1.تاريخ ظهور علم النفس المرضي:

1.1.الإلتباس الشيطاني:

يمكن لشخصية فرد ما أن تتغيّر، وهو ما دفع (تاريخيا) الناس نحو وصف هؤلاء الذين تظهر لديهم أعراض المرض النفسي بأن الشياطين قد تلبّستهم بشكل أو بآخر. ذلك أن السلوك لديهم قد تغيّر فجأة، وبطريقة كما لو كانت شخصياتهم قد تغيّرت وحل مكانها شخص أو شيء آخر.

وتفسير المرض النفسي في ضوء الالتباس أخذ أشكالا كثيرة عبر مرور التاريخ، وجزء من التفسير يعني أن كثيرا ممن يعانون من الضعف والوهن والكدر من خلال مشكلات نفسية، يتعرضون للاضطهاد والإساءة بدلا من تقديم العون والعلاج الذي يحتاجونه، وهناك حضارات كثيرة قديمة – مثلما كان يحدث في مصر، والصين، واليونان– كانت تعتقد أن هؤلاء الذين تظهر عليهم أعراض المرض النفسي كانت تتلبسهم الأرواح الشريرة والسبيل الوحيد لطرد تلك الأرواح الشريرة هو إقامة حفلات تمارس فيها طقوس معينة، والتي كثيرا ما كانت تحتوي على الاعتداء البدني على جسم الشخص الذي يعانيها وإحراقه أو تجويعه، وليس من المثير للدهشة أن هذه الأفعال كانت تزيد من الكرب والمعاناة لدى الضحيّة.

وفي المجتمعات الغربية، استمرت حالات التلبس كتفسير لمشكلات الصحة العقلية حتى القرن الثامن عشر عندما كانت أعمال السحر وتلبس الشياطين هي التفسير العام للمرض النفسي، ولا يزال هذا الاعتقاد سائدا في بعض المناطق الأقل تطورا في العالم، حيث إن ملامح السحر والشعوذة موجودة في الثقافة المحلية مثل "هاواي" وبعض مناطق غرب إفريقيا.

2.1. النموذج الطبي (المرضي):

من بين العوامل التي ينادي بها هذا النموذج نجد العوامل البيولوجية، يمكن أن نذكر مثلا عوامل خطورة العدوى (مثل الالتهابات التي تحدث للأم الحامل)، والاضطرابات الفكرية (مثل اضطراب نقص الانتباه/الإفراط في الحركة)، والنمو الجسمي غير الطبيعي (مثل حالات التوحد) وما إلى ذلك. ولكن، بينما تؤدي هذه العوامل البيولوجية دورا في الأسباب المرضية للأمراض النفسية، فإن التفسيرات البيولوجية ليست الطريقة الوحيدة التي يتم عن طريقها تفسير المرض النفسي، وكذلك، ليس الخلل البيولوجي بالضرورة هو العامل المحدد لكل الأمراض النفسية.

حيث نلاحظ أن هذا النموذج يعمل على تضييق الملامح النفسية والانفعالية المعقدة الخاصة بالمرض النفسي، إذ يمكن حصر الخبرة الشخصية للمرض النفسي/ أو العناصر المعرفية المعقدة المتضمنة في الكثير من المشكلات النفسية، في أوصاف بيولوجية حيوية بسيطة، فعملية الحصر أو التحديد لا تستطيع بسهولة إشعال فتيل الكدر والكرب (Distress) الذي يعاني منه ذوي الحالات النفسية والعقلية، ولا تفسير الأفكار المختلفة وظيفيا وأشكال التفكير التي تتصف بالمضطربة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المشكلات الصحية العقلية العقدة لا تكون غالبا بيولوجية، أو حتى محصورة في مشكلات وعمليات نفسية، إنها تتأثر بالوقف الاجتماعي الاقتصادي الذي يعيش فيه الأفراد، وقدراتهم وامكانياتهم في العمل والتعليم، والدعم الذي يأخذونه والذي سوف يقدم لهم الأمل في الشفاء والدعم بالاحتواء الاجتماعي.

3.1. من البيمارستانات إلى الرعاية المجتمعية:

في القرن الثامن عشر، كان هناك القليل من المستشفيات وغالبا ما يتم انشاؤها خصيصا للأمراض المعدية والخطيرة كمرض الجذام (Leprasy)، والجنون يعتبر مشكلة محلية وعائلية داخلية فعلى الأسرة العناية بالأفراد الذين يعانون من مشكلات الصحة النفسية.

كما كان العلاج في المستشفيات فقط لجني المال مثل "منازل المجانين" (Madhouse) في لندن، والعلاجات المقدمة شديدة ومؤلمة مثل سحب كميات كبيرة من الدّم والحمامات الباردة والساخنة، وأقراص الزئبق أو مستحضرات الأفيون لتهدئة النزلاء.

وفي القرن التاسع عشر كانت هناك حركة تدريجية للمعاملة الإنسانية للأفراد الموجودين داخل البيمارستانات، مع أعمال Philippe Pinel (1745–1826) في مستشفى Bicetre بباريس، فقد عمد إلى إزالة السلاسل والقيود وبدأ في معاملتهم كمرضى من البشر وليسوا حيوانات.

واستمر ذلك حتى أثناء القرن العشرين (1970) في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أين كانت الإقامة في المستشفيات عادة هي المعيار للأفراد من ذوي مشكلات الصحة العقلية الحادة، وهي عملية غير مفيدة لا من الناحية الاقتصادية ولا من ناحية تحسّن وعلاج المرضى. وهناك برزت فكرة العلاجات الوسيطة وهي عبارة عن تكوين مجتمع علاجي لتنمية وتطوير الناحية الانتاجية، والاستقلالية، و المسؤولية، ومشاعر وأحاسيس احترام الذات، وهو ما ساهم في خروج المرضى من المستشفيات بشكل أسرع وتعرضهم لانتكاسات أقل.

2.تعريف علم النفس المرضي:

1.2. الانحراف عن المعيار الإحصائي:

يعتبر المعيار الإحصائي على أنه المتوسط أو المثال والنموذج لسلوك معيّن هو العادي.

يستخدم في بعض مجالات علم النفس الإكلينيكي كوسيلة لتقرير ما إذا كان هناك اضطراب معيّن تنطبق عليه المعايير التشخيصية، فعلى سبيل المثال: في مجال الإعاقات العقلية (الفكرية)، إذا كانت درجة نسبة الذكاء (QI) أدنى من (70) درجة تمثل نسبة نادرة (نحو 2–3 % من مجموع السكان)، ونجد في نفس الوقت أن الأفراد من ذوي درجات نسبة الذكاء الاستثنائية هم أيضا فئة نادرة، غير أنهم لا يعتبرون ممّن يجب التدخل في حالاتهم النفسية.

2.2. الانحراف عن المعايير الاجتماعية والسياسية:

تميل المجتمعات إلى الإشارة إلى وجود المرض النفسي، إذا كان سلوك الفرد بعيدا (كثيرا) عمّا يعتبرونه معايير اجتماعية في تلك الثقافات، أي الانحراف عن هذه المعايير هو دليل على وجود الاضطراب النفسي، غير أنه من الصعب استخدام هذا المعيار كطريقة لتحديد وتعريف المرض النفسي وذلك لأن: هناك ثقافات أو حضارات مختلفة غالبا ما تختلف جوهريا فيما يعتبرونه طبيعيا اجتماعيا، وحتى داخل الثقافة الواحدة مثل الاتحاد السوفياتي في سنوات السبعينات والثمانينات من القرن الماضي، أين كان كل منشق عن النظام الشيوعي يعتبر على أنه فصامي ويحتجز في مستشفيات الطب العقلي، وهو أسلوب سياسي يستخدم لضبط والتحكم في المعارضين.

3.2. السلوك غير التوافقي (والخلل الوظيفي الضار):

يشير هذا المعيار إلى أن وجود "حياة يومية طبيعية" كأن يعمل الفرد ويستمر في عمله، ويستطيع مواجهة متطلبات كونه والدا أو والدة، وتطوير علاقات حب، والتصرف اجتماعيا. وإن السلوك غير التوافقي يجب أن يتضمّن التصرّف أو العمل بطريقة تعتبر تهديدا بالنسبة لصحة الفرد ورفاهيته وكذلك بالنسبة للآخرين.

غير أن الأمر أبعد من ذلك حيث نلاحظ لدى الأفراد ذوي السلوك الموسوم بالقتل والاعتداء الإرهابي (أي سلوك غير توافقي ومضر بالآخرين) إنما يشير إلى مشكلات صحية عقلية لديهم.

4.2. الكرب والعجز (Distress and disability):

لتشخيص الاضطراب النفسي فإن أحد المتطلبات العامة لذلك أن الأعراض يجب أن تكون سببا في حدوث نوع من الكرب أو الشدّة الإكلينيكية أو نوع من الخلل في الوظائف الاجتماعية والأكاديمية والمهنية. ومن الواضح أن الحالة التي يعاني منها كثير من الأفراد ذوي الأعراض المرضية النفسية الحادة، هي المعاناة بشكل واضح من حالة الكرب والحزن.

3. الاتجاهات التفسيرية لعلم النفس المرضي:

نستطيع تفسير المشكلات الصحيّة العقلية بطرائق مختلفة من خلال عدد من النماذج المختلفة، وذلك لأن الكائنات البشرية كائنات عضوية متعددة الوجه، تتكون من أساس بيولوجي حيوي يخدم كقاعدة أو أساس للسلوك ومدى شامل من العمليات النفسية، مثل: التفكير والتعلم والتذكر والإدراك وما إلى ذلك. وهذه العمليات الوراثية الحيوية السلوكية والنفسية يعتمد كل منها على الآخر، وتعمل معا على تكوين مفهومنا عن التفكير الكامل والتعامل مع الآخرين.

1.3. النماذج الحيوية أو البيولوجية:

الجينات وعلم الأعصاب اثنان من أهم النماذج الحيوية البيولوجية، والتي من خلالها يتطلع الباحثون إلى فهم الأمراض النفسية. ويقدم علم الوراثة لنا مجموعة متنوعة من التقنيات والتي تسمح بتقييم ما إذا كانت أعراض المرض النفسي وراثية من عدمه. وتسمح تقنيات علم الأعصاب بتحديد ما إذا كانت أعراض المرض النفسي مرتبطة بوجود شذوذ أو اختلافات في المخ والجهاز العصبي المركزي من عدمه.

2.3. النماذج النفسية (السيكولوجية):

- نموذج التحليل النفسي (Psychoanalytical) أو السيكوديناميك (Psychodynamic):

تم تكوين وإلقاء الضوء على هذا الأسلوب بواسطة اختصاصي الأمراض العصبية النمساوي "سيجموند فروي" (1856-1939). وقد اشترك في العمل مع الطبيب "جوزيف بروير" في محاولة لفهم الأعراض الجسمية الغريبة مثل الهستيريا وأعراض الشلل التلقائي، والتي تبيّن عدم وجود أسباب طبية بيولوجية لها. وقد حاول الطبيبان

في البداية استخدام التنويم المغناطيسي كوسيلة لعلاج هذه الحالات. ولكن خلال هذه الحالات، كان العملاء من المرضى يتحدثون عن خبرات صادمة سابقة وانفعالات ذات ضغوط مرتفعة المستوى، وكان ذلك أثناء خضوعهم للتنويم المغناطيسي الذي كان يخفف من المبررات التي لديهم. وقد أخذ "فرويد" بيانات هذه الحالات من أجل تطوير نظريته المعروفة عن "التحليل النفسي" والتي كانت محاولة لتفسيركل من الوظائف النفسية الطبيعية وغير الطبيعية أو الشاذة في ضوء كيف تساعد الآليات النفسية المختلفة في الدفاع ضد القلق والاكتئاب عن طريق احباط الذكريات والأفكار التي يمكن أن تسبب صراعا وضغوطا وقد ناقش "فرويد" أن هناك ثلاث قوى نفسية هي التي تشكل أو تتكوّن منها شخصية الفرد وقد تؤدي أيضا إلى توليد المرض النفسي، وهي ما يسمى "ب**الهو**" (الحاجات الفطرية الغريزية)، و"الأنا" (التفكير المنطقي) و"الأنا الأعلى" (المعايير الأخلاقية).

وطبقا "لفرويد": "الأنا" و"الهو" و"الأنا الأعلى" دائما في حالة صراع، والصحة النفسية يتم المحافظة عليها عندما يكون هناك توازن بين هذه الأجهزة الثلاث. ومع ذلك، إذا كانت هذه العوامل تدخل في صراع فإن السلوك قد يبدأ في إظهار علامات المرض النفسي. والأفراد يحاولون ضبط الصراع ما بين هذه العوامل، وكذلك تخفيف الضغوط والصراعات القادمة من الأحداث الخارجية، وذلك باستخدام الآليات الدفاعية، وفي الجدول الموالي توضيح لهذه الآليات الدفاعية معا، مع بعض الأمثلة عن كيف يفترض أن تمنع هذه الآليات خبرة الإحساس بالضغوط والقلق.

الآلية الدفاعية	كيفية عملها
الإنكار	الفرد ينكر مصدر القلق الموجود لديه (مثل أن يقول: أنا لم أفشل في الامتحان، يجب أن يكون هناك خطأ).
الكبت	قمع الذكريات السيئة، أو حتى الأفكار الحالية التي تسبب القلق (قمع الأفكار نحو الإعجاب بشخص معيّن لخوفك أن يرفضك إذا صارحته بذلك).
النكوص	التراجع إلى مرحلة نمو مبكرة (عند تعرضك للضغوط المرتفعة تتبنى أساليب مواجهة طبيعية وتعود إلى مرحلة نمو مبكرة. على سبيل المثال، التدخين مثلا، إذا كنت مثبتا على المرحلة الفمية).
تكوين رد الفعل المعاكس	أن تفعل أو تفكر عكس ما تحس به (الشخص الغاضب مع رئيسه يمكن أن يخرج عن طريقهم في أن يكون ودودا ومجاملا معهم).
الإسقاط	نسب دفعات غير مطلوبة إلى شخص آخر (مثل الزوج غير المخلص الغيور إلى درجة كبيرة على زوجته، لربما يشك دائما في أنها غير مخلصة).
التبرير	إيجاد تفسير منطقي لشيء خطأ قمت به (أنك لم ترسب في الاختبار لأنك لم تراجع بالدرجة الكافية ولكن، لأن الأسئلة كانت غير دالة).
الإزاحة	تحويل دفعة من موضوع (هدف) إلى آخر (إذا أخبرك رئيسك بأنك مفصول، تذهب إلى المنزل وتصيح في زوجتك وتضرب الكلب).
الإعلاء أو التسامي	تحويل الدفعات إلى شيء بناء (إعادة تزيين ديكور غرفة النوم عندما تكون غاضبا من شيء).

- النموذج السلوكي (The behavioural model):

النماذج النفسية تتفق عموما في النظر إلى المرض النفسي على أنه يحدث بسبب الكيفية التي تتمثل أو نستوعب بها خبراتنا، وكيف ينعكس ذلك على التفكير والسلوك. والنموذج السلوكي يتبنى النظرة الواسعة بأن كثيرا من أمثلة المرض النفسي تعكس ردود أفعالنا المتعلمة بالنسبة لخبرات الحياة. ذلك أن المرض النفسي يمكن تفسيره على أنه ردود فعل متعلمة للخبرات البيئية.

ويعتمد هذا الأسلوب على مبدأين مهمين في عملية التعلّم، هما "الإشراط الكلاسيكي" و"الإشراط الإجرائي"، حيث يمثل الأول تعلّم رابطة بين منبهين، الأول: (المنبه الشرطي) الذي يتوقع بسببه حدوث المنبه الثاني غير الشرطي. والمثال الأشهر على ذلك، تجربة "بافلوق" التي يتعلم فيها الكلب الجائع إفراز اللّعاب عند سماعه لصوت الجرس (المنبه الشرطي) والذي يتنبأ بالتالي بتقديم الطعام (المنبه غير الشرطي)، وعلى العكس، فإن التشريط الإجرائي يمثل تعلم سلوك أو استجابة معينة لأن السلوك تكون له مكافأة معينة أو عواقب ونتائج لتدعيمه.

وهذان الشكلان من التعلم استخدما في عدد من الأمثلة عن الأمراض النفسية. على سبيل المثال، تم استخدام الإشراط الكلاسيكي لتفسير اكتساب الاضطرابات الانفعالية بما في ذلك كثير منها والتي تظهر فيه أعراض القلق. على سبيل المثال، بعض أشكال المخاوف المرضية أو الفوبيا يظهر أنه يتم اكتسابها عندما يشعر الذي يعاني منها بمنبهات الخوف (المنبه الشرطي) مرتبطة بحدث أو أحداث صادمة (المنبه غير الشرطي).

- النموذج المعرفي (The cognitive model) :

مبدئيا فإن هذا المنحى يعتبر المرض النفسي نتيجة لاكتساب الأفراد لأفكار ومعتقدات غير منطقية، وتطوير طرائق مختلفة وظيفيا في التفكير، وتشغيل

المعلومات بطرائق منحرفة عن الصواب. ولقد بدأ هذا المنحى في الظهور على يد "ألبرت إليس" و"آرون بيك". ويرى "ألربت إليس" أن الكرب الانفعالي (مثل القلق أو الاكتئاب) يكون السبب فيه مبدئيا، أن الناس تتطور لديهم قائمة أو مجموعة من الأفكار أو المعتقدات غير المنطقية والتي يحتاجون بواسطتها إلى الحكم أو التحكم في سلوكياتهم . فبعض الناس يصبح قلقا متوترا –على سبيل المثال– لأنهم يضعون أعباء على أنفسهم بأفكار وطلبات غير واقعية. فالشخص القلق المتوتر قد تتطور لديه أفكار ومعتقدات غير واقعية مثل أنه غير قادر على عمل أي شيء له قيمة. وحكم هؤلاء الناس على سلوكياتهم آخذين هذا الاتجاه الذي يميز بالخلل الوظيفي يسبب لهم الكدر والمعاناة النفسية.

– الاتجاه الإنساني الوجودي (The humanist-existential approach) :

تهتم هذه الاتجاهات مبدئيا بالاستبصار، والنمو والنضج الشخصي عند التعامل مع المرض النفسي، ولا تهتم نسبيا بالأسباب المرضية ومنابع أو أصول المرض النفسي، ولكنها تهتم أكثر بتحسين أعراض المرض النفسي من خلال التشجيع على النمو والتطور الشخصي. وهناك مثال بارز على الاتجاه الإنساني–الوجودي ألا وهو "العلاج المركز على العميل" الذي تطور على يد "كارل روجرز" (1950–1987) وهذا الاتجاه يركز على الجوانب الطيبة في الطبيعة البشرية، ويفترض أن الفرد إذا لم يكن مقيدا بالمخاوف والصراعات، فسوف يتطور إلى شخص سعيد وجيد التوافق. والعلاج المركز على الفرد أو العميل، يحاول أن يوفر بيئة أو مناخا مساندا أو مدعما، والذي يهتم بمساعدة العميل على اكتساب قيمة الذات أو تقدير الذات والمعالج هنا يستخدم أسلوب التقمص العاطفي أو التعاطف للمساعدة على فهم مشاعر وأحاسيس العميل والنظرة الإيجابية غير المشروطة، والتي بواسطتها يستطيع المعالجون التعبير عن تطلعهم للقبول الكامل للعميل على ما هو عليه.

4. التصنيف والتقييم في علم النفس المرضي:

يحاول العلماء جاهدين تحديد وتصنيف المرض النفسي وذلك للأسباب التالية:

- يتطلع علم النفس إلى محاولة فهم أسباب مشكلات الصحة العقلية، ممّا يمكننا من تطوير أنواع من العلاج ذي الفاعلية يصل إلى جذور أسباب المرض النفسي، وكذلك تطوير أساليب للوقاية.
- التصنيف ضروري إذا كنا في سبيل التنظيم الفعال للخدمات والدعم لهؤلاء الذين يعانون من المشكلات النفسية والعقلية، فحاجاتهم مختلفة جدا وتحتاج إلى أساليب ووسائل مختلفة للدّعم والتدخل.
- إمكانية تقييم مدى فاعلية التدخلات والدعم المقدّم للذين يعانون من مشكلات الصحة النفسية، وإحدى الطرائق المهمّة والموضوعية لتقرير ما إذا كان الفرد يستجيب للعلاج وأن نرى ما إذا كان هناك أي تحسّن في الأعراض المحددة بشكل موضوعي والتي تم قياسها.

1.4. تطور نظام التصنيف:

هناك إشارة بأن أول شخص طور نظام تصنيف شامل للأمراض النفسية هو الطبيب النفسي الألماني "إميل كريبلين" (1883-1923). والذي اقترح أن الأمراض النفسية مثل الأمراض أو الاعتلالات يمكن تصنيفها من خلال عوامل مرضية مختلفة ومنفصلة، كل منها له سبب مختلق، ويمكن وصفه بمجموعة من الأعراض التي تشكل أو تسمى المتلازمة أو الداء (Syndrome). وقد قدمت أعمال "كريبلين" بعض الأمل في أن المتلازمة هي قائمة مميزة من الأعراض، والاعتلالات أو الاضطرابات العقلية يمكن وصفها وعلاجها بنجاح وبالقدر نفسه الذي يحدث في الاعتلالات الطبية أو الجسمية الأخرى.

واتباعا لنظام "كريبلين"، فإن أول نظام شامل لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية طورته منظمة الصحة العالمية والتي أضافت الاضطرابات النفسية للقائمة العالمية التي تؤدي إلى أسباب الأمراض عام (1939). وعلى الرغم من هذا التطوير، إلا أن الجزء أو القسم الخاص بالاضطرابات العقلية أو النفسية الموجودة في القائمة العالمية لأسباب الأمراض لم يكن مقبولا بشكل كبير أو واسع، وفي عام (1952)، نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) أول كتيب تشخيص إحصائي (DSM)، وفي (1968) أنتجت النسخة الثاني (DSM-II) وفي عام (1969) نشرت منظمة الصحة العالمية نظاما تصنيفيا جديدا، والذي كان واسع القبول، بينما كان في المملكة المتحدة (بريطانيا) مسرد للتعريفات تم انتاجه بالاشتراك مع نظام منظمة الصحة العالمية. ومع ذلك فإن نظام منظمة الصحة العالمية كان ببساطة قائمة بالتصنيفات التشخيصية. وبينما قدم كتيب التشخيص والإحصاء الثاني (DSM-II) ومسرد تعريفات الاضطرابات النفسية والعقلية المزيد من المعلومات التي تقوم على التشخيص، فإن الممارسة الفعلية لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية كانت مختلفة كثيرا. ومع ذلك، وفي عام (1980)، أنتجت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الصورة أو النسخة الثالثة من كتيب التشخيص والإحصاء الثالث (DSM-III) المراجعة جوهريا والموسعة، والتي تم قبولها باعتبارها النظام التشخيصي الأكثر فاعلية وتأثيرا. وأحدث النسخ أو الصور التي استخدمت في هذا الكتاب هي النسخة الخامسة (DSM-5) والتي نشرت في عام 2013.

أما نظام الأسباب العالمية للأمراض (ICD) فقد صدر إلى الآن النسخة الحادية عشر، ومعظم المراجعات الخاصة لكتيبات التشخيص والإحصاء تتفق مع كتيب الأسباب العالمية للأمراض في تأكيد وجود بعض الاتساق بين التشخيصات المختلفة خلال النظام. ومن أجل المزيد من الموثوقية والاتساق، سوف نستخدم كتيب التشخيص والإحصاء.

2.4. تحديد وتشخيص الأمراض النفسية والعقلية:

يناقش "ويكفيلد" (1997) أن كتيب التشخيص يعتمد على أربعة أهداف أساسية هي:

1- أنه يزودنا بمعايير كافية من أجل حالات التشخيص الفارقي.
2- يجب أن يزودنا بوسائل تمييز حقيقية حول المرض النفسي (بالمعنى الطبي أو الخلل الوظيفي) عن الظروف الإنسانية غير المضطربة والتي يطلق عليها غالبا "مشكلات الحياة اليومية".
3- يجب أن يقدم المعايير التشخيصية بطريقة مختلفة تسمح بتطبيقها بانتظام في مختلف المواقع الإكلينيكية.
4- المعايير التشخيصية التي تقدمها يجب أن تكزن محايدة من الناحية النظرية، بمعنى أنها لا تفضل منحى تنظيريا معينا للأمراض النفسية عن آخر.

وعما إذا كان كتيب اللتشخيص والإحصاء (DSM) يمكن أن يحقق هذه الأهداف الموضوعية الأربع، فإن هذا سوف يكون إلى حد معيّن مقياس نجاحه.

ونعرض فيما يلي توضيح لتقسيم الفصول في كتيب التشخيص والإحصاء الخامس (DSM-5:)

- اضطرابات النمو العصبي.
- الطيف الفصامي واضطرابات ذهانية أخرى.
- الاضطراب ثنائي القطب واضطرابات أخرى ذات صلة.
- الاضطرابات الاكتئابية.
- اضطرابات القلق.
- الوسواس القهري، والاضطرابات الأخرى المصاحبة أو ذات الصلة.
- اضطرابات الصدمة وما يرتبط بها أو يصاحبها من اضطرابات الضغوط.

- اضطرابات التفكك أو الانحلال.
- اضطرابات الأعراض الجسمية.
- اضطرابات التغذية والأكل.
- اضطرابات الإخراج (التبول والتبرز اللاإراديين).
- اضطرابات النوم–اليقظة.
- الخلل في الوظائف الجنسية.
- التقلقل أو عدم الارتياح في النوع.
- اضطرابات التدمير، وضبط الاندفاعات السلوكية واضطرابات السلوك.
- الاضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد والإدمان.
- الاضطرابات العصبية–المعرفية.
- اضطرابات الشخصية.
- اضطرابات الولع الجنسي.
- اضطرابات أخرى.

إن العدد الكلي للاضطرابات في كتيب التشخيص والإحصاء الخامس لم يزداد بشكل جوهري، ولكن بعض الاضطرابات لها أهميتها الآن من حيث التعريف، حيث أصبح لها عناوين رئيسة في فصول (مثل اضطراب الوسواس القهري). وفي الفصل الخاص باضطرابات النمو العصبي عنوان جديد يتضمن اضطرابات الطيف التوحدي، واضطرابات النمو الفكري، واضطرابات الانتباه/الفرط في الحركة. والفصل الخامس باستخدام المواد وسلوكيات الإدمان يتضمن الآن اضطرابات القمار والمراهنات. وأهمية كل من الاضطراب ثنائي القطب واضطرابات الاكتئاب معروفة كونها ملحقة أو موضوعة في فصول منفصلة.

أنظمة التصنيف في كتيب التشخيص والإحصاء (DSM-5) في ضوء المعلومات الآتية:

1- ملامح أساسية للاضطراب (تلك التي تحدده، وتسمح بوجود نوع من الاتفاق في التشخيص بين المعالجين).
2- ملامح مترابطة (تلك التي تكون موجودة عادة وليس دائما).
3- معايير التشخيص (قائمة بالأعراض التي يجب أن تكون موجودة لدى المريض حتى يمكن اطلاق هذا التشخيص عليه).
4- معلومات عن التشخيص الفارقي (معلومات عن كيفية التفرقة بين هذا الاضطراب وغيره من الاضطرابات المشابهة).

وأخيرا فإن أحد الملامح المهمة لكتيب التشخيص والإحصاء أنه يتجنب أي اقتراح عن سبب الاضطراب، إلاّ إذا كان السبب محددا بدقة. وهذا يعني أن التشخيص يتم عمله بشكل كامل تقريبا على أساس الأعراش السلوكية الملاحظة وليس على أساس أي افتراضات أو اقتراحات عن السبب أو الأسباب المحددة للأعراض.