη διαμόρφωση των κριτηρίων επίσης έχει σημειωθεί (Kriegler & Bester, 2014).

Ακόμα όμως και οι πιο αυστηροί κριτές του DSM-5 αναγνωρίζουν τις θετικές πλευρές της τωρινής επιστημονικής διαμάχης. Όπως αναφέρει και ο Wakefield (2013) η διαδικασία αναθεώρησης δημιούργησε μία ευκαιρία για ανοιχτό διάλογο σχετικά με τη φύση των ψυχικών προβλημάτων και υπενθυμίζει πόσο περιορισμένες είναι οι επιστημονικές γνώσεις. Ακόμα, η διαδικασία έχει προκαλέσει την προσοχή και τη συμμετοχή του κοινού και των ΜΜΕ για σημαντικά θέματα σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, κάτι που υπογραμμίζει τόσο τη σπουδαιότητα του ζητήματος όσο και την ευθύνη των ειδικών σχετικά με τη διαμόρφωση

⁹ (πχ Διαταραχή Παρασυσώρευσης, Διαταραχή Υπερφαγίας, Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμιση της Διάθεσης)

¹⁰ parent (caregiver)-child relationships

¹¹ adult intimate partner relationships



του ταξινόμικου συστήματος. Παρόλες τις διαφορετικές απόψεις και συγκρούσεις η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί ότι η ταξινόμηση είναι αναγκαία (Μούτσου & Γεωργάκα, 2014· Wakefield, 2015· Widiger & Cregger, 2015). Εν τέλει, μια συνολική συνεργασία πάρα η πολεμική διάσπαση είναι προς όφελος τόσο της επιστήμης, όσο και του ευρύτερου κοινού (Maj, 2015).

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Author.
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2013b). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [Report]. Ανακτήθηκε στις 15 Σεπτεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Balistreri, M. (2016). Hopes and limits of moral bio-enhancement. *Medicine & Storia*, 10 (9), 75-91.
- Bender, S., Stokes, A. & Gaspaire, S. (2018). Implications of the coverage of the DSM-5 in textbooks on learning and teaching of psychology within higher education. *Psychology Teaching Review*, 24, 53-58.
- Bonino, J.L., & Hanna, F.J. (2018). Who owns psychopathology? The DSM: Its flaws, its future, and the professional counselor. *Journal of Humanistic Counseling*, 57, 118-137. <https://doi.org/10.1002/johc.12071>
- Brauser, D. (2013). *APA Answers Criticism of Pharma-Influenced Bias in DSM-5*. Ανακτήθηκε στις 28 Νοεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: <https://www.medscape.com/viewarticle/777132>
- Bredstrom, A. (2017). Culture and context in mental health diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 revision. *Journal of Medical Humanities*, 40, 347-363. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9501-1>
- Browne, T.K. (2017). A role for philosophers, sociologists and bioethicists in revising the DSM: A philosophical case conference. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24, 187-201. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.024>
- Brunoni, A.R. (2017). Beyond the DSM: Trends in psychiatric diagnosis. *Archives of Clinical Psychiatry* 44, 154-158. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000142>
- Butcher, S. N., Hooley, J.M., & Mineka, S. (2014). *Abnormal Psychology – Sixteenth Edition*. Pearson.
- Butcher, S.N., Mineka, S., & Hooley, J.M. (2013). *Abnormal Psychology – Fifteenth Edition*. Pearson.
- Caccavale, J. (2013, July). Mental healthcare professionals need to boycott the DSM-5. *The Clinical Practitioner*, 8, 1-3.
- Carson, R. (1996). Aristotle, Galileo, and the DSM taxonomy: The case of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1133-1139. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1133>
- Chmielewsky, M., Clark, L.A., Bagby, M. & Watson, D. (2015) Method matters: Understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 3, 764-769. <https://doi.org/10.1037/abn0000069>
- Clay, R. (2014). ICD-10-CM: Your diagnostic codes are changing. 42-45. *American Psychological Association (APA)*. <https://doi.org/10.1037/e648522013-013>
- Comer, R. J. (2014). *Fundamentals of Abnormal Psychology – Seventh Edition*. Worth Publishers.
- Cooper, R. (2014). How reliable is the DSM-5?, *Mad in America*. Ανακτήθηκε στις 28 Νοεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: <http://www.madinamerica.com/2014/09/how-reliable-is-the-dsm-5/>
- Cooper, R. (2017). Understanding the DSM-5: stasis and change. *History of Psychiatry*, 29(1), 1-17. <https://doi.org/10.1177/0957154X17741783>
- 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), 1-4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>
- Cuthbert, B. & Insel, T.R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine* 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>

- Duncan, B.L., Sparks, J.A., & Timimi, S. (2017). Beyond critique: The partners for change outcome management system as an alternative paradigm to psychiatric diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 1–23. <https://doi.org/10.1177/0022167817719975>
- Ehret, A. M., Berking, M. (2013). From DSM-IV to DSM-5: What has changed in the new edition? *Verhaltenstherapie*, 23, 258–266. <https://doi.org/10.1159/000356537>
- Espeland, W. & Stevens, N. (1998). *Annual Review of Sociology*, 24, 1998, 313-343. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.313>
- First, M.D., Erlich, M.D., Adler, D.A., Leong, S., Dixon, L.B., Oslin, D.W., et al. (2019). How the DSM is used in clinical practice. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(3),157-161. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000953>
- Ford, S. (2013). Controversy over DSM-5: new mental health guide. Ανακτήθηκε στις 28 Νοεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: https://www.nursingtimes.net/controversy-over-dsm-5-new-mentalhealthguide/506_2548_article
- Frances, A. (2013). DSM-5, Writing mistakes will cause great confusion, *Huffington Post Science*. Ανακτήθηκε στις 28 Νοεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm5-writing-mistakes-wil_b_3419747.html
- Frances, A.J. (2012). *DSM 5 is guide Not bible—Ignore its ten worst changes*. Ανακτήθηκε στις 28 Νοεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>
- Frances, A.J. (2014) *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow
- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K, Tamminga, C. A, et al. (2013). The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns, *The American Journal of Psychiatry*, 170 (1), 1-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091189>
- Gayle, M. & Raskin, J. (2017). *DSM-5: Do counselors really want an alternative?* *Journal of Humanistic Psychology*, 57, 650-666. <https://doi.org/10.1177/0022167817696839>
- Ghaemi, N. (2013). *DSM-5: If you don't like the effects, look at the causes*. Ανακτήθηκε στις 28 Νοεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/mood-swings/201301/dsm-5-if-you-dont-the-effects-look-the-causes>
- Ghaemi, N. (2016). Bipolar vs. Borderline—Diagnosis is prognosis once again. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133, 171-173. <https://doi.org/10.1111/acps.12560>
- Ginter, G. (2014). DSM-5 conceptual changes: Innovations, limitations and clinical implications, *The Professional Counselor*, 4(3), 179-190. <https://doi.org/10.15241/ggg.4.3.179>
- Γκοτζαμάνης, Κ. (2015). Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Graham, C.A., Boynton, P.M.& Gould, K. (2017). Women’s sexual desire challenging narratives of “dysfunction”. *European Psychologist*, 22(1), 27–38. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000282>
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. Penguin Group.
- Greene, T. (2018). Blame, PTSD and DSM-5: an urgent need for clarification, *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1-4. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468709>
- Halpin, M. (2016). The DSM and professional practice: research, clinical and institutional perspectives. *Journal of Health and Social behavior*. 57, 153-167. <https://doi.org/10.1177/0022146516645637>
- van Heuten-van der Kloet, D., & van Heuten, T. (2015). The classification of psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level. *Frontiers in Psychology*, 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01108>.
- Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S. (2017). *Abnormal Psychology - Seventeenth Edition - Global Edition*. Pearson.
- Hopwood, C., Schade, N., Krueger, R., Wright, A. & Markon, K. (2013). Connecting DSM-5 personality traits and pathological beliefs: Toward a unifying model. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 162-172. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9332-3>



- Johnson, R.A., Barrett, M.S., & Sisti, D.A. (2013). The ethical boundaries of patient and advocate influence on DSM-5. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6), 334-344. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000010>
- Kecmanovic, D. (2013). DSM-5: The more it changes, the more it is the same. *Psychiatria Danubina*, 25 (2), 94-96.
- Kessler, R.C., Rubinow, D.R., Holmes, C., Abelson, J.M., & Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine*, 1079-89. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005333>
- Κονταξάκης, Β., & Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2015). Από το DSM-I στο DSM-5. *Ψυχιατρική*, 26 (1), 13-16.
- Kraemer, H.C. (2015) Research domain criteria (RDoC) and the DSM- Two methodological approaches to mental health diagnosis. *Journal of the American Medical Association* Published online November 11, 2015. <https://doi.org/10.100/jamapsychiatry.2015.2134>
- Lalumiera, E. (2016). Saving the DSM-5? Descriptive conceptions and theoretical concepts of mental disorders. *Medicina & Storia XVI/9-1- 109-126*. <http://hdl.handle.net/10281/147250>
- Lasalvia, A. (2015). DSM-5 two years later: Facts, myths and some key open issues. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 185-187. . <https://doi.org/10.1017/S2045796015000256>
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *The American Journal of Psychiatry*, 2, 129-142. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050766>.
- Lilienfeld, S.O., & Treadway M. T. (2016). Clashing Diagnostic Approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual Review of Clinical Psychology*. 12, 435-63. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093122>.
- Linguardi, V. & McWilliams, N. (2017). *The psychodynamic diagnostic manual*. Guildford Press.
- Maj, M. (2014). DSM-5, ICD-11 and 'pathologization' of normal conditions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 19194. <https://doi.org/10.1177/0004867413518825>
- Maj, M. (2015). The media campaign on the DSM-5: recurring comments and lessons for the future of diagnosis in psychiatric practice. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 197-202. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000572>.
- Marecek, J. & Gavey, N. (2013). DSM-5 and beyond: A critical feminist engagement with psychodiagnosis. *Feminism & Psychology*, 23(1), 3-9. <https://doi.org/10.1177/0959353512467962>
- McGuffin, P. & Farmer, A. (2014). Moving from DSM-5 to ICD-11: a joint problem? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48, 194-6. <https://doi.org/10.1177/0004867413520254>
- McGuire, A. (2015). Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Disability & Society*, 30(10), 1582-1585. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1062233>
- Menninger, K. (1963). *The Vital Balance The Life Process in Mental Health and Illness*. Viking Press
- Μούτσου, Ε., & Γεωργάκα, Ε. (2014). Εξελίξεις και συγκρούσει αναφορικά με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών στο DSM-5: Μία ανασκόπηση του επιστημονικού διαλόγου και κριτικής. *Ψυχολογία*, 21(2), 130-148.
- Mullins-Sweatt, S., Lengel, G.J., & DeShong, H. L. (2016). The importance of considering clinical utility in the construction of a diagnostic manual. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 133-155. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-092954>.
- Nemeroff, C.H., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H.L., Bryant, R.A., Wessely, S., et al. (2013). DSM-5: A collection of psychiatrist views on the changes, controversies and future directions, *British Medical Journal Medicine*, 11 (202). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-202>
- Padmanabhan, D. (2017). From distress to disease: a critique of the medicalisation of possession in DSM-5, *Anthropology & Medicine*, 24(3), 261-275. <https://doi.org/10.1080/13648470.2017.1389168>
- Pai, A., Suris, A.M., & North, C.S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7, 1-7. <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Paris, J. (2013). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5®*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199738175.001.0001>
- Paris, J. (2015). *Overdiagnosis in psychiatry*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199350643.001.0001>
- Paris, J. & Philips, J. (Eds). (2013). *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*. Springer.

- Pickerskill, M.D. (2013). DSM-5: Diagnosis and the sociology of critique, *Journal of Medical Ethics*, 40(8), 521-525. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101762>
- Pomerantz, A. (2017). *Clinical Psychology: Science, Practice, and Culture Fourth Edition*. Sage Publications.
- Raskin, J. & Gayle, M. (2016). DSM-5: Do psychologists really want an alternative? *Journal of Humanistic Psychology*, 56, 439-456. <https://doi.org/10.1177/0022167815577897>
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Clarke, D.E., Kraemer, H.C., Kuramoto, S.J., Kuhl, E.A., et al. (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, 59-70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer D. J. (2009). The conceptual development of DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 166, 645-650. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020279>
- Reed, G., Correia, J.M., Esparza, P., Saxena, S., Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10-2. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.>
- Rief, W., Frances, A., & Wittchen, H.U. (2013). DSM-5: Pros and cons. *Verhaltenstherapie*, 23, 280-285. <https://doi.org/10.1159/000356572>
- Rief, W. & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339-367. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745>
- Rodriguez-Testal, J.F., Senin-Caldeon, C., & Perona-arcelan, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 221-231. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.05.002>
- Sadler, J.Z. (2015). The crippling legacy of monomanias in DSM-5. In S. Demazeux & P. Singy (Eds). *The DSM-5 in perspective: Philosophical reflections on the psychiatric Babel*, (pp. 141-155). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9765-8_9
- Saxena, S., Esparza, P., Regier, D. A., Saraceno, B., & Sartorius, N. (2012). *Public health aspects of diagnosis and classification of mental and behavioral disorders: Refining the research agenda for DSM-5 and ICD-11*. American.
- Skodol, A. E., Krueger, R. F., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Bell, C. C., et al. (2013). Personality disorders in DSM-5 section III. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 11, 187-188. Psychiatric Press. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.187>
- Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International Journal Methods Psychiatric Research*, 27, 1-12. <https://doi.org/10.1002/mpr.1590>
- Sungur, M., & Gunduz, A. (2014). A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 364-373. <https://doi.org/10.1111/jsm.12379>
- Sungur, M.Z. (2017). Critiques & challenges to old and new dsm-5 criteria for sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 14, 232. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.118>
- Thyer, B.A. (2015). The DSM-5 definition of mental disorder: Critique and alternatives. *Critical Thinking in Clinical Assessment and Diagnosis*, 45-68. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17774-8_3
- Timimi, S., (2014) No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>
- Trost, S. H., Burke, B. L., & Schoenfeld, J. (2014). DSM-5: Using key changes to highlight critical teaching points for undergraduate psychology instructors. Ανακτήθηκε στις 28 Νοεμβρίου, 2018, από τον σύνδεσμο: <http://teachpsych.org/resources/documents/otrp/resources/trost14.pdf>
- Volkmar, F., & McPartland, J. (2014). From Kanner to DSM-5: Autism as an evolving diagnostic concept. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 193-212. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153710>
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal*, 41, 139-154. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0445-2>



- Wakefield, J. (2014). Wittgenstein's nightmare. Why the RDoc grid needs a conceptual dimension, *World Psychiatry*, 13, 38-40. <https://doi.org/10.1002/wps.20097>
- Wakefield, J. C. (2015). DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 188-196. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000116>
- Wakefield, J.C. & Schmitz, M.F. (2015). Predictive validation of single-episode uncomplicated depression as a benign subtype of unipolar major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129, 445-457. <https://doi.org/10.1111/acps.12184>
- Whooley, O. (2010). Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Sociology of Health & Illness*, 32 (3), 452-469. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01230.x>
- Whooley, O. (2016). Measuring mental disorders: The failed commensuration project of DSM-5. *Social Science & Medicine*, 166, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.006>
- Widiger, T. & Crega, C (2015). Process and content of DSM-5. *Psychopathology Review*, 1, 162-176. <https://doi.org/10.5127/pr.035314.s>
- Widiger, T. A., & Glover, N. (2015). DSM workgroup structure and process. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology* (pp. 970-978). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp103>
- Whooley, O. & Horwitz, A.V. (2013). The paradox of professional success: Grand ambition, furious resistance, and the derailment of the DSM-5 revision process. Paris, Joel (Ed) & Phillips, James (Ed). (2013). *Making the DSM-5: Concepts and controversies*, (pp. 75-92). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1_6
- Zachar, P., First, M.B., & Kendler, K.S. (2017). The Bereavement Exclusion Debate in the DSM-5: A History. *Clinical Psychological Science*, 1-17. <https://doi.org/10.1177/2167702617711284>
- Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I. & Young, D. (2008). Is bipolar disorder over-diagnosed? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 935-40. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69no6o8>

DSM-5: Seven years later- developments and challenges in the classification of mental disorders

Anna CHRISTOPOULOS, Aria GKIRLEMI, Anna APOSTOLIDOU, Electra STEFANOU, Anastasia KOUTOUMATSIOTI, Elizabeth MAROULI, Maria FOTINOU, Vasiliki ERMILIOU, Apostolos KOUTRIAS, & Evdokia NTALI

¹ Department of psychology/ National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

KEYWORDS

criticism,
developments,
DSM-5,
RDoc

CORRESPONDENCE

Anna Christopoulos
Department of Psychology,
School of Philosophy,
University of Athens,
Panepistimiopolis, 15703
Athens, Greece.
Tel.: (+30) 2107277576,
email: annachr@psych.uoa.gr

ABSTRACT

The *DSM-5*, the fifth publication of the diagnostic system *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* has been a source of intense scientific interest and debate. The purpose of this article is to review the most important developments in this scientific dialogue during the seven years after the publication of the manual. To begin with, reference is briefly made to the development of the *DSM-5* as well as to criticism and response to this criticism that immediately followed publication of the manual. Then, later developments regarding the *DSM-5* are discussed, such as the focus on particular issues of concern as well as significant social and economic changes regarding contemporary classification systems. Research findings on the current use of diagnostic classification systems are also presented. Finally, particular areas of interest and concern regarding future classification, and new proposals as the *Research Domain Criteria (RDoc)* of the National Institute of Mental Health in the United States are discussed.

© 2020, Άννα Χριστοπούλου, Άρια Γκιρλέμη, Άννα Αποστολίδου, Ηλέκτρα Στεφάνου, Αναστασία Κουτουματσιώτη, Ελισάβετ Μαρούλη, Μαρία Φωτεινού, Βασιλική Ερμηλίου, Απόστολος Κουτριάς, Ευδοκία Νταλή

License CC-BY-SA 4.0