

سه رویکرد برای درک و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی: ICD-11, DSM-5, RDoC

ندا شاهواروقی فراهانی^۱، فرامرز سهرابی^{۲*}، محمد مهرداد صدر^۱، سید سپهر هاشمیان^۱

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲. استاد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

طبقه‌بندی اختلال‌های روانی از دیرباز در میان متخصصان سلامت روان، موضوعی مورد مناقشه بوده است. با وجود گسترش قابل ملاحظه‌ی دانش ما در این حوزه در نیم قرن گذشته، فهم اجزا و فرایندهای آن، همچنان ابتدایی است. در این مقاله سه نظام طبقه‌بندی اختلال‌های روانی توصیف می‌شود که هدف هر یک از آن‌ها برای درک و طبقه‌بندی اختلال‌ها با یکدیگر متفاوت است: دو کتابچه راهنمای عمده تشخیصی-راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و پروژه معیارهای دامنه تحقیق موسسه ملی سلامت روان ایالات متحده که با تاکید بر یکپارچگی تحقیقات علوم رفتاری و علوم اعصاب چهارچوبی برای درک عمیق اختلالات روانی ارائه کرده است. برای مقایسه این سه طبقه‌بندی از چهار موضوع کلیدی بهره گرفته شده است: سبب‌شناسی، شامل علیت‌های متعدد اختلال روانی؛ طبقه‌بندی یا ابعاد، آیا پدیده‌های مربوطه طبقاتی مجزا هستند یا ابعادی؟؛ آستانه‌ها، که مرز بین اختلال و عدم اختلال را تعیین می‌کنند؛ و هم‌ابتلائی، که دربردارنده‌ی این واقعیت است که افراد مبتلا به بیماری روانی اغلب دارای نیازهای تشخیصی برای شرایط مختلف هستند. اگرچه این نظام‌ها دارای درجه‌های مختلف همپوشانی و در عین حال ویژگی‌های متمایز هستند، هدف مشترک هر سه آن‌ها کاهش رنج ناشی از ابتلا به اختلال روانی است که به وسیله‌ی درک بهتر و طبقه‌بندی مناسب آن‌ها می‌تواند میسر شود.

نشریه علمی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۲۵۷-۲۸۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۱

مقاله ترویجی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 257-281

کلیدواژه‌ها: تشخیص، طبقه‌بندی، اختلال‌های روانی، طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، معیارهای دامنه تحقیق.

*Email: Sohrabi@atu.ac.ir

مقدمه

این مقاله قصد دارد از دیدگاه سه سازمان کلیدی به توصیف و طبقه‌بندی اختلالات روانی بپردازد: سازمان جهانی بهداشت^۱ که یازدهمین بازبینی طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ را نگاشته است، انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ که پنجمین نسخه‌ی راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۴ را در سال ۲۰۱۳ منتشر کرد و موسسه ملی سلامت روان ایالات متحده^۵ که در سال ۲۰۰۹ پروژه معیارهای دامنه تحقیق^۶ خود را آغاز نمود. یافته‌های به دست آمده از طبقه‌بندی اختلالات روانی توسط این سه سازمان، با توجه به اهداف سازمانی متفاوت، هم دارای هم‌پوشانی است و هم با یکدیگر تفاوت‌های بارزی دارند. نکته‌ی قابل توجه این است که پروژه RDoC یک نظام طبقه‌بندی برای استفاده فوری بالینی ارائه نمی‌دهد و ما آن را به دلیل ظرفیتش برای افزایش درکمان از بیماری‌های روانی و در نتیجه بهبود طبقه‌بندی اختلالات روانی بررسی می‌کنیم.

هدف ما در این مقاله این است که خوانندگان را به درک گسترده‌تری از آسیب‌شناسی روانی با توصیف اهداف و خواسته‌های این رویکردهای متفاوت و روشی که هر یک از آن‌ها برای چهار چالش عمده در تعریف، تشخیص و پیشرفت دانش در مورد اختلالات روانی مطرح می‌کنند، هدایت کنیم. در ابتدا به اختصار به زمینه تاریخی طبقه‌بندی اختلال‌های روانی اشاره خواهد شد. سپس، درباره‌ی چهار مسئله‌ی اساسی و موضوعات مرتبط که فهم و طبقه‌بندی آسیب‌شناسی روانی را پیچیده می‌کند، بحث می‌کنیم و سپس بررسی می‌کنیم که این سه موسسه چگونه با این مسائل برخورد می‌کنند. در نهایت، ما مجموعه‌ای از ملاحظات را برای تسهیل اهداف مربوط به (الف) بهبود طبقه‌بندی بیماری‌های روانی، (ب) پیشرفت توانایی بالینگران برای شناخت و درمان تظاهرات متنوع آسیب‌شناسی روانی (ج) تقویت دانش در زمینه‌ی چگونگی پیشرفت، ثبات یا بهبود اختلالات روانی ارائه می‌دهیم [۱].

زمینه‌ی تاریخی طبقه‌بندی اختلال‌های روانی

نظام‌های طبقه‌بندی مدرن اولیه در درجه اول برای

اهداف آماری و ضبط اطلاعات دولتی و بیمارستانی شکل گرفتند، اما در اواسط قرن بیستم این اهداف برای در بر گرفتن گستره‌ی وسیعی از ملاحظات بهداشت و سلامت عمومی توسعه یافتند. دو نظام طبقه‌بندی بالینی عمده‌ای که از دل این فرایند پدید آمد، ICD و DSM، ویژگی‌های مشترک بسیاری دارند که ناشی از اهدافی بود که برای آن‌ها ایجاد شده و به کار رفتند. این اهداف شامل گردآوری آمارهای بهداشتی، تخصیص منابع سلامت روان، تبادل اطلاعات بالینی و تصمیم‌گیری در نظام‌های قضایی و بیمه‌ای می‌شود و همگی در نهایت در خدمت نیازهای مراقبت عمومی سلامت روان هستند. با این حال ICD و DSM تفاوت‌های منحصر به فردی دارند که ریشه در تاریخچه‌ی مجزا، فرآیندهای شکل‌گیری و هیئت امنای اولیه‌ی آن‌ها دارد. مثلاً سازمان جهانی بهداشت که قابلیت اجرای ICD را در محیط‌های متنوع جهانی به عنوان اولویت مشخص کرده است، موجبات طبقه‌بندی‌های معین برای کاربردها و موقعیت‌های مجزا (مانند گزارش آماری، مراقبت اولیه، پژوهش و کاربرد آموزشی و بالینی)، و استفاده از توصیفاتی اولیه به جای لیستی از ملاک‌ها را فراهم آورده که انطباق با تنوعات فرهنگی در پدیدارشناسی و عوامل بافتاری و نظام بهداشتی را که ممکن است کاربرد تشخیص را تحت تاثیر قرار دهد، تسهیل می‌کند. در مقابل، انجمن روان‌پزشکی آمریکا خود را قویاً به استفاده از یک نظام طبقه‌بندی واحد برای تمام اهداف که از طریق تعاریف، ملاکی از اختلالات روانی فراهم آورده، ملزم ساخته است. این امر پایایی مرتبط با زمان و ارزیاب را تسهیل می‌کند و سودمندی آشکاری برای تبادل اطلاعات درباره‌ی اختلالات روانی را به دنبال دارد. با این حال، این رویکرد می‌تواند موجب دشواری در کاربردی منعطف از تعاریف اختلالات در موقعیت‌های اجتماعی اقتصادی و بالینی متنوع شود و تشخیص غلط بالقوه را به دنبال داشته باشد. همان‌طور که گفته شد هر یک از این رویکردها در عین حال که اهدافی خاص را تسهیل می‌کنند، زمینه‌ی ایجاد قید و بندهای ویژه‌ای را نیز فراهم می‌آورند [۱].

پروژه‌ی معیارهای دامنه تحقیق موسسه ملی سلامت روان ایالات متحده متعاقباً از دل تاریخچه‌ی توسعه‌ی نظام‌های طبقه‌بندی پدیدار شده است؛ RDoC می‌کوشد تا با اتخاذ رویکردی جدید در مطالعه‌ی مغز و فرایندهایی

¹ World Health Organization (WHO)

² International Classification of Diseases (ICD)

³ American Psychiatric Association (APA)

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

⁵ U.S. National Institute of Mental Health (NIMH)

⁶ Research Domain Criteria (RDoC)

این کار کاربردپذیری بالینی خود را تا زمانی که از این فرایندهای زیربنایی پرده‌برداری شود، به تأخیر می‌اندازد [۱].

رفتاری که در زمینه‌های محیطی معین به طیفی گسترده از تجارب طبیعی و آسیب‌زا امکان بروز می‌دهد، بر برخی محدودیت‌ها غلبه کند. با این حال RDoC در انجام

جدول ۱. چهار مسئله کلیدی در سه نظام طبقه‌بندی اختلالات روانی (ICD-11, DSM-5, RDoC)

تأخیرها	ICD-11	DSM-5	RDoC
سبب‌شناسی	طبقه‌بندی ICD-11 زمانی که به طور مشخص به استراتژی‌های درمانی مرتبط باشند به طور قابل توجهی بیشتر از ICD-10 به ترکیب‌بندی گروه‌ها بر اساس سبب‌شناسی می‌پردازد.	عوامل زیستی (مانند ژنتیک، رشد عصبی) و عوامل محیطی کلی (مانند فرهنگ) و جزئی (مانند حوادث آسیب‌زا) را که در شروع و پیش‌آگاهی بیماری روانی نقش دارند را شرح می‌دهد.	RDoC بر اساس تفکر سبب‌شناسی نگاشته شده و تأکید اصلی پروژه بر آگاهی بیشتر درباره‌ی علل و فرآیندهای دخیل در بیماری‌های روانی، و در نهایت یکپارچه‌سازی آن است.
طبقه‌بندی و ابعاد	به عنوان یک نظام طبقه‌بندی شده باقی می‌ماند زیرا این فرمت برای کسب آمار جهانی سلامت و در ابعاد گسترده، برای استفاده آن در نظام‌های بالینی ضروری است. اما ویژگی‌های ابعادی کامل‌تر وجود اختلال در ICD-11 با خلاقیت‌های ساختاری خاصی ممکن شده است مانند اینکه یک بعد مشخص، به زیر شاخه‌های فرعی تقسیم شود.	محدودیت‌های نظام تشخیصی طبقه‌ای به طور واضحی توسط توسعه‌دهندگان DSM-5 تشخیص داده شده و از دست دادن اطلاعاتی که در تشخیص‌های طبقه‌ای ذاتی بود به عنوان نقصی دیده شد که ارزش اصلاح شدن با رویکردهای ابعادی مکمل را داشت. دو نامزد اصلی برای اضافه کردن ابعاد به یک نظام تشخیصی طبقه‌ای شدت تشخیصی و نشانه‌های متقاطع بود.	یک رویکرد ابعادی کامل به اختلال روانی را در بر می‌گیرد که صرفاً ارزیابی ابعاد شدت اختلالات به رسمیت شناخته شده‌ی حال حاضر نیست بلکه بازتابی از این دیدگاه است که روان‌شناسی مرضی باید با توجه به طیف گسترده‌ای از عملیات سازه‌های مختلف آن در دامنه‌ای از سلامتی تا به شدت مرضی دیده شود.
آستانه‌ها	در بیشتر شرایط خط واضحی که اختلال روانی را از تغییرات طبیعی جدا کند وجود ندارد؛ بنابراین، هر آستانه‌ای تا اندازه‌ای دل‌خواهی است	استفاده از ملاک اهمیت بالینی به این معنی است که گزارش یک بیمار از ناراحتی قابل توجه یا تحت‌تأثیر قرار گرفتن قابل توجه کارکرد روزمره به آستانه‌ی عملی بسیاری از اختلال‌های روانی اگر نه همه‌ی آن‌ها تبدیل می‌شود.	موضع قدرتمندی درباره‌ی آستانه‌ها ندارد.
هم‌ابتلا	باتوجه به اینکه واگذاری تشخیص‌های متعدد اغلب بهترین راه توصیف پیچیدگی تظاهرات بالینی است و می‌تواند تا حدودی به عنوان نشانگر شدت اختلال نگریسته شود، توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی ICD-11، واگذاری کدهای تشخیصی چندگانه را به مثابه امری که گاهی برای توصیف دقیق شرایط بالینی پیچیده ضروری بود می‌نگریست.	نظام طبقه‌بندی DSM به هم‌ابتلائی اذعان دارد، حتی اگر این به معنی واگذاری تشخیص‌های چندگانه به یک بیمار به منظور فراهم آوردن یک تصویر بالینی کامل باشد. با این حال، توسعه‌دهندگان این نظام طبقه‌بندی گام‌هایی برای کاهش هم‌ابتلائی مصنوعی که در عوض روشن ساختن وضعیت سلامت روان بیمار، آن را در حاله‌ای از ابهام فرو می‌برد، برداشته‌اند.	بیشتر هم‌تراز رویکردهای ساختاری به آسیب‌شناسی روانی است تا رویکردهای دو راهنمای بالینی. در واقع، رسالت RDoC برای گسترش دانش کنونی، شامل کشف علت‌های پیچیده‌ای است که پدیده‌ی شناخته شده به عنوان هم‌ابتلائی را موجب می‌شوند.

چهار مسئله کلیدی در طبقه‌بندی اختلالات روانی

اکنون به بحث در مورد چهار موضوع کلیدی (سبب‌شناسی^۱، طبقات و ابعاد^۲، آستانه‌ها^۳ و هم‌ابتلائی^۴) می‌پردازیم و این مسئله را بررسی می‌کنیم که هر یک از این نظام‌ها - ICD-11، DSM-5 و RDoC - چگونه به هر موضوع پرداخته‌اند. این موارد در جدول ۱ خلاصه شده‌اند.

۱) سبب‌شناسی: امکان جذاب یافتن علل اختلالات

روانی مختلف، موجب شد تا بحث شدید تقابل طبیعت و تربیت درباره‌ی اینکه آیا علت واحد یا برجسته‌ی بیماری‌های روانی، زیستی است یا اجتماعی فرهنگی / درون-فردی، جستجوهای امیدوارانه برای یافتن ژن مسئول اختلالات روانی خاص و نظریه‌های زیادی درباره‌ی اینکه چگونه والدین، رویدادهای آسیب‌زا و یا عوامل دیگر علت اصلی اختلالات روانی خاص هستند، شکل بگیرند. شاید به این دلیل که طبقه‌بندی اختلالات روانی در ICD و DSM از لحاظ تاریخی به طبقه‌بندی اختلالات عمومی پزشکی

¹ etiology

² categories and dimensions

³ thresholds

⁴ comorbidity

مثلا عفونت‌هایی که اغلب از طریق رابطه جنسی منتقل می‌شوند، نظام اندامی که بیشتر بر آن تاثیر می‌گذارد (مانند عفونت‌های ویروسی نظام عصبی مرکزی)، یا نشانه‌هایی که بروز می‌دهند (به عنوان مثال، عفونت‌های ویروسی که توسط ضایعات پوستی و غشای مخاطی مشخص می‌شوند) هستند [۱].

در نتیجه، محل قرارگیری بسیاری از بیماری‌ها و شرایط سلامتی در ICD ممکن است تنها بازتابی از عوامل علی یا اصول سازمان‌دهی دیگری باشد که از نظر بالینی مهم هستند. به عنوان مثال، رتینوپاتی دیابتی^۱ (نقص یا از دست دادن بینایی) با انواع دیگر رتینوپاتی تحت بیماری‌های نظام بینایی طبقه‌بندی می‌شود، گرچه علت آن ناشی از دیابت است که در بیماری‌های غدد درون‌ریز، تغذیه‌ای و متابولیسم طبقه‌بندی می‌شود. با توجه به اطلاعات قابل توجه ما در مورد فرایندها یا آسیب‌شناسی زیستی بسیاری از این بیماری‌ها، با این حال، محل قرارگیری آن‌ها مشکلی در ICD ایجاد نمی‌کند. در مقابل، حتی اگر ما بدانیم که فرآیندهای روانی و وقایع ذهنی همه مبنایی مغزی دارند، فصل‌های "اختلالات روان‌شناختی، رفتاری و رشدی عصبی" و "بیماری‌های نظام عصبی" در ICD جدا هستند، بیشتر به دو دلیل: اول، مبنای مغزی تنها یکی از جنبه‌های سبب‌شناسی و پدیده‌شناسی این اختلالات هستند، که عمدتاً شامل اختلال در عملکرد سطح بالای شناخت، هیجان و رفتار است و تحت تاثیر عوامل بین‌فردی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارند؛ و دوم، درک ما از مکانیزم‌های علی، همچنان ابتدایی است.

در همین راستا، فصل "اختلالات روانی و رفتاری" در ICD-10 یکی از آن فصولی است که رویه‌های چندگانه‌ای برای سازمان‌دهی دارد. در حالی که برخی از گروه‌بندی‌ها بر اساس علیت هستند (برای مثال، اختلالات روانی و رفتاری بر اساس استفاده از مواد روان‌گردان)، بیشتر آن‌ها بر اساس تشابه نشانه‌ها و شواهد مشترک اعتبارسنجی‌ها مانند خانوادگی بودن (زمینه اختلالات روانی در خانواده‌ها) و سوابق خلق‌وخو گروه‌بندی شده‌اند. بنابراین، اختلالات خلقی یک گروه‌بندی را تشکیل می‌دهند، در حالی که اسکیزوفرنی، اسکیزوتایپال و اختلال‌های هذیانی گروه دیگری را تشکیل می‌دهند. با این حال، اکنون برخی دیگر به عنوان گروه‌بندی‌های نامناسب و ناکارآمد بر اساس دیدگاه‌های نظری منسوخ شده مشاهده می‌شوند که در ICD-11 مجدداً سازمان‌دهی خواهند شد. برای مثال،

وابسته است، یا اینکه این کتابچه‌های راهنما اختلالات روانی متمایز را مطابق با سندرم‌های قابل تشخیص بالینی در جمعیت بیماران لیست می‌کنند، و نظام‌های طبقه‌بندی آن‌ها گاهی به نحوی تفسیر شده‌اند که نمایانگر دیدگاه‌هایی هستند که:

الف) اختلالات روانی بیماری‌های متمایزی با مرزهای تعریف شده هستند، به همان شیوه‌ای که سرطان یا مالاریا بیماری‌های متمایزی هستند؛

ب) علل اختلالات روان‌شناختی مختلف، به طور یکسان روشن است و

ج) طبقه‌بندی (و درمان) مناسب اختلالات روانی زمانی روشن می‌شود که علت اصلی هر نوع اختلال را کشف کنیم. در مقابل این دیدگاه‌های ساده، تحقیقات نشان داده‌اند که آسیب‌شناسی روانی به طور کلی از عوامل متعدد زیستی، رفتاری، روانی و فرهنگی ناشی می‌شود که تمام آن‌ها به شکل پیچیده‌ای با یکدیگر تعامل دارند و از فیلتر تجربه‌های شخصی زندگی عبور می‌کنند. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که پیامد این عوامل و تعامل آن‌ها به وضوح قابل تشخیص نیست اما در عوض بیماری‌های متمایز ترکیبی پیچیده و بی‌ثباتی از مشکلات روانی هستند. در واقع، درک ویژگی‌های این تاثیرات مختلف و نحوه ارتباط آن‌ها برای یک نتیجه‌گیری کامل برای آسیب‌شناسی روانی، کاری فریبنده است و پروژه معیارهای دامنه تحقیق موسسه ملی سلامت روان ایالات متحده به طور خاص برای انجام این کار آغاز شد، اما دست‌یافتن به این هدف گریزنا، در آینده جای دارد. یکی دیگر از اهداف مهم، تعیین میزان مقداری است که نظام‌های مختلف طبقه‌بندی بیماری‌های روانی می‌توانند یا باید براساس این سبب‌شناسی‌های پیچیده بیماری‌ها باشند [۱].

مسائل سبب‌شناسی در ICD-11

در اکثر قسمت‌ها، ساختار ICD درباره‌ی شرایط سلامتی بر اساس سبب‌شناسی نیست. بلکه بیشتر فصل‌های آن بر اساس نظام اندام‌ها (مانند بیماری‌های نظام گردش خون، بیماری‌های نظام دستگاه تنفسی) یا نشانه‌های مشخصه‌ی آن‌ها (برای مثال، اختلالات خواب-بیداری، اختلالات روانی و رفتاری) طبقه‌بندی شده است. برخی از فصل‌ها با رویه‌های چندگانه سازمان‌دهی شده‌اند. برای مثال، فصل "بیماری‌های عفونی" شامل گروه‌هایی از طبقه‌بندی بیماری‌ها بر اساس نوع ارگانسمی که آن‌ها را ایجاد می‌کنند (مانند باکتری‌ها، ویروس‌ها، قارچ‌ها)، حالت انتقالشان

¹ diabetic retinopathy

تاثیرگذار بر وضعیت سلامت و ارتباط با خدمات سلامت" شامل دسته وسیعی از طبقه‌بندی‌ها برای ثبت عوامل موثر در بیماری یک فرد می‌شود، که شامل خطرات احتمالی برای سلامتی، مربوط به شرایط اجتماعی اقتصادی و روانی اجتماعی مانند تحصیلات، بیکاری، مشکلات مربوط به محیط فیزیکی (مانند، قرار گرفتن در محیط کاری نامناسب، صدا، آلودگی)، محیط اجتماعی (مثل مشکلات جامعه‌پذیری، انزوای اجتماعی)، مسکن، و حوادث منفی دوران کودکی است [۳].

در مجموع، طبقه‌بندی‌های سازمان جهانی بهداشت یک چارچوب نسبتاً جامع برای شناسایی عواملی که می‌توانند به سبب‌شناسی و بیان اختلالات روانی و سایر شرایط سلامت کمک کنند، ارائه می‌دهد. این دسته‌بندی‌ها می‌توانند به عنوان چارچوبی برای تحقیقات بیشتر اپیدمیولوژیک و بالینی مورد استفاده قرار گیرند و به این ترتیب سوگیری‌ها کمتر شوند. به طور کلی، نظام‌های طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت طیف وسیعی از علل و عوامل مشارکتی را که ممکن است در مفهوم‌سازی اختلالات روانی در نظر گرفته شود، محدود نمی‌کند.

مسائل مربوط به سبب‌شناسی در DSM-5

با پیشرفت دانش درباره‌ی علل اختلالات روانی، DSM-5 توانسته است از جایگاه بدون نظریه^۲ DSM-III و اشاره ضمنی DSM-IV به عوامل سبب‌شناختی پیشرفت کند. در شروع DSM-IV، ملاحظات سبب‌شناختی به بخش متن‌های توصیفی که به عوامل خطر و پیش‌آگهی و مسائل مربوط به فرهنگ و جنسیت اختصاص داده شده بود، اضافه شد. بخش مربوط به عوامل خطر و پیش‌آگهی شامل اشاره صریح به علل محیطی در زمان مناسب است (برای مثال، بخش مربوط به اختلال استرس پس از آسیب^۳ به شدت تروما، صدمات فردی و غیره اشاره می‌کند) اما معمولاً بیشتر بیانگر عوامل کلی‌تر خطر است و بخش فرهنگی شامل بحث درباره‌ی سهم علی نظام‌های فرهنگی است [۱].

در عوض DSM-5، تا جایی که دانش فعلی اجازه می‌دهد، عوامل زیستی (مانند ژنتیک، رشد عصبی) و عوامل محیطی کلی (مانند فرهنگ) و جزئی (مانند حوادث آسیب زا) را که در شروع و پیش‌آگهی بیماری روانی نقش دارند را شرح می‌دهد. همچنین، DSM-5 بر پیچیدگی این عوامل علیتی اذعان دارد و اشاره می‌کند که "طیف تعاملات

پیشنهاد شده است که گروه‌بندی اختلالات نوروتیک^۱، اختلال‌های مرتبط با استرس و جسمانی‌سازی در ICD-10، در ICD-11 در چندین گروه‌بندی کوچک‌تر مجدداً سازمان‌دهی شود، که هیچ یک از آن‌ها "نوروتیک" نامیده نمی‌شود.

همانند ICD-10، ICD-11 طبقه‌بندی عوامل علی خاص را زمانی که به طور مشخص به استراتژی‌های درمانی مرتبط باشند با هم درمی‌آمیزند. برای مثال، طبقه‌بندی‌های جداگانه‌ای برای سندرم‌های روانی و رفتاری فراهم شده که از نظر نشانه‌ها مشابه‌اند اما ناشی از مواد (غیرقانونی یا دارای نسخه) یا شرایط زمینه‌ای پزشکی (مانند یک تومور مغزی) هستند. به عنوان مثال، دلیریم بر اساس سبب‌شناسی آن طبقه‌بندی شده است چرا که علت خاص دلیریم یک بیمار، عاملی مهم در پاسخ درمانی فوری است؛ به همین ترتیب در زوال عقل و دیگر اختلالات عصبی شناختی، سبب‌شناسی می‌تواند پیش‌بینی دوره و نتیجه فرد و انتخاب استراتژی‌های مدیریت را هدایت کند [۱].

در برخی موارد، طبقه‌بندی پیشنهاد شده برای ICD-11 به طور قابل توجهی بیشتر از ICD-10 به ترکیب‌بندی گروه‌ها بر اساس سبب‌شناسی می‌پردازد. به عنوان مثال، طبقه‌بندی کژکاری‌های جنسی در ICD-10 مبتنی بر یک دوگانگی مصنوعی بین کژکاری‌های جنسی "عضوی" و غیرعضوی است که عمدتاً کژکاری‌های جنسی عضوی در فصل "بیماری‌های دستگاه تناسلی" و "کژکاری‌های جنسی غیرعضوی" در گروه اختلالات روانی و رفتاری طبقه‌بندی می‌شوند. این تقسیم بدن-روان با تحقیقات فعلی سازگار نیست که پاسخ جنسی را به عنوان تعاملی پیچیده از فرایندهای روانی، بین‌فردی، اجتماعی، فرهنگی، فیزیولوژیکی و متاثر از جنسیت در نظر می‌گیرند که همه یا هر کدام از این فرایندها هم می‌تواند به ایجاد کژکاری جنسی منجر شود. در نتیجه، برای ICD-11 طبقه‌بندی یکپارچه‌ای از کژکاری‌های جنسی پیشنهاد شده و یک نظام توصیف کننده سبب‌شناسی، به علت ارتباطشان با انتخاب درمان فراهم شده است [۲].

علاوه بر این، به عنوان طبقه‌بندی گسترده‌ای از شرایط سلامت، ICD روش‌های مختلفی را دربرگرفته است که با آن‌ها می‌توان آثار علیتی را در اختلالات روانی ثبت کرد. برای مثال، ممکن است عوامل سمی محیطی را با استفاده از دسته‌بندی‌های فصل "آسیب، مسمومیت و بعضی دیگر از پیامدهای علل خارجی" ذکر کرد. همچنین، فصل "عوامل

² atheoretical

³ Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

¹ neurotic

انحرافات عملکردی در نظام‌های پاسخ رفتاری و مغزی مختلف در تعامل با یکدیگر موجب اختلالات روانی می‌شوند، در حالی که تأکید می‌کنند این فرآیندها ایستا نبوده و در حال رشد است و در زمینه‌ی میان‌فردی، اجتماعی و فرهنگی افراد رخ می‌دهند [۱].

۲) طبقه‌بندی‌ها و ابعاد: اختلالات روانی یک

پدیده همه یا هیچ نیستند؛ بلکه به طور مداوم از نظر شدت، از نبود آسیب تا آسیب‌شناسی شدید درجه‌بندی می‌شوند. درجه شدت بیماری روانی یکی از جنبه‌های مهم آن است و ماهیت ابعادی آن از دیدگاه مفهومی، مشکلی محسوب نمی‌شود. به طور مثال طبقه‌بندی افراد به عنوان نوزاد، کودک نوپا، کودک و غیره، تقسیم‌بندی‌های نیمه‌قراردادی اما مفیدی را در طول دوره پیوستار سن نشان می‌دهد. به همین ترتیب ما پیوستار توانایی‌های عقلی را براساس اهداف مختلف به مقوله‌های نیمه‌قراردادی و مفید تقسیم می‌کنیم که از ناتوانی شدید عقلی تا نابغه تقسیم‌بندی می‌شوند [۱].

با این حال ابعاد اختلالات روانی مشکلات دیگری را به صورت مفهومی و عملی ایجاد می‌کند. در نظام‌های کلاسیک، هر اختلال ماهیتی مجزا دارد و تنها یک بار در یک مکان مشخص بطور خاص نمایش داده می‌شود. بدون در نظر گرفتن چند استثنا، ICD و DSM شبیه نظام طبقه‌بندی کلاسیک هستند. بنابراین هر دو، اختلالات روانی را دسته‌بندی می‌کنند به شرط آنکه ماهیتی متمایز داشته باشند، حتی درحالی که افرادی با تشخیص ابتلا به اختلالات مختلف ویژگی‌های گوناگون مشترکی دارند. علاوه بر این، آن‌ها این کار را با وجود این که ما می‌دانیم اختلالات روانی اختلال‌هایی متمایز و مجزا نیستند (بلکه ترکیبی پیچیده از مشکلات روانی هستند که خود دارای ابعاد هستند)، انجام می‌دهند. بطور واضح، وفق دادن ماهیت پیچیده چند بعدی بیماری‌های روانی با ساختار این نظام‌های طبقه‌بندی، یک چالش عمده است [۱].

طبقه‌بندی‌ها و ابعاد در ICD-11

ماهیت چند بعدی بسیاری از پدیده‌های مبتنی بر اختلالات روانی برای خوانندگان دقیق ادبیات علمی و ناظران پدیده‌شناسی بالینی روشن است. با این حال، ICD به عنوان یک نظام طبقه‌بندی شده باقی می‌ماند زیرا این فرمت برای کاربرد آن به عنوان نظام طبقه‌بندی برای کسب آمار جهانی سلامت و در ابعاد گسترده، برای استفاده آن در نظام‌های بالینی ضروری است (برای مثال در انتخاب درمان

ژنتیکی/محیطی در خط سیر رشد انسان که بر عملکرد شناختی، هیجانی و رفتاری وی تاثیر می‌گذارد عملاً نامحدود است" و هشدار می‌دهد که "یک تشخیص ضرورتاً دلالتی بر دلایل یا علل اختلال روانی فرد ندارد" [۴].

مسائل سبب‌شناسی در RDoC

بر اساس تفکر سبب‌شناسی نگاشته شده و قطعاً تأکید اصلی پروژه بر آگاهی بیشتر درباره‌ی علل و مکانیسم‌های دخیل در بیماری‌های روانی، و در نهایت یکپارچه‌سازی دانش مرتبط با چهار جزء تشکیل‌دهنده‌ی آن است (یعنی حوزه‌ی کارکردی و واحدهای تحلیلی در زمینه‌ی رشد عصبی و تمام آنچه که "محیط" را در بر می‌گیرد) [۱].

مطالعات اخیر درباره‌ی روان‌پریشی (سایکوز) نمونه‌ای از یک شیوه با مضمون RDoC برای شناسایی و درک عوامل سبب‌شناختی در یک طیف اختلال خاص فراهم آورده است. اسکیزوفرنی مدت‌ها به عنوان یک اختلال رشدی-عصبی شناخته می‌شد که علامت آشکار آن روان‌پریشی بود [۵]. تحقیقات بسیاری برای کشف راه‌های ممکن برای درک رشد ناهنجاری که منجر به روان‌پریشی می‌شود انجام شده است. یک فرضیه قدیمی این است که هرس سیناپسی-کاهش سیناپس‌های قشری که به عنوان بخشی از رشد نرمال در نوجوانی اتفاق می‌افتد- در اسکیزوفرنی شدید است [۶]. به طوری که کاهش ناگهانی در این سیناپس‌ها اتفاق می‌افتد. کانن^۱ و همکارانش [۷] دریافتند از دست دادن تدریجی ماده خاکستری در سال‌های پیش از وقوع ناگهانی روان‌پریشی (یعنی نشانه‌های اولیه^۲ اسکیزوفرنی) عامل مهمی در ابتلا به بیماری بود و یک مطالعه‌ی ژنتیک شواهدی را برای مکانیزمی که در آن، این هرس بیش از حد رخ می‌دهد، پیدا کرده است [۸].

خلاصه

با افزایش آگاهی درباره‌ی این مسئله که تقریباً تمام اختلالات روانی ناشی از عوامل بسیار مختلفی هستند، ICD و DSM هر دو این پیچیدگی را پذیرفته‌اند و عوامل سبب شناختی که در موارد اندکی شناسایی کرده‌اند، یکپارچه نموده‌اند. در مقابل، RDoC به این دلیل اصلی شکل گرفت که از پژوهش درباره‌ی سبب‌شناسی اختلالات روانی حمایت کند. هدف بلندپروازانه آن این است که بدانیم چگونه

¹ Cannon

² prodrome

اسکیزوفرنی در ICD-10 (مثل پارانوئید، هبه‌فرنیک و کاتاتونیک) به خاطر فقدان اعتبار در ICD-11 حذف شوند. این انواع فرعی با درجه‌بندی کردن مجموعه‌ای از نشانه‌ها جایگزین می‌شوند که نه فقط برای افراد با تشخیص اسکیزوفرنی قابل کاربرد است بلکه برای سایر اختلال‌های روان‌پریشی اولیه نیز قابل استفاده است [۱۰].

ابعاد درجه‌بندی شده شامل نشانه‌های مثبت (هذیان‌ها، توهمات، افکار و رفتار آشفتنه، تجربه‌ی انفعال و کنترل) و نشانه‌های منفی (محدود بودن، کند بودن یا عاطفه مسطح، ناگویی یا کمبود گفتار، فقدان انگیزه، فقدان لذت)، نشانه‌های خلق افسرده، نشانه‌های خلق مانیک، نشانه‌های روانی حرکتی و نشانه‌های شناختی است [۱۱].

در عین حال این پیشنهادها برای طبقه‌بندی ابعادی در بعضی موارد پیچیده‌تر از رویکرد طبقه‌ای محض است که قرار است جایگزینش شود، و حتی ممکن است بار بالینی و اجرایی بیشتری بر دوش استفاده‌کنندگان بگذارد، حداقل در ابتدای استفاده زمانی که نظام جدید ناآشنا است.

در نتیجه، امید کمی وجود دارد که این پیشنهادها جدید مورد قبول واقع شوند و در کار بالینی مورد استفاده قرار بگیرند مگر اینکه اطلاعات مفیدی در سطح مواجهه‌های بالینی ارائه دهند که صرف زمان و انرژی مورد نیاز برای یادگیری نظام جدید را توجیه کند. به علاوه اگر بالینگران نتوانند به طور مستمر از این پیشنهادها استفاده کنند استفاده‌ی چندانی برای آمارهای سلامت و سایر کاربردهای سیاست‌گذاری بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده‌ی برخورد با بیمار ندارند [۱۱] و اگر بالینگران بتوانند این ارزیابی‌های ابعادی را به طور مناسب و مستمر مورد استفاده قرار دهند و اگر آن‌ها را مناسب بدانند، اطلاعات مهم بالینی‌ای تولید می‌کند که در حال حاضر در مطالعات میدانی مورد آزمون قرار می‌گیرند که بر قالب نهایی راهنمای تشخیصی ICD-11 تاثیر می‌گذارد [۱۲].

طبقه‌بندی‌ها و ابعاد در DSM-5

محدودیت‌های نظام تشخیصی طبقه‌ای به طور واضحی توسط توسعه‌دهندگان DSM-5 تشخیص داده شد و از دست دادن اطلاعاتی که در تشخیص‌های طبقه‌ای ذاتی بود به عنوان نقصی دیده شد که ارزش اصلاح شدن با رویکردهای ابعادی مکمل را داشت. دو نامزد اصلی برای اضافه کردن ابعاد به یک نظام تشخیصی طبقه‌ای شدت تشخیصی و نشانه‌های متقاطع^۱ بود.

و تعیین مشمولیت خدمات مراقبت سلامت). به همین علت، ICD قوانین و مقررات خاصی را دنبال می‌کند که دارای ریشه‌های تاریخی عمیقی هستند و به عنوان پایه‌ای برای طبقه‌بندی در سایر حوزه‌های پزشکی به خوبی پذیرفته شده‌اند و طبقه‌بندی ICD-11 از اختلالات روانی و رفتاری باید از همان مجموعه قوانین ساختاری و دسته‌بندی پیروی کند که در بقیه نظام‌های طبقه‌بندی ICD استفاده شده است. این الزامات محدودیت‌های مختلف و بسیار سختگیرانه‌تری را در مدل طبقه‌بندی خود برای اختلالات روانی و رفتاری نسبت به RDoC و یا به لحاظ نظری، حتی برای DSM اعمال می‌کند.

با این حال، یک راه برای ادغام ساختارهای ابعادی به یک نظام طبقه‌بندی، این است که یک بعد مشخص، به زیر شاخه‌های فرعی تقسیم شود. به عنوان مثال، زیرمجموعه‌های "عقب‌ماندگی ذهنی" در ICD-10 بر اساس شدت نقص عقلی: خفیف، متوسط، شدید و عمیق بود. تعیین این سطوح بیشتر بر اساس تست‌های استاندارد عملکرد عقلی انجام می‌شد. دسته‌های تشخیصی معادل در ICD-11، که امروزه به عنوان اختلالات رشد عقلی نامیده می‌شوند، نمونه‌ای از استراتژی دوم برای ترکیب اطلاعات ابعادی در یک نظام طبقه‌بندی است: صریح‌تر شدن در مورد ابعادی که متخصصان بالینی باید برای تعیین یک تشخیص خاص، آن‌ها را در نظر بگیرند. به خصوص، برای یافتن زیرمجموعه مبتنی بر شدت مناسب برای اختلال رشد عقلانی در ICD-11، پزشک باید در مورد ابعاد مختلف با توجه به عملکرد هوشی و رفتار انطباقی در حوزه مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و عملی قضاوت کند.

در واقع، ویژگی‌های ابعادی کامل‌تر وجود اختلال در ICD-11 با خلاقیت‌های ساختاری خاصی ممکن شده است. یک نمونه پیشنهاد حذف اختلال‌های شخصیت اختصاصی از ICD-11 به خاطر مشکلات فراوان اعتبار و کاربرد آن‌ها در نظام‌های بالینی و جایگزین کردن آن‌ها با یک طبقه‌بندی ابعادی است [۹]. به طور خاص، مدل پیشنهادی ICD-11 شامل دسته‌ای از ویژگی‌های ضروری است (یعنی ویژگی‌هایی که باید حاضر باشند تا تشخیصی صورت بگیرد) که حول محور کژکاری خود و کژکاری میان فردی است. اگر ویژگی‌های ضروری مشاهده شدند، متخصصان بالینی با در نظر گرفتن شدت، اختلال را تعیین می‌کنند و تشخیص اختلال شخصیت خفیف، متوسط یا شدید را برمی‌گزینند.

به همین ترتیب، پیشنهاد شده است که انواع فرعی

¹ cross-cutting symptoms

اشتراکی باشد [۱].

طبقه‌بندی‌ها و ابعاد در RDoC

قالب تحقیقاتی RDoC یک رویکرد ابعادی کامل به اختلال روانی را در بر می‌گیرد. این رویکرد صرفاً ارزیابی ابعاد شدت اختلالات به رسمیت شناخته شده‌ی حال حاضر را در بر نمی‌گیرد (مثل یک بعد از خفیف تا متوسط و شدید از اختلال افسردگی اساسی) بلکه بازتابی از این دیدگاه است که روان‌شناسی مرضی باید با توجه به طیف گسترده‌ای از عملیات سازه‌های مختلف آن در دامنه‌ای از سلامتی تا به شدت مرضی دیده شود.

چندین دلیل برای انتخاب این رویکرد وجود دارد. اول اینکه، با توجه به اینکه RDoC بر سبب‌شناسی تاکید می‌کند، هدف کوتاه مدتش این نیست که تشخیص‌های فعلی را بهبود بخشد یا یک طبقه‌بندی بالینی جایگزین را توسعه دهد؛ بلکه هدفش بیشتر هدایت جامعه تحقیق به سوی یک درک جامع‌تر از چگونگی تقاطع عوامل مختلف در طول زمان و در طول زمینه‌های مختلف است که منجر به انواع مختلف و درجه‌ی متفاوتی از آسیب روانی می‌شود. این موضوع روزبه‌روز در حال روشن‌تر شدن است که اکثر کارکردهای روانی و رفتاری در آسیب روانی به جای اینکه از لحاظ کیفی کاملاً متمایز باشند، بر روی پیوستار کارکرد جمعیت عمومی قرار دارند. برای مثال مطالعات بزرگی در جامعه نشان داده‌اند که توهم و هذیان در یک پیوستار بین جمعیت توزیع شده است [۱۴] و نیاز به خدمات بیشتر مرتبط با مقدار و میزان این پدیده‌هاست تا اینکه صرفاً وابسته به حضور یا غیاب این نشانه‌ها در افراد باشد [۱۵].

دوم اینکه، تمرکز RDoC بر ابعاد کارکرد روانی و رفتاری، مبنای بیشتری را برای تحقیقات پیشگیری فراهم کرده است. مقیاس‌هایی که برای کارکردها و رفتارهای روانی متفاوتی اعتباریابی شده‌اند می‌توانند به شناسایی افرادی کمک کنند که در ابتدای مسیر به سمت بدکارکردی هستند، طوری که اگر این روند ادامه یابد در نهایت به اختلال ختم می‌شود. این رویکرد مستقیماً قابل مقایسه با رویکردهایی در سایر حوزه‌های پزشکی است مانند اندازه‌گیری قند خون که در آن یک وضعیت پیش‌رونده از سطوح نرمال به سطحی وجود دارد که انتخاب‌های درمانی تهاجمی را ناچار می‌سازد؛ انتخاب‌هایی که در ابتدا تغییرات سبک زندگی را نشانه می‌رود تا دارودرمانی و سایر مداخلات شدیدتر. بنابراین مانند سایر حوزه‌های پزشکی ارزیابی سطوح نشانه‌ها در طول پیوستاری از بهنجاری کامل تا

اهمیت قادر بودن به یادداشت شدت نشانه‌های فرد در زمان تشخیص‌گذاری به طور خاص توسط دو اختلالی که در پی می‌آید به عنوان مثال تشریح شده است. افرادی که دارای اختلال افسردگی اساسی با شدت خفیف هستند در مقایسه با افرادی که نشانه‌های متوسط و شدید دارند به درمان‌های مشخص متفاوتی پاسخ درمانی نشان می‌دهند [۱۳]. همچنین، سطوح شدت "عقب ماندگی ذهنی" به طور گسترده جهت اندازه‌گیری سطح حمایت مورد نیاز برای افراد دارای این تشخیص مورد استفاده قرار گرفته است. جای تعجب نیست که خدمات مورد نیاز یک فرد با نقص هوشی شدید به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر از یک فرد با نقص هوشی خفیف است. بنابراین شدت تشخیصی تلویحاتی برای تحقیق، تدارک برای درمان و خدمات بازپروری، برنامه‌ریزی برای خدمات و اختصاص منابع دارد.

کارگروه‌های DSM-5 تحت هدایت گروه مطالعه ابزارهای ارزیابی تشخیصی^۱، وظیفه‌ی شناسایی یا توسعه ابزارهایی برای ارزیابی شدت طیف وسیعی از تشخیص‌ها بر عهده گرفتند. در ترکیب با گروه مطالعه‌ی آسیب و ناتوانی^۲، اعضای گروه قبلی پیشنهاد کردند که این ابزارها بر اساس نشانه‌های اختلال باشد و نه بر اساس میزان ناتوانی که از آن نشانه‌ها ناشی می‌شود. گروه‌های مطالعه پیشنهاد کردند که اندازه‌گیری شدت عموماً باید یا مثل یکی از نشانه‌ها به حساب بیاید، همان‌طور که در دستورالعمل‌های ارزیابی شدت در DSM-IV انجام می‌شد، یا بر اساس یک ارزیابی ظریف‌تر از فراوانی، شدت و یا طول نشانه‌ها باشد.

کارگروه‌های DSM-5 ابزارهای اندازه‌گیری بسیاری از این نشانه‌های غیرتشخیصی و اشتراکی را برای حوزه‌های نشانه‌ای مانند افسردگی، شکایات جسمانی و سوءمصرف مواد ساختند که دو هدف را دنبال می‌کردند. اول اینکه این ابزارها مستندسازی حضور و شدت نشانه‌های فراتشخیصی^۳ را فراهم می‌کردند تا تصمیمات درمانی بالینگران را هدایت کند و به آن‌ها اجازه دهد که نتایج بیماران را پیگیری کنند. دوم اینکه، زمانی که ارزیابی قبل از ملاقات بالینی اتفاق می‌افتاد (مثل خودگزارشی بیمار)، ابزارها توجه را به سمت نشانه‌هایی می‌کشاند که ممکن است در غیر این صورت به خاطر اینکه خارج از تشخیص‌های رسمی بیماران هستند نادیده گرفته شوند. کارگروه‌های DSM-5 و گروه‌های مطالعه مواردی را وارد DSM کردند که شامل نشانه‌های

¹ Diagnostic Assessment Instruments Study Group

² Impairment and Disability Study Group

³ extra-diagnostic symptoms

ناهنجاری کامل به منظور توسعه مداخلات پیشگیرانه ضروری و اساسی است [۱].

خلاصه

هر دو نظام طبقه‌بندی ICD و DSM به روش خودشان تغییراتی را اعمال کرده‌اند تا وجود ویژگی‌های ابعادی که مرتبط با اختلال روانی هستند را به رسمیت بشناسند و ویژگی‌های ابعادی را وارد نظام‌های تشخیصی و طبقه‌بندی شان کنند. برای مثال DSM-5 مفهوم شدت را به طور هماهنگی در طول نظام طبقه‌بندی‌اش وارد کرده و مجموعه‌ای از ابعاد نشانه‌های اشتراکی را اضافه کرده است که می‌توانند برای فراهم کردن یک تصویر بالینی کامل‌تر استفاده شوند. به همین ترتیب توسعه‌دهندگان ICD-11 گام‌هایی را در راستای ترک زیرنوع‌های مصنوعی، برای مثال از طریق ارائه یک بعد شدت به عنوان یک پایه اصلی در طبقه‌بندی اختلال شخصیت و با استفاده از ابعاد صفت به عنوان تصریح‌کنندگان، برداشته‌اند. آن‌ها همچنین پیشنهاد کرده‌اند که یک نظام ابعادی‌تر بروز نشانه‌ها در اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی اصلی را پیاده‌سازی کنند. با این حال هنوز هر دو نظام به دلایلی که وابسته به اهداف مختلف آن‌ها است، اساساً طبقه‌ای باقی مانده‌اند؛ اهدافی مانند گردآوری آمار سلامت، تخصیص منابع سلامت روانی، ارتباطات بالینی، تصمیم‌گیری در نظام‌های نظارتی، حقوقی و بیمه درمانی که همه در نهایت به نیازهای مراقبت سلامت روانی عمومی خدمت می‌کنند. فراهم کردن مبنایی برای تصمیمات درباره‌ی آنچه که یک اختلال روانی را تشکیل می‌دهد نیازی ضروری در این نظام‌ها است و چنین تصمیم‌هایی به ناچار طبقه‌ای هستند [۱].

در مقابل، نظام RDoC به صورت اساسی، یک رویکرد متفاوت را به بیماری روانی ارائه می‌دهد؛ با این هدف که شناسایی فرآیندهای رفتاری و مغزی پایه به همراه نیروهای اجتماعی فرهنگی باعث بوجود آمدن ابعاد چندگانه‌ای می‌شوند که ممکن است آسیب روانی را شکل دهند. این نظام از طریق یکپارچگی ابزارهای زیستی و رفتاری به دنبال فهم عمیق‌تری از مبنای علمی آسیب‌شناسی روانی است و در عین حال این را به رسمیت می‌شناسد که این فرآیندها مرتبط با رشد هستند و در بافت بین‌فردی، اجتماعی و فرهنگی جاگرفته‌اند. در نتیجه، با توجه به پیچیدگی بیماری‌های روانی بنیان‌گذاران RDoC تاکید بیشتری بر یک برنامه تحقیقاتی دارند که ممکن است برای آنکه یافته‌هایش به طور واقعی بر نظام‌های تشخیصی و

طبقه‌بندی تاثیر بگذارد نیازمند سال‌های بسیاری باشد [۱].

(۳) آستانه‌ها: قرار دادن آستانه برای اختلال‌های

روانی به سه دلیل دشوار است: اول اینکه خود تعریف اختلال روانی هنوز مورد بحث است، دوم اینکه ماهیت چندبعدی بیماری روانی نیاز اساسی ایجاد می‌کند تا برای هر بعد مولفه، آستانه‌ای تعیین شود. بطور مثال اختلال افسردگی عمده، دارای ابعاد هیجانی (مانند خلق افسرده)، رفتاری (سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی)، شناختی (مشکل تمرکز) و جسمانی (خواب آشفته) است. تعیین اینکه آیا افراد از اختلال افسردگی عمده رنج می‌برند یا خیر شامل این می‌شود که آیا مشکلاتشان به اندازه‌ی کافی شدید و/یا پایدار است (مانند آستانه بالا) که اختلالی با ابعاد کافی که معیارهای تشخیصی اختلال را داشته باشد در نظر گرفته شود. بسیاری از اختلالات پزشکی غیرروان‌شناختی چندبعدی هستند اما تشخیص آن‌ها اغلب شامل استفاده از معیارهای عینی و قابل اندازه‌گیری است، مانند آزمایش خون؛ این در حالی است که تعیین علائم و نشانه‌های روان‌شناختی بر اساس گزارشات فردی تلفیق شده با تجارب و قضاوت پزشکان است. و سوم اینکه آستانه‌ها برای تشخیص‌های اختلال روانی پیامدهای مختلف و قابل ملاحظه‌ی بالینی و اجتماعی دارند. این تبعات اجتماعی می‌توانند منفی (مثل داغ ننگ) یا مثبت (مانند واجد شرایط بودن برای دریافت خدمات یا بازپرداخت شخص ثالث برای خدمات) باشد.

مسائل مربوط به آستانه در ICD-11

راهنماهای تشخیصی و توصیفات بالینی^۱ برای اختلالات روانی و رفتاری در ICD-10 یک اختلال روانی را با عنوان "مجموعه‌ای از نشانه‌ها یا رفتارهای از لحاظ بالینی قابل شناسایی که در بیشتر موارد مرتبط با پریشانی^۲ و در تداخل با کارکرد فردی هستند" [۱۶] تعریف می‌کند. "از لحاظ بالینی قابل شناسایی" در این تعریف یک مرحله‌ی حیاتی است زیرا خیلی دشوار نیست که به مجموعه‌ای از نشانه‌ها و رفتارهایی فکر کرد که معمولاً مرتبط با پریشانی یا در تداخل با کارکرد فردی هستند، اما اختلال روانی در نظر گرفته نمی‌شوند (برای مثال داغداری پس از مرگ یک

^۱Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (CDDG)

^۲ distress

باشد) که مجموعه‌های ملاک تشخیصی در DSM-5 را مشخص می‌کند به طور دقیق در بر نمی‌گیرد [۱۸]. در حالی که تشخیص‌های DSM عموماً تلاش می‌کنند که یک آستانه‌ی دقیق برای هر اختلال قرار دهند که در تمام زمینه‌ها کاربرد داشته باشد، CDDG در ICD-11 زبان منعطف‌تری را در تلاش برای هم‌نواپی با روشی که بالینگران معمولاً تشخیص روانپزشکی می‌گذارند به کار می‌گیرد که آن به کارگیری قضاوت بالینی با توجه به زمینه و پیامدهای تصمیم خاصی است که گرفته می‌شود. در نتیجه، هدف راهنماهای تشخیصی و توصیفات بالینی در ICD-11 کمک به بالینگران برای شناسایی فرمول تشخیصی‌ای است که احتمال بیشتری دارد در تصمیم‌گیری‌های درمانی و مدیریتی مفید باشد [۱].

مسائل آستانه در DSM-5

تا حدی به خاطر این هدف که نظام‌های ICD و DSM هماهنگ شوند، به طور گسترده درباره‌ی اینکه آیا ملاک اهمیت بالینی باید در DSM-5 حذف شود یا نه بحث شده است. در این راستا، ویک فیلد^۲ [۱۹] به دفاع از اهمیت نگه داشتن این ملاک تاکید داشت، در حالی که اوستان و کندی^۳ [۲۰] بحث کردند که DSM-5 باید موضع سازمان جهانی بهداشت را بپذیرد که اختلال‌ها (که توسط نشانه‌ها و علائم تعریف شده است) و ناتوانی‌های حاصل از آن باید جداگانه ارزیابی شوند، در عین حال به منظور تعیین مورد بالینی بودن باید آن‌ها را به همراه یکدیگر در نظر گرفت [۲۱]. هایمن^۴ [۲۲] این نگرانی را مطرح کرد که اگر تعریف اختلال روانی شامل این ملاک باشد که نشانه‌ها باید آسیب یا ناراحتی قابل توجه بالینی ایجاد کنند، "چنین کاری یک جایگاه بالینی مناسب برای نشانه‌های خفیف‌تر یا اولیه را انکار می‌کند... و به طور غیرمنطقی ارزیابی شدت را با لیست نشانه‌ها مخلوط می‌کند".

DSM-5 همچنین کاهش قابل توجه در "سطح کارکرد در یک یا بیش از یکی از حوزه‌های اصلی مانند کار، روابط بین‌فردی یا خودمراقبتی" را برای تشخیص ضروری می‌داند [۴].

استفاده از ملاک اهمیت بالینی به این معنی است که گزارش یک بیمار از ناراحتی قابل توجه یا تحت‌تاثیر قرار گرفتن قابل توجه کارکرد روزمره به آستانه‌ی عملی بسیاری از اختلال‌های روانی اگر نه همه‌ی آن‌ها تبدیل می‌شود. در

عزیز یا اضطراب بعد از دست دادن شغل). پس از بحث‌های فراوان، گروه مشاوره بین‌المللی^۱ پیشنهاد حفظ این تعریف برای ICD-11 را به خاطر سادگی‌اش در مقابل پیچیدگی تعریف استفاده شده در DSM-IV که به طور کلی هدفش دربرگرفتن دامنه‌ی مشابهی از شرایط بود را داده است.

این تعریف ICD-10 و ICD-11 از لحاظ مفهومی مشابه تعریفی بود که بعداً توسط DSM-5 مورد استفاده قرار گرفت [۴]، اما تعریف DSM-5 با جزئیات خیلی بیشتری در کلام آورده شده و معافیت‌هایی را برای پاسخ‌هایی که از لحاظ فرهنگی نسبت به یک رویداد استرس‌زا یا فقدان، مشترک و قابل قبول است (مانند داغداری) و انحرافات اجتماعی ارائه کرده است. در ICD-11 این معافیت‌ها در زمینه راهنماهای تشخیصی برای اختلال‌های مرتبط خاص به طور واضح آورده شده است (برای مثال واکنش‌های داغداری نباید با افسردگی اشتباه گرفته شوند، رفتارهای جنسی نباید به عنوان انحراف جنسی تشخیص‌گذاری شوند صرفاً به این دلیل که از لحاظ اجتماعی ننگین هستند) اما در تعریف کلی اختلال روانی ذکر نشده‌اند. در بیشتر شرایط خط واضحی که اختلال روانی را از تغییرات طبیعی جدا کند وجود ندارد؛ بنابراین، هر آستانه‌ای تا اندازه‌ای دل‌خواهی است. به علاوه آستانه‌های متفاوت ممکن است برای اهداف مختلف یا فضا‌های متفاوت مناسب باشند [۱]. برای مثال در فضا‌های اصلی مراقبتی در کشورهای در حال توسعه تشخیص افسردگی ممکن است بر شناسایی مواردی که بیشترین شدت نشانه‌ها و آسیب کارکردی را دارند متمرکز باشد [۱۷].

بنابراین به جای تلاش برای ایجاد نقاط برش مشخص و متمایز از طریق استفاده از ملاک، راهنماهای تشخیصی و توصیفات بالینی ویژگی‌های ضروری هر اختلال را توصیف می‌کند و این کار را با فراهم کردن راهنماهای صریح درباره نشانه‌ها و ویژگی‌هایی انجام می‌دهد که هر بالینگر می‌تواند معقولانه انتظار داشته باشد که در تمام موارد اختلال پیدا کند [۱۸]. این رویکرد تشخیصی هدفش فعال کردن کاربرد انعطاف‌پذیرتر قضاوت بالینی و اجازه برای تغییرات فرهنگی در ارائه‌ی نشانه است [۱]. اگرچه لیست ویژگی‌های ضروری ICD-11 به طور سطحی نشان‌دهنده‌ی ملاک تشخیصی در قالب کلی‌اش است، آن‌ها عموماً شمردن نشانه‌ها، آستانه‌ی طول مدت، مجموعه‌ای از آیتم‌ها (تعیین کردن اینکه به طور مثال یک بیمار باید ۳ مورد از لیست ۴ نشانه را داشته

² Wakefield

³ Üstünand Kennedy

⁴ Hyman

¹ International Advisory Group (IAG)

و ناتوانی ضروری برای تشخیص‌های خاص توصیف می‌کنند مشابه نیستند [۱].

از طرفی پیامدهای آستانه‌ها را نیز باید نظر گرفت. به طور گسترده‌ای تصدیق شده است که آستانه‌های مشخص DSM-5 اغلب تا حدودی مطلق هستند و باید با مقداری انعطاف‌پذیری آن‌ها را به کار برد. برای مثال افرادی که نشانه‌هایشان به طور کامل ملاک‌های یک تشخیص را در زمان حاضر تکمیل نمی‌کند ممکن است جهت جلوگیری از ایجاد یک وضعیت شدیدتر و یا برای رسیدگی به نشانه‌های اضطراری نظیر افکار خودکشی در هر صورت نیاز به درمان داشته باشند. با توجه به اهمیت تحقیق بر روی علل اختلال‌های روانی افرادی که برای گرفتن یک تشخیص نشانه‌های لازم را ندارند و اصطلاحاً "زیرآستانه"^۲ هستند ممکن است دارای ویژگی‌های ژنتیکی و عصب فیزیولوژیکی مشابهی با افرادی باشند (مثل اعضای خانواده) که ارائه‌ی بالینی‌شان از اختلال در سطح آستانه‌ی تشخیصی یا بالاتر از آن است. DSM مدت زیادی سعی کرده است که با ارائه‌ی زیرآستانه‌ای با استفاده از تشخیص به گونه‌ی دیگر مشخص نشده در DSM-III، DSM-III-R و DSM-IV سازگار شود که در DSM-5 به تشخیص‌های "به طور دیگر مشخص شده"^۳ و "نامشخص"^۴ تبدیل شده است. همچنین به طور گسترده‌ای آستانه‌های تشخیصی بالاتر یا پایین‌تر جهت اهداف مشخص (مثل مربوط به اجرایی، قضایی و درمان) هرچند به طور ضمنی به رسمیت شناخته شده‌اند. به علاوه این بحث علمی که آستانه‌های تشخیصی متفاوت نیازمند مشخص شدن بر اساس زمینه‌ای هستند که در آن به کار گرفته می‌شوند پایه‌ی تجربی دارد [۲۴].

با این حال به خاطر پیچیدگی پیاده‌سازی اصلاح آستانه‌های فعلی توسط آژانس تنظیم مقررات و یافته‌های تحقیق ایالات متحده و نگرانی‌هایی درباره از کار افتادن زبان آشنایی که DSM دهه‌ها استفاده کرده، پیاده‌سازی آستانه‌های مختلف پیگیری نشد و در توسعه‌ی DSM-5 به طور جدی در نظر گرفته نشد.

به علاوه DSM در آموزش آسیب‌شناسی روانی متخصصان سلامت روان در بسیاری از رشته‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، بیشتر تحقیقاتی که درمان‌های با شواهد تجربی را پیاده‌سازی می‌کنند با استفاده از تشخیص‌های مشخص DSM اجرا می‌شوند و اینکه دفترچه راهنمای

عین حال مقاومت قابل توجهی از سمت کارگروه‌های DSM-5 برای حذف ملاک وجود داشت. یک نگرانی شایع این بود که بدون ملاک آستانه‌های ناکافی برای تمایز بین اشکال خفیف اختلال و عدم وجود اختلال وجود دارد که منجر به بیش‌تشخیصی اختلال‌های روانی می‌شود و متعاقباً ادراک عمومی در این مورد را که DSM-5 بالا و پایین‌های هیجانی زندگی روزمره را مرضی کرده افزایش می‌دهد [۲۳]. تا حدودی ملاک اهمیت بالینی مهم تلقی می‌شود زیرا توسعه‌دهندگان DSM-5 به یک رویکرد تشخیصی ملاک‌محور تعهد دارند چون معتقدند که در افزایش قابلیت اتکا مفید است. قابلیت اتکا در عوض نه تنها به دلایل بالینی بلکه همچنین به دلایل عملی مهم در نظر گرفته می‌شود، برای مثال قابلیت اتکا در ارتباط با زمینه‌ی قضایی، بازپرداخت بیمه و تحقیق اهمیت دارد. استفاده راهنماهای تشخیصی و توصیفات بالینی در ICD از مفهوم‌پردازی‌هایی که بیشتر مبتنی بر الگوی اولیه^۱ هستند برای تعریف اختلال روانی ممکن است به بالینگران اجازه دهد در تعیین اینکه آیا یک اختلال بدون وجود یک ملاک اهمیت بالینی صریح وجود دارد یا نه انعطاف‌پذیرتر باشند. بنابراین استفاده کردن از نظام‌های طبقه‌بندی همچنین در شکل دادن آن‌ها نقش داد.

در نهایت DSM-5 یک راه حل مصالحه‌جویانه را پیاده‌سازی می‌کند. تعریف اختلال روانی که در DSM-III تا DSM-IV-TR استفاده شده برای تاکید بر اینکه اختلالات بازتاب فرآیندهای ذهنی غیرکارکردی هستند و معمولاً با ناراحتی و ناتوانی قابل توجه در اجتماع، شغل و سایر فعالیت‌های مهم همراه هستند [۴] تغییر یافت، که در آن "ایجاد می‌کند" در DSM-IV به "معمولاً همراه هستند با" جایگزین شد. به طور موثری این باعث شد که تعریف DSM-5 بیشتر با تعریف مورد استفاده در ICD-10 و ICD-11 هماهنگ باشد. به علاوه کارگروه‌های فردی اجازه داشتند که تصمیم بگیرند آیا ملاک اهمیت بالینی را نگه دارند یا حذف کنند. در حالی که بعضی انتخاب نکردند که این ملاک را حذف کنند، بیشتر اختلالات در DSM-5 ملاک را حفظ می‌کنند. بنابراین ICD-11 و DSM-5 از دوجبه‌ی مخالف به این مسئله نزدیک شدند؛ به این شکل که ICD-11 نیاز به یک آسیب را فقط زمانی که ضروری پنداشته شود وارد تشخیص می‌کند و DSM-5 زمانی که امکان‌پذیر باشد آن را حذف می‌کند. به عنوان یک نتیجه هر دو نظام شبیه‌تر شده‌اند، اگرچه کاملاً در روشی که ناراحتی

² subthreshold

³ other specified

⁴ unspecified

¹ Prototype

مسائل آستانه در RDoC

رویکرد RDoC به آستانه‌ها مستقیماً از در نظر گرفتن پیامدهایشان ناشی می‌شود. لزوم سازماندهی طرح‌های تحقیقی حول طبقه‌بندی‌های DSM یا ICD نوع تحقیقی‌هایی که می‌تواند اجرا شود را محدود کرده است، مخصوصاً با توجه به افرادی که نشانه‌هایشان پایین‌تر از آستانه‌های کنونی برای تشخیص است. مطمئناً تعیین کردن حداقل اندازه‌ای آستانه کاربرد بالینی دارد اما مشکل محققان تعیین کردن انواع خاصی از ملاک‌ها برای استفاده در تعیین کردن آستانه‌ها (برای مثال نشانه‌های مختلف یا انواع کارکرد) و محل تعیین آستانه‌ها برای تسهیل تصمیمات عملی است (اینکه نیاز به درمان وجود دارد، یا بستری شدن یا تجویز دارو). این نوع از سوالات تحقیق بخشی حیاتی از قالب کاری RDoC را تشکیل می‌دهد. یک هدف مهم حمایت از تحقیقاتی است که اطلاعات منظمی درباره‌ی دامنه‌ی کارکرد و ناراحتی روانی از سطوح معمولی گرفته تا سطوح مختلف آسیب و درباره‌ی وضعیت خطر بدون نشانه که توسط نشانه‌های زیستی^۱ که مقدم بر نشانه‌ها هستند (مانند نازک شدن قشر مغز [۱۷]) ارائه می‌دهند.

یافته‌های مرتبط می‌تواند برای آگاه کردن بازبینی‌های آینده از DSM و ICD در مورد اینکه چگونه و کجا آستانه‌های درمانی را تعیین کنند استفاده شود، مانند این موارد که آیا بیشتر از یک دامنه‌ی درمانی قرار داده شود (مثل خفیف، متوسط و شدید) و اینکه آیا پیشنهادات درمانی متفاوتی برای هر دامنه پیشنهاد شود.

هدف RDoC دو معنی برای تحقیق در پی دارد. اول اینکه تاکید بر ساختارهای کارکردی خاص (مثل ترس و کارکرد شناختی) که می‌تواند توسط ابزارهای مختلف در واحدهای مختلف RDoC اندازه‌گیری شود (مثل پاسخ‌های فیزیولوژیکی، رفتارهای مشاهده شده و گزارش‌های ذهنی) هدفش ایجاد زمینه کاری برای یک رویکرد قویاً کمی و روان‌سنجی به ارزیابی است. دوم اینکه در پی گرفتن یک رویکرد ابعادی اغلب نیاز به طرح‌های تحقیقی‌ای دارد که شامل آزمون آسیب روانی بر اساس متغیرهای پیوسته به جای متغیرهای طبقه‌ای دارد. برای نمونه به جای اینکه طرحی داشته باشیم که شامل بیمارانی با دو زیرطبقه‌ی گروه افسردگی اساسی (مثل خفیف و شدید) و گروه کنترل باشند، یک طرح RDoC ممکن است شامل شرکت‌کنندگانی باشد که در یک دامنه از نشانه‌های خلقی و اضطرابی باشند (شامل آن‌هایی که کمترین نشانه‌ها را دارند

DSM به طور گسترده در نظام‌های اجرایی و حسابداری ایالات متحده و بعضی از کشورهای دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد (مثل هلند). به عنوان یک نتیجه، آستانه‌های DSM تاثیر قدرتمندی بر رویکرد بالینگران نسبت به بیماران و درمان داشته است، هرچند بسیاری از بالینگران آستانه‌های بسیار مشخص تشخیص‌های DSM را از لحاظ بالینی محدودکننده می‌یابند و راه‌هایی را برای استفاده انعطاف‌پذیر از دفترچه راهنمای DSM ایجاد کرده‌اند- برای مثال آن‌ها ممکن است از تشخیص‌ها برای اهداف اجرایی استفاده کنند اما درمان را بر اساس نیم‌رخ نشانه‌های فردی بیمار پیاده‌سازی کنند. در هر صورت باز هم مقبولیت گسترده‌ای بین بالینگران در مورد اختلال‌های DSM به عنوان موجودیت‌های غیردل‌بخواهی (واقعی یا معتبر) و یا حداقل موجودیت‌های طبیعی تقریباً گسسته وجود دارد [۱].

در حالی که هر دوی جوامع تحقیقاتی و بالینی از نظام DSM و آستانه‌های مشخص استفاده می‌کنند، عموم غیرمتخصص نیز به طور گسترده با آغوش باز آن را پذیرفته اند، تا حدود زیادی به این علت که DSM این شفافیت اطمینان‌دهنده را فراهم می‌کند که مشکلاتی که آن‌ها یا عزیزانشان از آن‌ها رنج می‌برند اختلال‌های واقعی هستند و فقط در سرشان نیست و به خاطر اینکه درمان‌های مورد تحقیق قرار گرفته برای بسیاری از اختلالات در دسترس هستند. رسانه نیز به شکل افزایش‌یابنده‌ای مقاله‌ها و خبرهایی درباره تشخیص‌های مشخص DSM پخش کرده است و این اشتباه را جا انداخته است که آن‌ها موجودیت‌هایی طبیعی و متمایز هستند که مرزهایی غیردل‌بخواهی دارند و در تمام جهان به شکل مشابهی وجود دارند. چنین مقاله‌هایی این حقیقت را نادیده می‌گیرند که اکثریت گسترده‌ای از تحقیقات مبتنی بر DSM-5 در کشورهای انگلیسی زبان یا اروپای غربی انجام گرفته است. در عوض ما معتقدیم که گسترش یک دیدگاه متمایزتر یعنی اینکه آستانه‌های تشخیصی DSM-5 نیمه دل‌بخواهی‌اند فهم عمومی از اختلال‌های روانی را سرعت می‌بخشد و به کاهش داغ‌ننگی کمک می‌کند که ناشی از این عقیده غلط است که یک خط واضح بین افرادی که دارای اختلال روانی هستند و بقیه‌ی ما وجود دارد. این دیدگاه از لحاظ مفهومی هماهنگ با رویه‌ای است که ICD-11 در پی گرفته است [۱].

¹ biomarkers

در مقابل خصومت، [۲۶] که در همه افراد کم و بیش حضور دارند. صفات در حالات شدید خود (حالات افراطی) دارای انواع آسیب‌هایی هستند که بخش اعظمی از آن با تشخیص اختلال شخصیت هماهنگ هستند [۹]. افراد دارای اختلال شخصیت شدید اغلب می‌توانند به سه یا چند دسته اختلال شخصیت، تشخیص داده شوند؛ چراکه اختلال شخصیت شدید گرایش به نمایش نشانه‌های متعدد آسیب‌شناختی را دارد و برخی از صفات نشان دهنده‌ی بیش از یک تشخیص اختلال شخصیت هستند. برای مثال، در DSM صفت شکاکی، هم مشخصه‌ی پارانویید است و هم اختلال شخصیت اسکیزوتایپال. بنابراین، هم‌ابتلایی شخصیت پارانویید و اسکیزوتایپال به عنوان یک توصیف مصنوعی که ناشی از عدم هماهنگی طبیعت اختلال شخصیت و ساختار نظام طبقه‌بندی است، توصیف دقیق تری است به جای اینکه به صورت مشابه فردی هم‌زمان مبتلا به ویروس معده و آرتروز باشد.

زمانی که در سال ۱۹۸۰ این واقعیت به صورت گسترده‌ای شناخته شد که اختلالات روانی معمولاً نخست با هم روی می‌دهند، این پدیده "هم‌ابتلایی" نام گرفت که نشان‌دهنده‌ی وقوع هم‌زمان دو اختلال است (مانند آرتروز و ویروس معده). به مرور زمان که متوجه شدند هم‌زمانی وقوع دو بیماری روانی به ندرت قابل تمایز است، اصطلاح هم‌ابتلایی به صورت مکرر استفاده شد، و حتی نویسندگانی که به شدت به آن انتقاد می‌کردند [۲۷] به استفاده از آن ادامه دادند [۲۸ و ۲۹]. در این مقاله نیز ما اغلب از اصطلاح هم‌ابتلایی بیماری‌ها به عنوان مترادف کلمات هم‌بودی^۱ و هم‌زمانی^۲ وقوع اختلال‌ها استفاده می‌کنیم.

یک چالش مهم برای هر دو نظام طبقه‌بندی ICD و DSM یافتن راهی است برای کاهش تشخیص هم‌ابتلایی مصنوعی به منظور ارائه اختلالات به گونه‌ای که بیشترین انطباق را با منطق طبقه‌بندی، دقت بیشتر علمی و مفیدتر بودن برای جنبه‌های بالینی داشته باشند. هم‌ابتلایی در RDoC کمتر موضوع قرار گرفته است چراکه در آن به صراحت بر روی چند بعدی بودن پیچیده هم‌پوشانی بیماری‌های روانی تمرکز شده است. در واقع امید است که پژوهش‌هایی که توسط پروژه RDoC شکل گرفته، بازنگری‌های آینده در نظام طبقه‌بندی را درمورد اینکه چگونه آن‌ها می‌توانند این چند ابعادی را بهتر توصیف کنند ارائه دهند [۱].

یا اصلاً نشانه‌ای ندارند) تا چگونگی تغییر فعالیت عصبی نظام پاداش مرتبط با رفتار مرتبط با پاداش در یک موقعیت آزمایشگاهی کشف شود یا وابستگی بین رفتارهای مرتبط با پاداش و کارایی شناختی یا وضعیت خلقی بالینی کشف شود. بنابراین در زمان حاضر RDoC موضع قدرتمندی در باره‌ی آستانه‌ها ندارد. با این حال یک هدف اصلی RDoC این است که ادبیات تحقیقی را ترویج کند که در آینده به بالینگران کمک خواهد کرد ارزیابی‌های حساس‌تری داشته باشند که منجر به راه‌های بهبود یافته برای تعیین آستانه‌ها (یا دامنه‌ها) برای تشخیص‌ها، پیشگیری‌ها و مداخلات درمانی با حمایت تجربی خواهد شد [۱].

خلاصه

یک بار دیگر ما شاهد آن هستیم که اهداف سلامت عمومی و استفاده بالینی که در ICD و DSM مشترک هستند آن‌ها را به این سمت هدایت کرده است که رویکردهای مشابهی اگرچه نه دقیقاً یکسان را در تعریف و استفاده از آستانه‌ها در تشخیص اختلال روانی اتخاذ کنند؛ در حالی که RDoC می‌تواند یک رویکرد انعطاف‌پذیرتر اتخاذ کند. به این معنی که تحقیقات مبتنی بر RDoC می‌توانند اگر چنین کاری برای هدف تحقیقی خاصی مهم باشد یک یا بیش از یک آستانه تعریف کنند و یا اگر به اهداف تحقیق یا کاربرد در موقعیت‌های بالینی یا سیاست‌گذاری سلامت ارتباطی ندارند مسائل آستانه را مورد توجه قرار ندهند. هدف بلندمدت RDoC فراهم کردن اطلاعاتی است که تعریف آستانه‌ها در نظام‌های تشخیصی اختلالات روانی را تسهیل می‌کند. با این حال در حال حاضر قضاوت بالینی معقول هنوز در بیشتر موقعیت‌ها مورد نیاز است [۱].

۴) هم‌ابتلایی: معمولاً ما به افراد مبتلا به بیماری روانی به عنوان دارنده‌ی یک اختلال خاص فکر می‌کنیم و دوست داریم باور کنیم که هر اختلال از دیگر اختلالات متمایز است. با این حال، افرادی که به یک اختلال روانی تشخیص داده می‌شوند، شانس برآورده شدن معیارهای حداقل یک اختلال دیگر را افزایش داده‌اند و بسیاری از افراد می‌توانند معیارهای تشخیصی را برای سه یا چند اختلال دارا باشند [۲۵].

این مسئله به مشکلی که پیش‌تر در مورد استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی کلاسیک برای پدیده‌های چند بعدی مطرح شد مرتبط است. به عنوان نمونه، تعداد محدودی ابعاد شدید صفات شخصیتی وجود دارد (مثل توافق‌پذیری

¹ coexistence

² co-occurrence

مسائل هم‌ابتلائی در ICD-11

به منظور حفظ جنبه‌های سلسله مراتبی مدل ICD، ICD-10 قواعد بسیاری را در بر می‌گرفت که برای کمک به بالینگران در انتخاب میان تشخیص‌ها، کاهش نرخ هم‌ابتلائی، و به حداقل رساندن اصل امساک در برشمردن نشانه‌های تجلی یافته ابداع شده بودند. برای مثال، در توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی ICD-10 برای بیمارانی که نشانه‌های اضطرابی و افسردگی را با هم از خود نشان می‌دادند، اگر شروع افسردگی بر اضطراب مقدم باشد، تشخیص افسردگی نسبت به اضطراب اولیت دارد. همچنین، اختلال اضطراب فراگیر نباید در صورت وجود دوره‌ی افسردگی، اختلال فوبیا اضطرابی، اختلال پانیک یا اختلال وسواسی-جبری تشخیص داده شود.

سایر فرمول‌بندی‌های تشخیصی متحمل موضعی تئوریک درباره‌ی ارتباطات بین مجموعه‌های نشانه‌ها بود. برای مثال توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی ICD-10 نشان می‌دادند که گذرهراسی و اختلال پانیک نباید به صورت همزمان تشخیص داده شوند. در عوض گذرهراسی مشخص‌کننده‌های^۱ با یا بدون اختلال پانیک را در بر داشت. چند طبقه ترکیبی جدید نظیر اختلال اسکیزوافکتیو و اختلالات اضطراب و افسردگی مختلط به منظور اجتناب از اختصاص چندین تشخیص به یک تظاهر منفرد معرفی شد [۱]. گاهی این قواعد تصمیم‌گیری یا قراردادهای تشخیصی با عقاید بالینی آشکار مرتبط بود [۳۰]، اما معمولاً اساسی تئوریک داشتند و فاقد حمایت تجربی بودند. پیروی از این قواعد گاهی دشوار و به لحاظ منطقی ناسازگار بودند [۳۱] و به طور فزاینده‌ای در طی زمان نادیده انگاشته می‌شدند. آن‌ها همچنین به لحاظ مفهومی با رویکردی مبتنی بر ملاک^۲ برای طبقه‌بندی متناقض بودند. اگر اختلالات از رهگذر حضور تعداد مشخصی از نشانه‌های خاص معین می‌شدند، و این شیوه‌ای معتبر برای تعریف آن‌ها بود، چرا حضور آن‌ها نباید به دلیل وجود همزمان شرایطی دیگر مورد ملاحظه قرار گیرد [۱].

این عوامل و عوامل دیگر (که در درجه اول وضعیت سلامتی را در برابر اختلالات روانی در بر می‌گرفت) در استفاده‌ی کدهای تشخیصی چندگانه برای توصیف تظاهرات بالینی پیچیده، که اکنون سیاست عمده و غالب ICD (و DSM) در کدگذاری تشخیصی و گزارش را تشکیل می‌دهند، سهم داشت. همزمان مدل ICD-10 برای

مشخص کردن اختلالات اولیه و اختلالات مرتبط که به طرز سراسری محبوبیت خود را از دست داد، عمدتاً نادیده انگاشته شد و در ICD-11 کنار گذاشته شد. بنابراین واگذاری تشخیص‌های متعدد اغلب بهترین راه توصیف پیچیدگی تظاهرات بالینی است و می‌تواند تا حدودی به عنوان نشانگر شدت اختلال نگریسته شود.

بنابراین توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی ICD-11 رویکردی نسبتاً عملگرایانه را نسبت به مسأله هم‌ابتلائی اتخاذ کرد، که واگذاری کدهای تشخیصی چندگانه را به مثابه امری که گاهی برای توصیف دقیق شرایط بالینی پیچیده ضروری بود می‌نگریست، اما این را به معنی گزاره‌ای علمی درباره‌ی استقلال مجسم بیماری‌هایی با وقوع همزمان نمی‌پنداشت. این تا حدی چرایی کاربرد اصطلاح "وقوع همزمان" به جای "هم‌ابتلائی" را در ICD-11 تبیین می‌کند. توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی پیشنهادی ICD-11 برخی قواعد تشخیصی افتراقی را مشخص می‌کنند، اما از آنچه در ICD-10 وجود داشت بسیار کم‌ترند و گرایش دارند تا بجای ملاحظات تئوریک براساس همپوشی خصایص بالینی باشند. برای مثال، دستورالعمل‌های تشخیصی پیشنهادی برای اختلال سازگاری اشاره می‌کند که اپیزودهای سایر اختلالات روانی به موجب تجارب استرس‌زای زندگی یا شدت گرفته در اثر آن‌ها پدیده‌ای شایع است و در صورتی که نشانه‌ها به قدر کافی شدید باشند یا استلزامات تشخیصی اختلال روانی دیگری نظیر اختلال استرس پس از آسیب، اختلال افسردگی یا اضطرابی را برآورده کنند، نباید تشخیص اختلال سازگاری گذاشته شود. همچنین، دستورالعمل‌ها عنوان می‌کنند که اختلال رشد زبان نباید در صورت وجود اختلال طیف اوتیسم تشخیص‌گذاری شود. این امر بخاطر این است که اختلال در کاربرد زبان ممکن است به عنوان مشخصه‌ی طیف اوتیسم در بافتار الگویی گسترده‌تر از نشانه‌ها در نظر گرفته شود.

دستورالعمل‌های تشخیصی پیشنهادی ICD-11 دربردارنده‌ی بخشی است که "حد و مرز با سایر اختلالات"^۳ برای هر طبقه خوانده می‌شود [۱۸] و اساس آنچه که وضعیت مذکور باید از تشخیص‌های افتراقی تمایز داده شود و شرایطی که در آن واگذاری تشخیص‌های با وقوع همزمان می‌تواند مناسب باشد توصیف می‌شود. گاهی این تصمیم بر اساس سودمندی بالینی^۴ یک تشخیص مضاعف در بافتار

³ boundary with other disorders⁴ clinical utility¹ qualifiers² criterion-based

در نظر نمی‌آورد. آرمان تاریخی دستیابی به همگنی تشخیصی از رهگذر تخصیص زیرنوع‌های فزاینده در طبقات تشخیصی دیگر معقول نیست [۴].

در این زمان گروه کاری DSM-5، هدف فراهم آوردن توصیفی روشن و موجز از هر یک از اختلالات روانی برای بالینگران، بیماران، خانواده‌ها و پژوهشگران را از رهگذر ملاک‌های تشخیصی صریح در دستور کار خود قرار داد و عنوان کرد که "به لحاظ علمی امر ناپخته‌ای است که تعاریف جایگزینی برای اکثر اختلالات پیشنهاد شود" [۴]. گروه کاری با این حال موافقت خود را با کوشش‌هایی در جهت کاهش هم‌ابتلائی در خطوط تحقیقی متعدد نشان داد. اولین آن‌ها به رسمیت شناختن نشانه‌های متقاطع بود - نشانه‌هایی که مکرراً روی می‌دهند و مکرراً درمان می‌شوند (برای مثال، مشکلات خواب و اضطراب). ارزیابی آن‌ها جایگزینی برای واگذاری تشخیص‌های همبود چندگانه برای برنامه‌ی درمان، دفاع از درمان برای پرداخت‌کنندگان و ردیابی نتیجه بود. نشانه‌های متقاطع نیازمند درمان هستند اما به روشنی می‌توانند در جایگاهی فرعی نسبت به تشخیص اولیه و بدون نیاز به واگذاری تشخیص‌های همبود، که قبلاً اغلب تشخیص‌های "به گونه‌ای دیگر مشخص نشده" بودند، در پرونده ذکر شوند. برای مثال بالینگر می‌تواند بیخوابی با شدت متوسط را به لیست مشکلات بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، بدون نیاز به توجیه درمان بیخوابی با تشخیص اختلال بیخوابی، سایر انواع معین اختلال بیخوابی یا اختلال بیخوابی نامعین، اضافه کند [۱].

گام بزرگ دیگری که گروه کاری DSM-5 در ارتباط با هم‌ابتلائی برداشت، ارزیابی مجدد چگونگی گروه‌بندی اختلالات در فصول بود. ساختار فصول نسخه‌های پیشین DSM در درجه اول براساس پدیدارهای بالینی بود: اختلالات با نشانه‌های اولیه‌ی مرتبط با خلق، اضطراب، و روان‌پریشی، هریک از فصل‌های مربوط به خود برخوردار بودند. این ساختار مبتنی بر نشانه‌ها، هنگامی که یافته‌های بالینی اندکی وجود داشت معقول به نظر می‌رسید و در تدارک خدمات بالینی و در پژوهش ریشه دواند [۱]. مثلاً براساس تشخیص‌های موجود در فصل اختلالات اضطرابی DSM-III و IV، کلینیک‌های اضطراب می‌بایست بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری که نشانه‌های اولیه آن کاملاً متمایز از دیگر اختلالات اضطرابی است را در خود جای می‌دادند، اما مشمول بیماران مبتلا به اختلال بی‌زاری جنسی نمی‌شدند، حتی اگر آن‌ها نشانه‌های

موردِ بخصوص است و به وضوح به قضاوت بالینگر واگذار می‌شود. برای مثال دستورالعمل‌های تشخیصی برای اختلال استرس پس از آسیب پیچیده تصدیق می‌کند که نشانه‌های مشخص‌کننده‌ی این اختلال که با تنظیم عواطف، دیدگاه تحریف شده نسبت به خود و دشواری در حفظ روابط، ممکن است با آن‌هایی که در برخی افراد مبتلا اختلالات شخصیت دیده می‌شود مشابه باشد. هنگامی که فرد الزامات تشخیصی برای هر دو اختلال را برآورده می‌کند، تصمیمات درباره‌ی واگذاری هر دو تشخیص باید براساس ملاحظات سودمندی بالینی باشد [۱].

توسعه‌دهندگان توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی ICD-11 هم‌زمان گام‌های ویژه‌ای برای کاهش هم‌ابتلائی‌های مصنوعی مشکل‌آفرین برداشته‌اند. یک مثال طبقه‌بندی اختلالات شخصیت است. هم‌ابتلائی بین اختلالات شخصیتی که فرض می‌شد مجزایند، و از سوی دیگر فراوانی بالای تشخیص‌هایی نظیر "سایر اختلالات شخصیت معین" و "اختلالات شخصیت نامعین" در نسخه‌های پیشین ICD مشکلی خیره‌کننده بود. - اولاً بخاطر اینکه تعداد بسیاری از افرادی که مبتلا به اختلال شخصیت تشخیص داده می‌شدند یا ملاک‌های دو یا بیشتر از اختلالات شخصیت را برآورده می‌کردند یا ملاک‌های هیچ یک از این اختلالات معین را برآورده نمی‌کردند (بنابراین ملاک‌های یکی از بدیل‌های نامعین را احراز می‌کردند)، و ثانیاً بخاطر اینکه هر فرد فقط یک شخصیت دارد، پس هم‌ابتلائی اختلالات شخصیت به لحاظ مفهومی بی‌معنی است [۱]. همچنین، شواهد نیرومندی وجود دارد که یک عامل عمومی در اختلالات شخصیت وجود دارد [۳۳، ۳۲ و ۳۴] و مهم‌ترین عنصر در اختلالات شخصیت شدت آن‌ها است [۹ و ۳۵].

مسائل هم‌ابتلائی در DSM-5

چالش‌های هم‌ابتلائی صراحتاً در DSM-5 تصدیق شد: بخاطر آنکه رویکرد قبلی DSM هریک از تشخیص‌ها را به عنوان طبقه‌ای مجزا از سایر تشخیص‌ها در نظر می‌گرفت، اشتراک گسترده‌ی نشانه‌ها و عوامل خطر که در مطالعات هم‌ابتلائی مشخص شده‌اند را نادیده گرفت. ویرایش‌های پیشین DSM بر ممانعت از نتایج مثبت کاذب از تشخیص‌ها تمرکز داشت، در نتیجه طبقات آن بیش از اندازه محدود بودند. ... در حقیقت هدفی که زمانی برای شناسایی جمعیت‌های همگن برای درمان و پژوهش بود، موجب طبقات محدود تشخیصی شد که واقعیت بالینی را

¹ Not Otherwise Specified (NOS)

در نهایت، بخش مدل جایگزین برای اختلالات شخصیت شامل شش پیکربندی خاص برای آسیب شخصیت به‌علاوه‌ی ابعاد صفات پاتولوژیک می‌شود که متاسفانه موجب حفظ مشکل هم‌ابتلائی شده است. برای مثال فردی ممکن است مبتلا به آسیب شخصیت شدید باشد و ترکیبی از صفات پاتولوژیکی که تشخیص هر دو اختلال شخصیت ضداجتماعی و خودشیفته را برآورده می‌کند را از خود نشان دهد [۱]. می‌توان از تشخیص‌های هم‌ابتلائی اختلالات شخصیت با بسط تعریف اختلالات شخصیت معین شده با صفات ۳ تماماً اجتناب کرد [۳۹]، اما کارگروه DSM-5 احساس کرد که پیکربندی‌های معین اختلالات شخصیت ممکن است به گذار بالینگران از طبقه‌بندی‌های سنتی به یک نظام کاملاً ابعادی در آینده کمک خواهد کرد. هیئت امنای انجمن روان‌پزشکی آمریکا حتی از این فراتر رفت و قرارگیری مدل جایگزین برای اختلالات شخصیت در بخش دوم DSM-5 را نپذیرفت و آن را در عوض در بخش سوم، یعنی "مدل‌ها و ابزارهای نوظهور" قرار داد. در مجموع، مشابهت مفهومی قابل توجهی در رویکردهای ICD-11 و DSM-5 نسبت به هم‌ابتلائی وجود دارد. با این حال در شرایط کاربردی، ملاک‌های بسیار معین‌تر در DSM-5 می‌تواند گرایش به تشخیص‌های چندگانه برای افرادی که استلزامات آن را برآورده می‌سازند تشدید نماید [۱].

مسائل هم‌ابتلائی در RDoC

همان‌طور که ممکن است پیش‌بینی شود، RDoC بیشتر هم‌تراز رویکردهای ساختاری به آسیب‌شناسی روانی است تا رویکردهای دو راهنمای بالینی. در نمایی دقیق‌تر، سازه‌ی تهدید حاد^۴ ("هراس") RDoC به خوبی با عامل اختلالات هراس مدل‌های ساختاری آسیب‌شناسی روانی هم‌تراز است، درحالی که سازه‌ی تهدید بالقوه ("اضطراب") واجد مشابهت با پریشانی و اختلالات اضطراب-اندوه^۵ است. اگر برای مثال فردی بدکارکردی در مدار ترس داشته باشد - احتمالاً در نتیجه‌ی تنظیم هیجان معیوب - برای او دور از انتظار نخواهد بود که دامنه‌ای از نشانه‌ها که ملاک‌های متعدد اختلالات اضطرابی ICD و DSM را احراز می‌کنند، مثل هراس اختصاصی، هراس اجتماعی یا اختلال پانیک، از خود نشان دهد.

جنبه‌ی دیگر آسیب‌شناسی روانی با سازه‌ی برون‌سازی مرتبط است که به طور عمده با توانایی اعمال کنترل بر

زیربنایی فوبیا یا پانیک که با اختلالات اضطرابی مرتبط‌اند را نشان می‌دادند [۳۶].

اگرچه این نوع گروه‌بندی تا حدی برای تدارک خدمات درمانی مورد نظر معقول به نظر می‌رسید، گروه کاری DSM-5 با شواهدی روبرو می‌شد که نشان می‌دادند ساختار مبتنی بر نشانه‌ها فصولی کاملاً معتبر نیست. گروه مطالعاتی طیف‌های تشخیصی^۱ برای نگاهی دقیق‌تر به چگونگی تجدید نظر در ساختار فصول DSM-IV، نه تنها به منظور شباهت نشانه‌ها، بلکه برای بررسی سبب‌شناسی‌ها و آسیب‌شناسی‌های فیزیولوژیک مرتبط شکل گرفت. تجدیدنظر در ساختار فصول DSM-IV به این نحو به نظر گامی مقدماتی در تصحیح خطاهای حد و مرز مابین اختلالات به نظر می‌رسید. با گروه‌بندی دقیق‌تر اختلالات، هم‌ابتلائی‌های مصنوعی ناشی از مجزاسازی اشتباه اختلالات ممکن است در نهایت به مدد پژوهش‌های در دست اقدام تصحیح شود. این گروه مطالعاتی به منظور اطمینان حاصل کردن از هماهنگ‌سازی بین‌المللی ساختار فصول هر دو نظام (DSM و ICD) همکاری نزدیکی با توسعه‌دهندگان ICD-11 داشت.

سومین کوشش عمده برای کاهش هم‌ابتلائی مصنوعی در DSM، شامل تمرکزی بر پیاده‌سازی یک مدل ابعادی برای اختلالات شخصیت بود. همچون نسخه‌های پیشین ICD، هم‌ابتلائی اختلالات شخصیت و فراوانی بالای تشخیص‌های اختلال شخصیت که "به گونه‌ای دیگر مشخص نشده" یکی از مشکلات عمده در DSM-III و IV بود [۱]. در فاصله‌ی بین انتشار DSM-IV و DSM-5 پژوهش‌ها نشان داد که اکثریت قابل توجهی از آنچه مدل‌های رقیب برای دامنه‌ی شخصیت نرمال و غیرانطباقی خوانده می‌شدند، می‌توانستند در یک مدل سلسله‌مراتبی واحد ادغام شوند که در آن ابعاد مدل پنج عاملی شخصیت [۳۷ و ۳۸] تمایز یافته‌ترین سطح را شکل داد [۲۶]. از آنجا که توصیف تمام پیکربندی‌های^۲ شخصیت با این مدل سلسله‌مراتبی صفات امکان‌پذیر است، پیاده‌سازی آن در DSM-5 گامی مهم به سوی حل و فصل مشکل هم‌ابتلائی در حوزه اختلالات شخصیت محسوب می‌شد. این مدل یکپارچه‌ی پنج عاملی نقطه‌ی شروعی برای جنبه‌ی صفات مدل جایگزین برای اختلالات شخصیت و طرح پیشنهادی ICD-11 برای اختلالات شخصیت است و این دو به میزان قابل توجهی با هم مشابه‌اند.

³ PD - Trait Specified

⁴ Acute Threat

⁵ anxious-misery disorders

¹ Diagnostic Spectra Study Group

² configurations

دنبال کردن یک طبقه‌بندی مبتنی بر ابعاد زیربنایی آسیب‌شناسی روانی نویدبخش هستند [۱].

خلاصه

چنانکه در مسائل کلیدی مورد بحث دیگر دیدیم، رویکردهایی که هریک از این سه موسسه برای در خطاب به هم‌ابتلایی اتخاذ می‌کنند با اهداف اساسی‌شان هم‌راستا است - سازمان جهانی بهداشت و انجمن روان‌پزشکی آمریکا هدف‌شان فراهم آوردن اطلاعات برای آمارهای سلامت عمومی و مراقبت بالینی است، و موسسه ملی سلامت روان ایالات متحده در جهت افزایش فهم مکانیزم‌ها و فرایندهایی که اختلالات روانی به واسطه‌ی آن‌ها روی می‌دهند پیش می‌رود. به دلیل آنکه نظام‌های طبقه‌بندی ICD و DSM ضرورتاً بر حسب دانش موجود هستند، باید به هم‌ابتلایی ناشی از این دانش موجود اذعان کنند، حتی اگر این به معنی واگذاری تشخیص‌های چندگانه به یک بیمار به منظور فراهم آوردن یک تصویر بالینی کامل باشد. توسعه‌دهندگان هریک از این نظام‌های طبقه‌بندی گام‌هایی برای کاهش هم‌ابتلایی مصنوعی که در عوض روشن ساختن وضعیت سلامت روان بیمار، آن را در حاله‌ای از ابهام فرو می‌برد، برداشته‌اند. آن‌ها اینکار را از طریقی که با تاریخچه، هیئت امنا و اهداف متفاوت‌شان مطابقت دارد انجام می‌دهند.

ICD به طور اختصاصی باید در گستره‌ی اقتصادی اجتماعی و محیط‌های فرهنگی وسیع‌تری نسبت به DSM بکار آید. در مقابل رسالت RDoC برای گسترش دانش کنونی، شامل کشف علت‌های پیچیده‌ای است که پدیده‌ی شناخته شده به عنوان هم‌ابتلایی را موجب می‌شوند. امید آن می‌رود که دانش بدست آمده از پژوهش‌های مبتنی بر RDoC، در نهایت اطلاعاتی که برای ارتقای نظام‌های تشخیصی و طبقه‌بندی آینده مفید است را فراهم خواهد آورد [۱].

نتیجه‌گیری و دستور کارهای آینده

در این بخش ابتدا وضعیت کنونی فهم اختلالات روانی را خلاصه می‌کنیم و سپس نقشه‌ی راهی برای دستور کار پژوهش‌هایی که این اهداف را تسهیل می‌کنند ترسیم خواهیم کرد.

وضعیت کنونی طبقه‌بندی اختلال‌های روانی

رفتار ارتباط دارد. کنترل بازدارنده‌ی معیوب، که عموماً تکانشگری نامیده می‌شود، با اختلالات سومصرف مواد، اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات رفتاری کودکی (مثل اختلال سلوک)، پرخوری عصبی، رفتارهای جنسی پرخطر، قماربازی افراطی و رفتار مجرمانه مرتبط است. بنابراین اگر فرد به طرزی پاتولوژیک توانایی کمی در بازداری رفتار داشته باشد، این گرایش احتمالاً در قلمروهای متعدد رفتار دیده خواهد شد و ممکن است به تعدادی از تشخیص‌های همبود ICD و DSM منجر شود.

مثالی از این رویکرد فراتشخیصی مبتنی بر سازه از رهگذر مطالعه‌ای بر کودکانی که مبتلا به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی تشخیص داده شدند و ارزیابی عوامل مزاجی را در بر داشت فراهم می‌شود [۴۰]. یک خوشه‌بندی آماری به منظور تقسیم کودکان به سه گروه بر اساس گزارش‌های والدین از مزاج کودکان انجام شد. یک گروه تنها از نشانه‌های ملائم اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی و مزاجی نرمال برخوردار بود. دو گروه دیگر از نمرات یکسانی در مقیاس‌های مشکلات توجه برخوردار بودند و اختلالی شدیدتر را منعکس می‌کردند، اما تفاوت آن‌ها در آن بود که یک گروه مزاجی برونگرا داشت که با سطوح فعالیت بالا و سطح بالای هیجان‌ات مثبت نظیر سرخوشی^۱ و هیجان‌زدگی مشخص می‌شد، درحالی که دیگری از مزاجی تحریک‌پذیر برخوردار بود و مشخصه‌اش سطوح بالای هیجان‌ات منفی نظیر خشم، و دشواری در بازگشت به خط پایه در هنگامی است که فرد ناراحت، سراسیمه یا غمگین می‌شود.

اگرچه نویسندگان تشخیص‌های همبود را گزارش نکردند، انتظار می‌رود که گروه تحریک‌پذیر کودکانی را شامل شود که ملاک‌های تشخیص‌هایی نظیر اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه را احراز می‌کنند [۴۱]. در حالی که موارد شدید در گروه برون‌گرا احتمالاً احرازگر ملاک‌های تشخیصی یک اختلال دوقطبی خواهند بود [۴۲]. این داده‌ها به وضوح نشان می‌دهد که هم‌ابتلایی‌ها ممکن است در نتیجه‌ی ارتباطات میان عوامل مزاجی، که می‌توان آن‌ها را به طور نظام‌مند مطالعه کرد، حاصل شود [۱]. نویسندگان بر اساس یافته‌هایشان عنوان کردند که "تیپ‌شناسی‌ای مبتنی بر مزاج زیستی، توصیفی برتر از آنچه هریک از راهنماهای طبقه‌بندی اختلالات می‌تواند ارائه کند، در مورد ناهمگونی در جمعیت مبتلا به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی عرضه می‌دارد" [۴۰]. نتایجی نظیر این برای

¹ elation

جنسیت و فرهنگی-اجتماعی شروع و شکل‌گیری بیماری‌های روانی را تحت تاثیر قرار می‌دهند را توصیف کردند (مثلاً بخش‌های مرتبط با مسائل فرهنگی در ICD-11 و DSM-5 و مصاحبه‌ی فرمول‌بندی فرهنگی در بخش سوم DSM-5) [۱].

تلاش‌ها همچنین به منظور هماهنگ‌سازی دو نظام بسط یافت.

این امر به بهترین نحو در ارتباط با ساختار کلی آن‌ها بدست آمد ولی برخی تفاوت‌ها باقی ماند. سطح پاسخگویی به یافته‌های پژوهشی در توسعه ICD-11 و DSM-5 به روشنی حاکی از آن است که هر دو خواستار آن هستند که در فرایندهایشان برای وضعیت‌های آسیب‌شناختی و تشخیص که حاصل کاربست این تعریف‌ها است، مبتنی بر پژوهش و تکرارپذیر باشند.

باید دید این فرایندها در آینده مسبب هم‌گرایی بیشتر خواهد شد یا واگرایی [۱]. برای درک بهتر این موضوع، ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از آسیب در چهار نظام DSM-IV، DSM-5، ICD-10، ICD-11 در جدول ۲ خلاصه شده است [۴۳].

در پاسخ به بدنه‌ی پژوهش‌ها، DSM-5 و ICD-11 ...

• به منظور مطابقت بیشتر با ساختار تجربی آسیب‌شناسی روانی دستخوش بازسازی ساختاری شدند؛

• تشخیص‌هایی را مطرح ساختند که اختلالاتی که در گذشته به صورت مجزا در نظر گرفته می‌شدند را در یک طیف منفرد ترکیب کردند (مثل اختلال شخصیت در ICD-11 و اختلال طیف اوتیسم در ICD-11 و DSM-5)؛

• راه‌های "کمک تشخیصی" متعددی برای ترسیم تظاهرات پیچیده‌ی نشانه‌ها فراهم آوردند (مثل شناسایی مشکلات کارکردی معین و نشانه‌های همراه در ICD-11 و نشانه‌های متقاطع در DSM-5)؛

• به پیوستاری بودن زیربنایی ابعاد اختلال و نشانه به انجا مختلف اشاره کردند (مثل دسته‌بندی ICD-11 از مشکلات شخصیت که شرایط زیربنایی که به هر روی عملکرد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهند؛ مقیاس‌های تشخیصی شدت در DSM-5)؛ و

• راه‌هایی که در آن فرایندهای رشدی، مرتبط با

جدول ۲. ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از آسیب در DSM-IV، DSM-5، ICD-10، ICD-11

ICD-11	ICD-10	DSM-5	DSM-IV
الف. مواجهه با رویدادی استرس‌زا یا وضعیتی به شکل غیرعادی تهدیدکننده یا دلهره‌آور که احتمالاً موجب ناراحتی فراگیر هر فردی می‌شود.	الف. مواجهه با رویدادی استرس‌زا یا وضعیتی به شکل غیرعادی تهدیدکننده یا فاجعه‌آمیز که احتمالاً موجب ناراحتی فراگیر هر فردی می‌شود.	الف. مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب شدید یا خشونت جنسی	الف. مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب شدید یا تهدید وحدت و یکپارچگی جسمی خودش یا دیگران
ب. تجربه مجدد مداوم که شامل نه تنها یادآوری حادثه تهدیدکننده است، بلکه آن را تجربه می‌کند به گونه‌ای که گویی مجدداً در حال رخ دادن است.	ب. تجربه مجدد مداوم	ب. تجربه مجدد مداوم (حداقل ۱ مورد از ۵ مورد)	الف. واکنش فرد به صورت ترس، درماندگی یا وحشت شدید
ج. اجتناب	ج. اجتناب	ج. اجتناب مداوم (حداقل ۱ از ۲)	ب. تجربه مجدد مداوم (حداقل ۱ مورد از ۵ مورد)
د. بیش‌برانگیختگی مستمر (حداقل ۲ مورد از ۵ مورد)	د. هریک از ملاک‌های ۱ یا ۲: ۱. ناتوانی در یادآوری جنبه‌های مهم عامل استرس‌زا ۲. بیش‌برانگیختگی مستمر (حداقل ۲ مورد از ۵ مورد)	د. کرختی هیجانی مستمر (حداقل ۲ از ۴)	ج. اجتناب یا کرختی هیجانی مداوم (حداقل ۳ از ۷)
ه. اختلال عملکردی قابل توجه بالینی	ه. معیارهای «ب»، «ج» و «د» باید طی ۶ ماه از زمان وقوع حادثه استرس‌زا کامل شود.	ه. مدت اختلال لاقفل یک ماه و. مدت اختلال لاقفل یک ماه ز. اختلال/ناراحتی قابل توجه بالینی	د. بیش‌برانگیختگی مستمر (۲ از ۵) ه. مدت اختلال لاقفل یک ماه و. ناراحتی قابل توجه بالینی

در مقابل، موسسه ملی سلامت روان ایالات متحده، RDoC را به مثابه‌ی چهارچوبی جدید برای پژوهش در باب آسیب‌شناسی روانی ایجاد کرد. این چهارچوب اساساً ابعادی است، بر کشف مکانیزم‌های علی‌تمرکز دارد و محوریت آن مدارهای مغزی و کارکردهای مغزی/شناختی است. بر اساس این تمرکز، ملاحظاته‌اش هم رو به "پایین" یعنی ژن‌ها/مولکول‌ها بسط می‌یابد و هم رو به "بالا" یعنی در جهت رفتار سطح کلان و خودگزارش‌دهی‌ها و همچنین، توجهی بافتاری به محیط‌های رشد فردی و فرهنگی-اجتماعی دارد.

بدیهی است که هر دو نظام طبقه‌بندی به فراهم آوردن مجموعه‌ای معین از اختلالات روانی که در مجموع چهارچوبی بسیار حیاتی برای تشخیص افراد مبتلا به اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند ادامه خواهند داد؛ این به بیماران و خانواده‌هایشان در معنا دادن به تجربه‌ی پریشان‌کننده‌شان از رهگذر فراهم آوردن نام - و از آن مهم‌تر مجموعه‌ای سازمان‌یافته از اطلاعات درباره‌ی - شرایطشان، کمک می‌کند. این امر اطلاعات بسیار سودمندی را برای اهداف بالینی، نظام سلامت و ثبت اطلاعات آماری فراهم می‌آورد [۱].

با شکل‌گیری این فهم نظامی معتبرتر از طبقه‌بندی اختلالات روانی حاصل شود [۱]. برای مقایسه بهتر تفاوت‌های طبقه‌بندی این نظام با دو نظام دیگر، یافته‌های ادغام شده در مورد آسیب‌شناسی روانی-زیستی اختلال استرس پس از آسیب در نظام RDoC [۴۴]. در جدول ۳ به صورت خلاصه آورده شده است.

جدول ۳. یافته‌های ادغام شده در مورد آسیب‌شناسی روانی-زیستی اختلال استرس پس از آسیب در نظام RDoC

ساختار	سیستم‌های ارزش منفی	سیستم‌های ارزش مثبت	سیستم‌های شناختی	برانگیختگی
خودگزارش‌دهی	ترس از مواجهه با نشانه‌های مربوط به حادثه، اضطراب	کاهش اشتیاق، علاقه و لیبیدو احساس کرختی (بی‌حسی)	نقص در حافظه، توجه، تمرکز، سوگیری توجه و حافظه نسبت به تهدید	نگرانی ^۱ و مشکلات خواب
رفتارها	اجتناب از اضطراب که می‌تواند به اجتناب عمومی تبدیل شود.	فقدان لذت (همپوشانی جزئی با کرختی هیجانی)	کمبود تمرکز و حافظه، کاهش عملکرد تحصیلی و شغلی	نگرانی، مشکلات خواب، بی-قراری
فیزیولوژی	شرطی شدن ترس، خاموشی ترس، توجه به محرک‌های تهدیدآمیز، اختلال در انتشار هورمون‌های نورواندکراین ^۲	عملکرد پاداش، حافظه	مسیر حافظه آشکار: شبکه عصبی مغز میانی و گیجگاهی ^۳ مسیر حافظه ضمنی: قشر پس‌سری راست ^۴	افزایش پاسخ وحشت‌زدگی (یکه خوردن) افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک
مدارهای عصبی	آمیگدال جانبی ^۵ + قشر پیش‌پیشانی میانی ^۶ شرطی شدن ترس را تقویت می‌کنند. خاموشی ترس: هیپوکامپ موجب فعال شدن قشر زیرلیمبیک شده و قشر زیرلیمبیک موجب فعال شدن آمیگدال جانبی و بازداری آمیگدال مرکزی می‌شود.	بی‌علاقگی: مسیر پاداش مزوکورتیکولیمبیک ^۷ انگیزش: مصرف دوپامین: گیرنده‌های اپیوئید ^۸ + گابا	افزایش فعالیت آمیگدال، افزایش فعالیت اینسولار ^۹ ، افزایش یا کاهش در هیپوکامپ (بسته به نوع نشانه)، سوگیری و خطای توجه: آمیگدال، قسمت پشتی قشر سینگولت قدامی ^{۱۰} ، اینسولا	لوکوس سرولتوس ^{۱۱} - سیستم برانگیختگی نوراپی‌نفرین
سلول‌ها	آمیگدال جانبی: نورون‌های رابط ^{۱۲} بازدارنده آمیگدال مرکزی: نورون‌های برون‌داد	نورون‌های دوپامینرژیک، گاباژیک + اپیوئیدرژیک	انواع مختلف سلول. نیاز به مطالعات بیشتر	نورون‌های آدرنرژیک
مولکول‌ها	D-cycloserine, L-DOPA, yohimbine	SSRIs, oxytocin	مهارکننده‌های HAT مهارکننده‌های HDAC	مسدودکننده‌های گیرنده‌های آدرنرژیک ^{۱۳} مانند پروپرانولول ^{۱۴}
ژن‌ها	BDNF ^{۱۵} val66val, COMT ^{۱۶} val158met, 5-HTTLPR ^{۱۷}	DAT ^{۱۸}	تنوع مکانیزم‌های اپی‌ژنتیک	نوع حذف گیرنده‌های آدرنرژیک α2B، چندریختی ^{۱۹} در گیرنده-های آدرنرژیک β2

¹ nervousness

² neuroendocrine

³ temporal and diencephalic neural network

⁴ right occipital cortex

⁵ basolateral amygdala

⁶ medial prefrontal cortex

⁷ mesocorticolimbic

⁸ insula

⁹ dorsal anterior cingulate cortex

¹⁰ locus coeruleus

¹¹ opioid

¹² interneuron

¹³ adrenoreceptor

¹⁴ propranolol

¹⁵ brain derived neurotrophic factor

¹⁶ atechol-O-methyltransferase

¹⁷ serotonin transporter gene

¹⁸ dopamine transporter

¹⁹ polymorphism

دستور کارهای آینده برای پژوهشگران بنیادین

چهارچوب RDoC مقدماتی است - مجموعه‌ای از فرضیه‌ها که نیازمند آزموده و پالوده شدن است. پژوهش‌های قابل توجهی باید به منظور اعتبار نتایج RDoC، آن‌گونه که تاکنون توسعه داده شده و فرمول‌بندی شده‌اند، و نیز برای آزمودن فرضیه‌های جایگزین که بی‌گمان منجر به تغییرات در RDoC خواهند شد، انجام شود [۱]. امید ویژه‌ای به علوم اعصاب برای افزایش فهم‌مان از آسیب‌شناسی روانی بسته شده، اما درهم تنیدگی فرایندهای مغزی با بافتار فرهنگی-اجتماعی نباید دست کم گرفته شود [۴۵]. سلامت روان و بیماری ماهیتاً پدیده‌هایی چند سطحی و چند علتی هستند که مستلزم چهارچوبی یکپارچه‌اند که سطوح مختلف پژوهش را به هم متصل می‌کند - برای مثال سطوح روانی-فیزیولوژیک، اجتماعی-فیزیولوژیک و روانی-اجتماعی [۴۶]. کارکرد مغز برای انطباق با شرایط اجتماعی بخصوص، از طریق فرایند اپی‌ژنتیک و سایر فرایندها، تغییر می‌کند؛ خصایص ظهور یافته‌ی ساختارهای عصبی-زیستی می‌توانند در محیط‌های مختلف به انطباق سالم یا آسیب‌شناسی منجر شود؛ و خودتأمل‌گری^۱، تعبیر روایتی از تجربه و الگوهای تعامل با دیگران می‌تواند شکل‌گیری، شروع و سیر اختلال را تحت تاثیر قرار دهد [۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱]. با پیشرفت کار RDoC، باید بر پیامدهای چند علتی تمرکز شود. بنابراین نیاز است که پژوهشگران بنیادین بر فرایندهای فرهنگی-اجتماعی، مدارهای مغزی و تعامل این دو مطالعه کنند. کسب دانش درباره‌ی ژنوم‌ها، تاثیرات محیطی، گذرگاه‌های رشدی، مدارهای مغزی و فرایندهای آن بسیار مهم است؛ با این حال RDoC برای رسیدن به این اهداف نیازمند ابداع استراتژی‌های پژوهشی جدیدی است که چگونگی آنکه این عامل‌های چندگانه - از نوروها گرفته تا محیط - به صورت همزمان و در تعامل با هم رشد سلامت و آسیب‌شناسی روانی را رقم می‌زنند بیازماید.

همچنین، اغلب هم‌ابتلائی‌ها احتمالاً ناشی از مکانیزم‌های "فراثشخصی" مشترک هستند، پس ما نیازمند آن هستیم که این مکانیزم‌ها را شناسایی کنیم و هم میزان نقش آن‌ها در هم‌ابتلائی‌ها و هم‌واربانی که تبیین نشده باقی می‌ماند را تعیین کنیم. به عبارت دیگر، ما نیازمندیم که به وسیله‌ی دیدگاهی ابعادی از طبقه‌بندی‌های تشخیصی رایج گذر کنیم، برای مشخص کردن مکانیزم‌های عمومی و اختصاصی درمان‌های کنونی پژوهش کنیم و تنها

به اینکه کدام درمان اثربخش است بسنده نکنیم. واضح است که محقق شدن اهداف RDoC امری پیچیده است که زمان، منابع و تلاش قابل توجهی می‌طلبد [۱].

دستور کارهای آینده برای پژوهشگران بالینی

در کوتاه مدت به مجموعه‌ای از ابعاد به لحاظ بالینی مرتبط، برای تکمیل نظام‌های طبقه‌بندی نیاز است. تلاش‌ها برای معرفی ابعاد به چهارچوب تشخیصی DSM-5 با مخالفت‌های حرفه‌ای و سیاسی مواجه شد. این مقاومت‌ها جدیداً در ارتباط با ICD-11 نیز دیده می‌شود و ممکن است تلاش‌های آغازین برای پیاده‌سازی، محرک آن‌ها باشد. از دلایلی نظیر ناآشنایی یا عدم اطلاعات بالینگران درباره‌ی رویکردهای بخصوص ابعادی به وفور یاد شده اما فقدان آستانه‌هایی پابرجا که تصمیمات اختصاصی بر اساس اطلاعات ابعادی را ممکن می‌سازد باید از طریق پژوهش‌های بالینی برطرف شود. دستور کارهای مفید شامل

(الف) شناسایی مفیدترین ابعاد و نقطه برش‌های مناسب برای جنبه‌هایی از درمان که مستلزم تصمیمات دسته‌بندی است - از مسائل "صرفاً کاربردی" نظیر مشخص کردن احراز تشخیص برای اهداف اجرایی (مثل، مستمری، پوشش بیمه و تعیین از کار افتادگی) گرفته تا تصمیمات بالینی نظیر بستری کردن یا درمان سرپایی بیمار - و

(ب) شناسایی مفیدترین ابعاد برای جنبه‌های متغیرتر درمان نظیر نوع درمان و مدت زمان مربوطه‌اش. این ابعاد ممکن است کاملاً در پیوند با تشخیص‌های کنونی باشد (مثلاً سطوح زیرآستانه‌ای در برابر خفیف، متوسط و شدید اختلالاتی نظیر افسردگی)، مبتنی بر نشانه باشد (مثلاً سطوح غیربالینی^۲ در برابر خفیف، متوسط و شدید نشانه‌های معینی مثل بی‌لذتی^۳ یا اجتناب رفتاری) یا که فرایندهای کارکردی را انعکاس دهد (مثلاً ابعاد انواع مختلف فرایندهای شناختی).

پیشرفت قابل توجهی در توسعه‌ی ابزارهای خود- و دیگران- (مثل والد) گزارش‌دهی، با اعتبارهای همگرا و افتراقی وجود داشته است [۵۲]، اما تعداد کمی از آن‌ها به طور گسترده برای استفاده بالینی منتشر شده‌اند. اغلب آن‌ها برای اهداف پژوهشی ساخته شده‌اند و از نقطه برش‌های معتبر برای استفاده‌ی بالینی برخوردار نیستند. بر مقیاس‌های ارزیابی ابعادی DSM-5 هنوز به صورت دقیق، برای تعیین چگونگی اینکه به بهترین نحو می‌توانند

² subclinical³ anhedonia¹ self-reflection

و نگهداری مداخلات توسعه یافته برای اختلالات را تسهیل می‌کند. از نقطه نظر سلامت عمومی، مداخلات جدید یا روش‌های ارزیابی‌ای که نیازمند منابع زیادی هستند (مثل تصویربرداری مغزی) که تنها برای اقلیتی از جامعه کاربردپذیر باشند از وجاهت چندان بر خوردار نیست. بنابراین با پیشرفت دانش بنیادی کارهای زیادی نیاز است اجرا شود [۱].

دستور کارهای آینده برای بالینگران

گزاره‌گویی نخواهد بود اگر بگوییم که جریان‌های نیرومندی برای حفظ نظام تشخیصی کنونی یا تاکید بیش از حد بر دشواری تغییر آن‌ها وجود دارد. نظام دسته‌بندی تشخیصی کنونی نه تنها در پژوهش، بلکه نظام‌های تایید دارو، قضایی، بازپرداخت بیمه و ارائه خدمات بهداشتی تثبیت شده، به گونه‌ای که بالینگران نمی‌توانند از استفاده آن اجتناب کنند. با این حال در سطحی کاربردی اغلب بالینگران به طور ضمنی متوجه محدودیت‌های طبقات تشخیصی در درمان بیماران‌شان هستند، و پس از واگذاری تشخیص برای اهداف اجرایی، اغلب درمان را براساس غالب‌ترین نشانه‌های بیماران‌شان که حتی ممکن است در ملاک‌های تشخیصی ثبت شده وجود نداشته باشند، انتخاب می‌کنند [۱].

دستور کارهای آینده برای سازمان‌های بالینی و پژوهشی

حائز اهمیت است که بالینگران و سازمان‌هایی که نماینده آن‌ها هستند -انجمن روان‌پزشکی آمریکا، سازمان جهانی بهداشت و انجمن‌های محلی روانپزشکی و روانشناسی در سراسر دنیا- به تکامل شیوه‌ای که به تلاش‌های طبقه‌بندی‌شان می‌نگرد ادامه دهند. این شامل پذیرش محدودیت‌های نظام‌های تشخیصی و طبقه‌بندی فعلی و حمایت از RDoC و سایر پژوهشی‌هایی که می‌کوشند مسائل تشخیصی که آن‌ها را شرح داده‌ایم روشن کنند، می‌شود [۱].

دستور کارهای آینده برای دانشگاه‌ها و مؤسسات

تغییرات نظام‌مندی برای جذب دیدگاه ابعادی به آسیب‌شناسی در نظام‌های طبقه‌بندی انجام شده است. سازمان‌های پژوهشی باید طلایه‌دار انعکاس این تغییرات باشند و دانشگاه‌ها باید پیشگام آموزش متخصصانی باشند که از این نظام‌های ابعادی استفاده می‌کنند. در حال حاضر این میدان به گونه‌ای سامان یافته که نظام‌های تشخیصی

به لحاظ بالینی سودمند باشند پژوهش نشده. بر ادبیات پژوهشی پس از انتشار آن‌ها در سال ۲۰۱۳ افزوده می‌شود اما این امر کند است زیرا دریافت بودجه برای این نوع پژوهش‌های بالینی کاربردی دشوار است. همچنین به مقیاس‌هایی نیاز است، از آن‌هایی که مبتنی بر تکالیف رفتاری هستند تا ارزیابی‌های زیستی در سطوح مختلف -از فیزیولوژی تا ژنتیک مولکولی. مثال‌های موفقی از مقیاس‌های رفتاری وجود دارد (مثل مقیاس‌های هوش و ارزیابی‌ها عصبی-فیزیولوژیک) اما سایر مقیاس‌های رفتاری برای کاربرد پژوهشی توسعه یافته‌اند و سودمندی بالینی‌شان مشخص نیست. در نهایت بهترین نحوه اندازه‌گیری "محیط" و "رشد" برای پژوهشی چندسطحی و یکپارچه چالش‌برانگیز است و تا حد زیادی لاینحل مانده. حائز اهمیت است ذکر شود که اختصار این پاراگراف ناشی از پیچیدگی و دشواری این تکالیف است.

وقتی به آینده می‌نگریم، می‌بینیم که تنها جمع‌آوری دانش بنیادی درباره‌ی ژنوم‌ها، تاثیرات محیطی، گذرگاه‌های رشدی و فرایندهای مربوط به مدارهای مغزی که پیش از این مورد بحث قرار گرفت، کافی نخواهد بود. بعلاوه، ما نیازمند آن هستیم که چگونگی استفاده از این دانش پیچیده را در موقعیت‌های واقعی تعیین کنیم - یعنی چگونه این یافته‌های پژوهشی بنیادی را به روش‌های کاربردی برای ارزیابی و درمان که می‌توان از آن در موقعیت‌های بالینی بهره برد، ترجمه کنیم. حتی اگر در آینده به میزان زیادی درباره‌ی فرایندهای آسیب‌شناختی و مکانیزم‌های تغییر بدانی، برای اینکه مثلاً به بهترین نحو تعیین کنیم کدام یک از درمان‌ها برای بیمار خاصی سودمندتر است، درمان‌های آزمایشی‌ای را برای آزمودن فرضیه‌هایی درباره‌ی چگونگی ارتباط این مکانیزم‌ها و فرایندها با هم و به تظاهرات اختلالات روانی نیاز خواهیم داشت.

ما همچنین به روش‌های ارزیابی‌ای کاربردی، روا و معتبر برای آسیب‌شناسی روانی نیاز خواهیم داشت که براساس یافته‌های پژوهشی هستند اما نیاز نباشد بالینگر مکانیزم‌های زیربنایی آن را دقیقاً بشناسد (مثلاً پزشکی که سرطان را درمان می‌کند نیازی ندارند فرایند پیچیده‌ای که موجب تومور بدخیم می‌شود را بدانند، اما زمانی که ماهیت تومور تشخیص داده شود می‌دانند کدام انتخاب درمانی به احتمال زیاد سودمندتر است). در نهایت، در سطح کلینیک و اجتماع، ما همچنین نیاز داریم تا تعیین کنیم کدام استراتژی‌های پیاده‌سازی به بهترین شکل دریافت، اثربخشی

استفاده بیماران، خانواده‌هایشان، بالینگران‌شان و اهداف مختلف دولتی و همچنین پیش‌برد فهم علل بیماری‌های روانی و روش‌های بهبود بخشیدن، جلوگیری از رشد و کاهش شدت آن‌ها است [۱].

امید ما این است که رویکردهای اتخاذ شده توسط این سه نظام نسبت به اختلالات روانی، در نهایت به نقطه‌ی مشابهی از درک روشن برسند. تا رسیدن به آن روز ممکن است راه زیادی در پیش باشد، اما این هدفی است که ما جویای آن هستیم [۱].

منابع

- 1- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145.
- 2- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., ... Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 205-221.
- 3- World Health Organization. (2016). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems, 10th Revision. ICD-10 Version: 2016. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- 4- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 (5 edition)*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- 5- Rapoport, J., Giedd, J., & Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Molecular Psychiatry*, 17(12), 1228-1238.
- 6- Feinberg, I. (1982). Schizophrenia: Caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *Journal of Psychiatric Research*, 17(4), 319-334.
- 7- Cannon, T. D., Chung, Y., He, G., Sun, D., Jacobson, A., van Erp, T. G. M., ... North American Prodrome Longitudinal Study Consortium. (2015). Progressive reduction in cortical thickness as psychosis develops: a multisite longitudinal neuroimaging study of youth at elevated clinical risk. *Biological*

موجود را منعکس می‌کند. برای مثال بسیاری از سازمان‌های پژوهشی نظام طبقه‌بندی جاری را منعکس می‌کنند (مثل جامعه پژوهشی اختلالات خوردن، جامعه بین‌المللی اختلالات شخصیت)، مجموعه‌ای از ژورنال‌ها مقوله‌های خاصی از اختلالات را پوشش می‌دهد (مثل مجله افسردگی و درمان، الکلیسم و اعتیاد به مواد؛ پژوهش اوتیسم) و در مراکز پزشکی آکادمیک بسیاری خدمات بالینی حول محور مقوله‌های تشخیصی سازمان یافته است (مثل کلینیک‌های اختلالات خلقی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات خوردن). با توجه به مورد آخر، پژوهش بالینی معمولاً تنها با بیماران خود این کلینیک‌ها و با تبادل اندک انجام می‌شود. با این حال، چشم‌انداز در حال تغییر است. جستجو در سایت سایک‌اینفو^۱ در سال ۲۰۰۰ تنها دو مقاله با واژه‌ی "فرانشیسی" را به ارمغان می‌آورد، این تعداد در دهه اول قرن ۲۱م به ۸۹ مورد می‌رسید و دهه کنونی این تعداد به ۱۲۰۰ مورد رسیده است. همچنین درگاه‌های الکترونیکی با چابکی بیشتری نسبت به ناشران کاغذی قبلاً این راه را جستجو می‌توانند: با جستجوی آنلاین می‌توانید مجله‌هایی نظیر روانشناسی بوم‌شناختی^۲ را مشاهده کنید [۱].

دستور کارهای آینده برای رسانه، مردم عادی

این سه رویکرد به بیماری‌های روانی که موضوع تمرکز این مقاله هستند، هریک نقاط قوت و محدودیت‌هایی دارند و باید به جای رقیب، مکمل هم در نظر گرفته شوند. ما گمان می‌کنیم که رسانه و به طور کلی‌تر مردم، ممکن است هدف تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی را فقط، یا حداقل در درجه اول، فراهم آوردن توصیفات برای یک مجموعه‌ی کاملاً معین اختلالات برای راهنمایی بالینگران در تعیین اینکه هر بیمار کدامیک از این اختلالات را دارد، بدانند. ما امیدواریم این دیدگاه را بسط دهیم تا این آگاهی را در بر گیرد که، اولاً، اگرچه ما بسیار بیشتر از آنچه نیم قرن پیش درباره‌ی اختلالات روانی می‌دانستیم می‌دانیم، اما آن‌ها هنوز کاملاً فهمیده نشده‌اند؛ ثانیاً حتی توصیف اختلال روانی مساله‌ای پیچیده است، چه برسد به فهم چگونگی ترکیب عوامل مختلف برای ایجاد تظاهرات گوناگون آن؛ سوماً روش‌های متنوع برای نگرستن به اختلال روانی که در این مقاله توصیف شد هر یک از نظر اهدافی که دارند حائز اهمیت هستند. این اهداف شامل توصیف اختلالات روانی براساس بهترین شواهد موجود برای

¹ PsycINFO

² Ecological Psychology

- 18- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(1), 82–90.
- 19- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6(3), 149–156.
- 20- Üstün, B., & Kennedy, C. (2009). What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*, 8(2), 82–85.
- 21- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability, and health. Geneva, Switzerland.
- 22- Hyman, S. E. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 155–179.
- 23- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- 24- Finn, S. E. (1982). Base rates, utilities, and DSM-III: Shortcomings of fixed-rule systems of psychodiagnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(4), 294–302.
- 25- Kessler, R. C. (1994). The National Comorbidity Survey of the United States. *International Review of Psychiatry*, 6(4), 365–376.
- 26- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139–157.
- 27- Lilienfeld, S. O., Waldman, I. D., & Israel, A. C. (1994). A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(1), 71–83.
- 28- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity Between and Within Childhood Externalizing and Internalizing Disorders: Reflections and Directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 285–291.
- 29- Waldman, I. D., & Lilienfeld, S. O. (2001). Applications of taxometric methods to problems of comorbidity: Perspectives and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 520–527.
- Psychiatry, 77(2), 147–157.
- 8- Sekar, A., Bialas, A. R., de Rivera, H., Davis, A., Hammond, T. R., Kamitaki, N., McCarroll, S. A. (2016). Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature*, 530(7589), 177–183.
- 9- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet (London, England)*, 385(9969), 717–726.
- 10- Gaebel, W., & Reed, G. M. (2012). Status of Psychotic Disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 895–898.
- 11- Reed, G. M., Roberts, M. C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., Medina-Mora, M. E. (2013). Mental health professionals’ natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1191–1212.
- 12- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Medina-Mora, M. E., Robles, R., Saxena, S. (2016). Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *The American Psychologist*, 71(1), 3–16.
- 13- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891–932.
- 14- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195.
- 15- Kaymaz, N., & van Os, J. (2010). Extended psychosis phenotype--yes: single continuum--unlikely. *Psychological Medicine*, 40(12), 1963–1966.
- 16- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland.
- 17- World Health Organization. (2016). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva, Switzerland. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

- 41- Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Lochman, J. E., de la Peña, F. R., & Reed, G. M. (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clinical Psychology Review*, 53, 29–45.
- 42- Masi, G., Perugi, G., Toni, C., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., & Pfanner, C. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder – bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disorders*, 8(4), 373–381.
- 43- Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., ... Kessler, R. C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating "narrow" and "broad" approaches. *Depression and Anxiety*, 31(6), 494–505.
- 44- Schmidt, U., & Vermetten, E. (2018). Integrating NIMH Research Domain Criteria (RDoC) into PTSD Research. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 38, 69–91.
- 45- Gallagher, S., Hutto, D. D., Slaby, J., & Cole, J. (2013). The brain as part of an enactive system. *The Behavioral and Brain Sciences*, 36(4), 421–422.
- 46- Paris, J., & Kirmayer, L. J. (2016). The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria: A Bridge Too Far. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1), 26–32.
- 47- Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Cummings, C. A. (2015). Toward a new epistemology of psychiatry. In *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health* (pp. 41–64). New York, NY: Cambridge University Press.
- 48- Kirmayer, L. J., & Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.
- 49- Lilienfeld, S. O. (2014). The Research Domain Criteria (RDoC): an analysis of methodological and conceptual challenges. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 129–139.
- 50- Meloni, M. (2014). The social brain meets the reactive genome: neuroscience, epigenetics and the new social biology. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.
- 51- Van Os, Jim, Lataster, T., Delespaul, P., Wichers, M., & Myin-Germeys, I. (2014). Evidence that a psychopathology interactome has diagnostic value, predicting clinical needs: an experience sampling study. *PloS One*, 9(1), e86652.
- 52- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 182–184.
- 31- Kogan, C. S., Stein, D. J., Maj, M., First, M. B., Emmelkamp, P. M. G., & Reed, G. M. (2016). The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1141–1154.
- 32- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387–398.
- 33- Trull, T. J., Vergés, A., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2013). The structure of DSM-IV-TR personality disorder diagnoses in NESARC: A reanalysis. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 727–734.
- 34- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., & Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1120–1134.
- 35- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the international classification of diseases (ICD- 11). *Personality and Mental Health*, 5(4), 246–259.
- 36- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for sexual aversion disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 271–277.
- 37- Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 729–750.
- 38- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90.
- 39- Clark, L. A., Vanderbleek, E. N., Shapiro, J. L., Nuzum, H., Allen, X., Daly, E., ... Ro, E. (2015). The Brave New World of Personality Disorder-Trait Specified: Effects of Additional Definitions on Coverage, Prevalence, and Comorbidity. *Psychopathology Review*, 2(1), 52–82.
- 40- Karalunas, S. L., Fair, D., Musser, E. D., Aykes, K., Iyer, S. P., & Nigg, J. T. (2014). Subtyping attention-deficit/hyperactivity disorder using temperament dimensions: toward biologically based nosologic criteria. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 1015–1024.

Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477.