

بسمه تعالی



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد رشته سنجش و اندازه‌گیری

عنوان:

ارزشیابی مدل ساختاری واتسون درباره اختلالات خلقی و اضطرابی ارائه شده برای ویرایش پنجم

راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی (DSM-V)

استاد راهنما:

دکتر علی دلاور

استاد مشاور:

دکتر احمد برجعلی

پژوهشگر:

نادر طاهریان

به نام خداوند بخشنده و مهربان

تقدیم به :

پدر و مادر عزیز

و همسر مهربانم

چکیده

هدف پژوهش حاضر، ارزشیابی مدل ساختاری پیشنهادی واتسون برای اختلالات خلقی و اضطرابی در جامعه ایرانی بوده است. نمونه مورد بررسی 402 نفر از دانشجویان دانشگاه‌های دولتی شهر سمنان بوده‌اند که به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. روش پژوهش از نوع همبستگی و با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی (CFA) بوده است. تحلیل داده‌ها در دو مرحله انجام گرفته است: 1) مطالعه برازش مدل پیشنهادی واتسون درباره اختلالات خلقی و اضطرابی برای DSM-V. 2) بررسی، نشانگرهای مزاجی، افزوده شده به مدل اولیه مورد بر اساس یافته‌های سلبام. یافته‌های پژوهش حاکی از این است که مدل‌های مطرح شده بر اساس شاخص‌های تعیین برازش، نظیر: مجذور خی، RMSEA، AIC، BIC و GFI، در سطح معنی داری $P < 0/001$ ، با داده‌ها، برازش مطلوبی داشته‌اند. بر اساس نتایج پژوهش حاضر و بر طبق مدل اولیه، گروه‌بندی اختلالات گذرهراسی، هراس اجتماعی و هراس‌های خاص، در زیر مجموعه اختلال کلی تر "ترس"؛ و اختلالات اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و استرس پس آسیمی (PTSD) در زیر مجموعه اختلال کلی تر "آشفستگی"، در جامعه ایرانی نیز تایید شده است. در عین حال یافته‌های این پژوهش نشان داد که جایگذاری اختلال وسواس فکری-عملی در زیر مجموعه اختلال "ترس" برازش بهتری با داده‌ها خواهد داشت. علاوه بر این در مدل تلفیقی نهایی مشخص شد که نشانگر مزاجی هیجان مثبت پایین (LPE) هیچ ارزش پیش‌بینی برای افسردگی ندارد، اما به طور کلی افزودن نشانگرهای مزاجی ضعف روحیه (DEM)، هیجان منفی بدکارکردی (DNE) و هیجان مثبت پایین (LPE) به مدل پیشنهادی واتسون، برازش بهتری را سبب می‌شود.

فهرست مطالب

1.....	فصل اول
2.....	مقدمه
5	بیان مسئله
13.....	اهمی و ضرورت
15	اهداف پژوهش
16	فرضیه‌های پژوهش
17	تعاریف متغیرها
21	فصل دوم
22	چارچوب نظری
22	رابطه اضطراب و افسردگی
25	مدل عاطفی دو عاملی تلگن
33	مدل سه بخشی کلارک و واتسون
47	مدل سه عاملی بارلو
58	شواهد تجربی مدل سه بخشی کلارک و واتسون
65	مدل سه بخشی بازنگری شده واتسون

71	مدل تلفیقی سلبام و همکاران
74	پیشینه پژوهشی
79	فصل سوم
80	روش پژوهش
80	جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری
81	روش اجرای پژوهش
82	ابزارهای پژوهش
91	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
92	فصل چهارم
93	تجزیه و تحلیل داده‌ها
108	فصل پنجم
109	بحث و نتیجه‌گیری
113	محدودیت‌های پژوهش
114	پیشنهادات پژوهشی
116	پیشنهادات کاربردی
117	منابع
118	منابع فارسی
120	منابع لاتین

فهرست جداول

- جدول 2-1: ساختار سلسله مراتبی تلفیقی صفات شخصیت..... 38
- جدول 2-2: رابطه فرضی میان ابعاد شخصیت و اختلالات اضطرابی و افسردگی 47
- جدول 2-3: مقایسه سه بخشی و مدل سه عاملی اضطراب و افسردگی..... 55
- جدول 3-1: همبستگی بین BDI - II و مقیاس های ذکر شده..... 83
- جدول (4-1): فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک جنسیت و مقطع تحصیلی..... 93
- جدول (4-2): میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای همه مقیاسهای بکاررفته در تحقیق..... 94
- جدول (4-3) : ضرایب همبستگی بین متغیر های گنجانده شده در پژوهش..... 95
- جدول (4-3): شاخص های برآورد مدل های ساختار سلسله مراتبی اختلالات خلقی و اضطرابی..... 102
- جدول (4-4): بررسی شاخص های برازش در سه مدل پیشنهادی واتسون 107

فهرست شکل‌ها

- شکل 1-1: طبقه‌بندی اختلالات خلقی بر مبنای DSM-IV-TR 3
- شکل 1-2: طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی بر مبنای DSM-IV-TR 3
- شکل 1-3: مدل ساختاری پیشنهادی واتسون برای اختلال‌های خلقی و اضطرابی 5
- شکل 2-1: ساختار دو عاملی عاطفه 27
- شکل 2-2: فرایند اندیشناکی مضطربانه 50
- شکل 2-3: مدل ساختاری رابطه میان مدل سه بخشی و اختلالات اضطرابی و افسردگی DSM-IV 61
- شکل 2-4: مدل ساختاری سه سطحی عوامل مدل سه بخشی و اختلالات اضطرابی و افسردگی 62
- شکل 2-5: مدل ساختاری دو سطحی عوامل مدل سه بخشی و اختلالات اضطرابی و افسردگی 62
- شکل 2-6: مدل ساختاری پیشنهادی واتسون برای اختلال‌های خلقی و اضطرابی 66
- شکل 2-7: مدل اولیه سلبام و همکاران با دو عامل آشفتگی و ترس 72
- شکل 2-8: بهترین مدل برازش‌یافته سلبام و همکاران با دو عامل آشفتگی و ترس در ادغام با سه نشانگر مزاجی (ضعف روحیه، هیجان مثبت پایین و هیجان منفی بدکارکردی) 73
- شکل (4-1): تحلیل معادله ساختاری مدل 1 97
- شکل (4-2): تحلیل معادله ساختاری مدل 2 با جایگذاری هراس خون/ جراحت به جای هراس اجتماعی 98
- شکل (4-3): تحلیل معادله ساختاری مدل 3 با گنجاندن اختلال وسواسی در عامل ترس 99
- شکل (4-4): تحلیل معادله ساختاری با گنجاندن اختلال وسواس اجباری در عامل آشفتگی 100

شکل (4-5): تحلیل معادله ساختاری با گنجاندن وسواس فکری-عملی به عنوان نشانگر هر دو
اختلال 101

شکل (4-6): بسط مدل ساختاری ترس و آشفتگی با استفاده از نشانگرهای ضعف روحیه (DEM)، هیجان
مثبت پایین (LPE)، و هیجان منفی بدکارکردی (DNE) 104

شکل (4-7): بسط مدل ساختاری ترس و آشفتگی با استفاده از نشانگرهای ضعف روحیه (DEM)، هیجان
مثبت پایین (LPE)، و هیجان منفی بدکارکردی (DNE) با حذف تاثیر هیجان مثبت پایین (LPE)، بر
آشفتگی 105

شکل (4-8): بسط مدل ساختاری ترس و آشفتگی با استفاده از نشانگرهای ضعف روحیه (DEM)، هیجان
مثبت پایین (LPE)، و هیجان منفی بدکارکردی (DNE) (با تعویض مکان ترس اختصاصی با
وسواس) 106

فصل اول

- ✓ مقدمه
- ✓ بیان مسئله
- ✓ اهمیت و ضرورت
- ✓ اهداف پژوهش
- ✓ فرضیه‌های پژوهش
- ✓ تعاریف متغیرها

مقدمه:

"نیاز به طبقه بندی اختلال های روانی در تمامی طول تاریخ پزشکی بدیهی به نظر رسیده است ولی در مورد اینکه کدام یک از اختلال ها را باید مد نظر قرار داد و نیز اینکه مناسبترین شیوه سازماندهی آنها کدام است، توافق چندانی وجود نداشته است." (TR-IV-DSM؛ ترجمه نیکخو، 1383؛ ص 20).

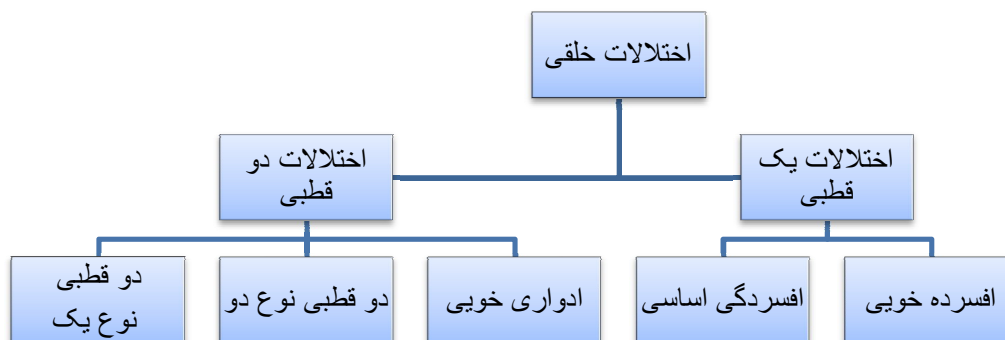
DSM یا راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا بعنوان پرکاربردترین نظام طبقه بندی اختلال های روانی در دنیا هر چند سال یکبار مورد بازنگری قرار گرفته و دستخوش تغییر و تحولاتی می گردد. اولین چاپ آن (I-DSM) در سال 1952 انتشار یافت و تا سال 2000 که متن تجدید نظر شده ویرایش چهارم آن (TR-IV-DSM) منتشر شد با محاسبه تجدید نظر ویرایش سوم، مجموعاً شش بار مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت.

استفاده از تجربیات بالینی، نتایج پژوهش های آسیب شناسی روانی و پیشرفت در علوم و فنون گوناگون از تصویر برداری های مغزی گرفته تا بهبود تکنیک های روانسنجی و گسترش کاربرد نرم افزارهای آماری باعث تغییرات گسترده ای در حجم و نوع طبقه بندی این راهنما شده است.

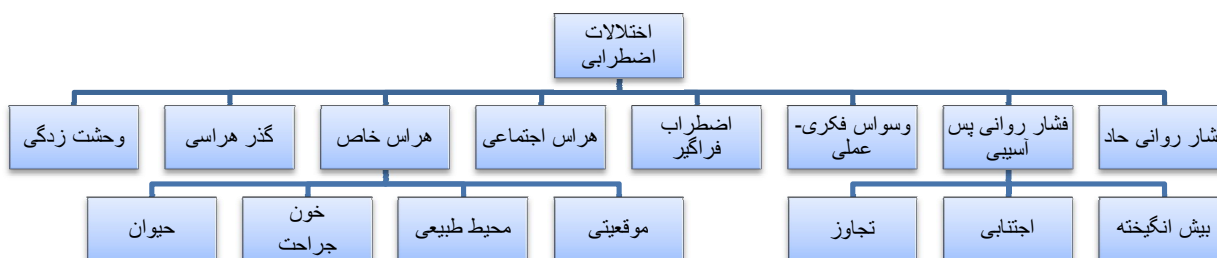
در حال حاضر پژوهشگران مختلف به نقد نظام طبقه بندی DSM پرداخته و عده ای به دیدگاه مقوله ای (اعتقاد به این که اختلالها، عناصری واقعی، جداگانه و عینی در خارج هستند) ایراد گرفته و نقایص و محدودیتهای آن را متذکر شده اند. این دسته از پژوهشگران بر این عقیده اند که رویکرد ابعادی به طبقه بندی (که اختلال های شخصیت را درجات افراطی و نهایی در پیوستار شخصیت بهنجار در نظر می گیرد)، درک بهتری از مفهوم سازی اختلال های شخصیت فراهم می کند. محمد امین شریفی و مجید محمود علیلو در مقاله ای با عنوان رویکردهای مقوله ای و ابعادی در طبقه بندی اختلال های شخصیت (1387) به ذکر دیدگاه پژوهشگران منتقد این موضوع پرداخته و در مقدمه می نویسند:

"اختلال های روانی، به پیروی از مدل پزشکی استاندارد، بر اساس واحد های آسیب شناختی مجزا درک می شوند: افراد یا یک اختلال را دارند، یا ندارند مطابق همین دیدگاه نیز، DSM تشخیص های مقوله ای را ارائه کرده و اغلب یک نقطه برش خاص در فهرست علایم ذکر نموده است: به این معنی که از آن نقطه به بالا اختلال وجود دارد (هاسلم 2003). با این حال پژوهشگران به طرز فزاینده محدودیت سیستم مقوله ای فوق را متذکر شده اند و در مقابل، مدل های ابعادی اختلال های شخصیت را پیشنهاد کرده اند."

اما پژوهشگران دیگری مانند دیوید واتسون¹، محتوای طبقات را مورد نقد قرار داده اند. آنچه در حال حاضر بنا بر نظام طبقه بندی TR-IV-DSM به عنوان ملاک طبقه بندی اختلال های خلقی و اضطرابی مورد عمل قرار می گیرد به صورت شکل 1-1 و 1-2 می باشد (واتسون ، 2005).



شکل 1-1: طبقه بندی اختلالات خلقی بر مبنای TR-IV-DSM



شکل 1-2: طبقه بندی اختلالات اضطرابی بر مبنای TR-IV-DSM

واتسون (2005) با اشاره به حجم زیادی از تحقیقات که به تفسیر ساختار زیربنایی اختلال های خلقی و اضطرابی اختصاص یافته است و با در نظر گرفتن دومسئله کلیدی در طبقه بندی یعنی "همبودی"² و ناهمگنی³ اختلال ها ، ضمن برشمردن اشکالات طبقه بندی موجود، به طراحی مدلی کمی از آنها پرداخت و در این جهت که کدام اختلال ها باید در کدام دسته از طبقات قرار گیرند با بهره گیری از مطالعات ساختاری و مدل سازی آنها نظرات اصلاحی عمل گرایانه ای برای ویرایش آینده DSM ارائه کرده است:

"ویرایش چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا 1994) اختلال ها را در طبقه های تشخیص بر اساس ملاک های ذهنی "ویژگیهای مشترک پدیدار شناختی"⁴ گروه بندی می کند. حال داده های کافی برای حذف این مدل منطقی و جایگزینی آن با یک ساختار مبتنی بر تجربه که شباهتهای واقعی میان اختلال ها را منعکس می کند، وجود دارد. مدارک ساختاری موجود این را بیان می کند که اختلال های خلقی و اضطرابی باید در هم ادغام و در یک طبقه فراگیر اختلال های عاطفی قرار گیرند، که می تواند به سه زیر طبقه شکسته شود (نظیر آنچه که در شکل 3-1 ملاحظه می شود):

1- اختلال های دوقطبی (دوقطبی I، دوقطبی II ادواری خویی).

2- اختلال های "آشفستگی"⁵ (افسردگی عمده، اختلال افسرده خویی، اختلال اضطراب فراگیر ، اختلال استرس پس آسیبی).

3- اختلال های "ترس"⁶ (اختلال های وحشت زدگی، گذر هراسی، هراس اجتماعی، هراس خاص).

جایگذاری بهینه سندرم های دیگر (مثلاً اختلال و سواس فکری-عملی) نیاز به تشریح در پژوهش های آتی دارد. واتسون (2005).

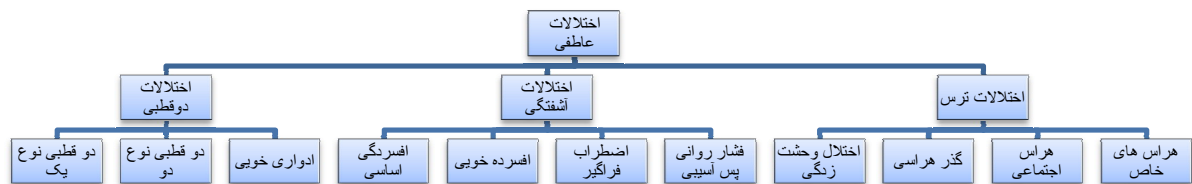
²-Comorbidity

³- Heterogeneity

⁴-shared phenomenological features

⁵-Distress

⁶-Fear



شکل 3-1: مدل ساختاری پیشنهادی واتسون برای اختلال های خلقی و اضطرابی

بیان مسئله:

تحقیقات وسیعی به منظور تشریح ساختار زیربنایی اختلال های خلقی و اضطرابی صورت گرفته است. تحقیقات و پیشنهاد واتسون بر دو مسئله کلیدی طبقه بندی، یعنی همبودی و ناهمگنی، متمرکز بوده است (واتسون 2005). همبودی را می توان به طور وسیعی بعنوان همزمانی وقوع اختلال های مختلف در یک شخص تعریف کرد (لیلین فلد⁷، ولدمن⁸، و اسرائیل⁹ 1994؛ مینه کا¹⁰، واتسون و کلارک¹¹ 1998)؛ در همبودی، سازه هایی که بر طبق فرضیه از هم مجزا فرض شده اند، به طور تجربی با همدیگر همپوشی دارند. بنا براین زمانی که همبودی به طور معناداری در سطحی بالاتر از شانس و تصادف در جامعه رخ می دهد، موجب مسئله کلی تر "اعتبار افتراقی"¹² می شود. شواهد همبودی معنادار- و اغلب اساسی - در میان اختلال هایی که در ویرایش های متوالی DSM موجود است (1980، 1987، 1994) به گسترش روز افزون مدل های پیچیده ای انجامیده است که به دنبال تبیین این الگوهای همزمانی هستند (مینه کا و همکاران 1998).

⁷ -Lilienfeld

⁸ -Waldman

⁹ -Israel

¹⁰ - Mineka

¹¹ -Clark

¹² -Discriminant Validity

درمقابل نا همگنی زمانی بوجود می آید که پدیده هایی که معمولاً در هم ادغام می شوند به اندازه کافی متمایز درک می شوند که جدا بودنشان از همدیگر را تضمین کنند؛ در بافت طبقه بندی بیماری ها ، این مسئله مکرراً به ایجاد زیرگونه های تشخیصی می انجامد و این مسئله خود تصدیق کننده این موضوع است که یک گروه طبقه بندی موجود برای بدست دادن حد اکثر آگاهی بیش از حد نا همگن است (واتسون 2003ب). این دسته از شواهد تحقیقات را به سمت زیرساخت های ابعادی نشانه ها سوق داده است، شامل اختلال استرس پس آسیبی (PTSD)، اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)، و هراس های خاص (واتسون، گامز¹³ و سیمز¹⁴، در دست چاپ). واتسون (2005) این شواهد ساختاری را مرور کرد و پیامدهای گسترده تر آنرا برای طبقه بندی بعدی اختلالهای روانی (ویرایش پنجم) بررسی کرد. او با تکیه بر تحلیل‌های همبستگی و عاملی، توانمندی داده های ساختاری را نشان داد و بوسیله این داده ها چند اصل ساختاری مهم را بنا نهاد که در گستره وسیعی از شرایط با قدرتمندی قابل تعمیم هستند. واتسون در مطالعه خود سه نکته خاص را خاطر نشان می کند. اول اینکه، نتایج سنخی- ارثی¹⁵ و سنخی- پدیداری¹⁶ به طور گسترده ای با یکدیگر سازگار هستند و عموماً به نتایج ساختاری مشابهی می انجامند. به طور مثال، مینه کا (1998) بعد از بررسی شواهد مطالعه چند دوقلو، به این نتیجه رسید که "افسردگی به طور ژنتیکی از اختلال اضطراب فراگیر (GAD) غیر قابل تشخیص است، با اختلال وحشتزدگی به اندازه متوسط مرتبط است و تا حد بیشتری با هراس های خاص مرتبط است" (صفحه 391). این الگو در نتایج سنخی- پدیداری به طور موازی وجود داشت و نشان داد که افسردگی به طور قویتری با GAD همبودی داشت تا با دیگر اختلالهای اضطرابی. همچنین، تحلیل اختلالهای خلقی، اضطرابی و مصرف مواد، هم در داده های سنخی- پدیداری (کاکس¹⁷، کلارا¹⁸، و انس¹⁹ 2002؛ کروگر²⁰ 1999؛ ولبرگ²¹ و همکاران 2001) و

13 - Gamez

14 - Simms

15 -genotypic

16 -phenotypic

17 -Cox

18 -Clara

هم در داده های ژنتیکی (کندلر²²، پرسکات²³، مایرز²⁴ و نیل²⁵، 2003) ساختار سه عاملی پایه ای مشابهی را نشان داده اند. دوم اینکه، تحلیل های ساختاری نتایج سازگاری را در گونه های مختلف پاسخ دهندگان شامل نمونه هایی از دانشجویان، بزرگسالان عادی و بیماران بدست میدهد. چیزی که بیشتر از همه چشمگیر است این است که اوکانر²⁶ (2002) یک فراتحلیل شامل 37 پرسشنامه شخصیتی و آسیب شناسی روانی را برای مشخص کردن اینکه آیا تفاوت های ساختاری مهم در داده های بدست آمده از پاسخ دهندگان بالینی و غیر بالینی وجود دارد یا خیر انجام داد. نتیجه گیری او به این شرح است:

"نتایج نشان میدهند که تعداد مشابهی از ابعاد و مولفه ها در رابطه با ماتریسها برای ابزارهای سنجش فعلی برای جمعیت های بالینی و غیر بالینی وجود دارند. بعلاوه ارزیابی های آماری طبیعت این مولفه ها نشان داد که عوامل ضرورتاً برای دو گونه جمعیت مشابه هستند... به صورت کلی تر، تفاوت میان داده های بالینی و غیر بالینی به ندرت موجود بودند، و باید بسیار سرسخت بود تا بر علیه الگوی کلی تشابه نظر داد." (اوکانر 2002 صفحه 984).

سوم اینکه، مدل های ساختاری تکرارپذیری بین فرهنگی موثری را نشان میدهند. کروگر، چنتسووا-داتون²⁷، مارکون²⁸، گولدرگ²⁹ و اورمیل³⁰ (2003) روابط میان هفت سندرم آسیب شناسی روانی معمول در 14 کشور مختلف در 5 قاره را آزمایش کردند؛ اروپا (مثلاً فرانسه و ایتالیا)، آسیا (مثلاً چین و هند)، آفریقا (نیجریه)، آمریکای

19 -Enns

20 -Krueger

21 -Vollebergh

22 -Kendler

23 -Prescott

24 -Myers

25 -Neale

26 -O'Connor

27 -Chentsova-Dutton

28 -Markon

29 -Goldberg

30 -Ormel

جنوبی (برزیل، شیلی)، و آمریکای شمالی (ایالات متحده). نتایج آنها نشان داد که یک مدل دو عاملی که تمایزی اساسی بین سندرمهای درونی سازی³¹ و بیرونی سازی³² را منعکس می‌سازد، "با برآزش مناسبی از داده های دیگر کشورها همراه بود" (صفحه 433). واتسون (2005) نیز نشان داد که الگوهای ساختاری مشابهی (از قبیل همبودی قوی بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلالهای خلقی) در نمونه های بزرگ ملی در ایالات متحده (کروگر 1999)، هلند (ولبرگ 2001)، و استرالیا (مثلاً هانت،³³ ایساکیدیس،³⁴ و اندروز،³⁵ 2002) بروز پیدا کرده است.

همزمان واتسون (2005) همچنین (براون،³⁶ کمپبل،³⁷ له من،³⁸ گریشام،³⁹ و مانسیل،⁴⁰ 2001؛ براون، دیناردو،⁴¹ له من، کمپبل، 2001) محدودیت عمده DSM که مقدار زیادی از شواهد آن بر پایه نشانگرهای دو ارزشی تشخیصیها (یعنی حضور در مقابل غیاب) می باشد را در 4 دسته نشان داده اند. اول، بسیاری از اختلالهای DSM نسبتاً نادر هستند و نرخهای پایه بسیار پایینی را در نمونه های غیر بالینی نشان میدهند، در نتیجه تحلیل‌های آماری را مشکل دار و غیر ممکن می سازند (در میان چیزهای دیگر، نرخهای پایه بسیار پایین این متغیرها، مقدار همبستگی مشاهده شده با دیگر متغیرها را تقلیل خواهد داد). برای مثال، اختلال دوقطبی از تحلیل‌های ساختاری "مطالعه همبودی ملی" (NCS؛ کروگر، 1999) و پژوهش سلامتی روانی و مطالعه میزان بروز هلند " (NEMESIS؛ ولبرگ و همکاران، 2001) به دلیل نرخ پایه بسیار پایین در جمعیت عادی حذف شده است.

31 -Internalizing

32 -Externalizing

33 -Hunt

34 -Issakidis

35 -Andrews

36 -Brown

37 -Campbell

38 -Lehman

39 -Grisham

40 -Mancill

41 -DiNardo

به همین شکل اگر چه علامت شناسی اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) در جمعیت عادی بسیار معمول است (واتسون، وو،⁴² و کاتشال،⁴³ 2004)، نشانگان کامل آن، یک نرخ شیوع پایین را نشان میدهد و اغلب از تحلیل‌های ساختاری حذف می‌شود (مثلا ولبرگ و همکاران 2001). دوم، تحلیل‌های مبتنی بر تشخیص DSM بوسیله قواعد حذف سلسله مراتبی، پیچیده شده اند؛ این قواعد، ملاکهای تشخیصی هستند که تاکید می‌کنند: اختلال‌های معین نباید تشخیص داده شوند اگر بر اساس روی دادن در طی دوره اختلال دیگری به صورت همزمان، مبنای قضاوت قرار می‌گیرند (آن اختلالی که جایگاه بالاتری را اشغال می‌کند، در سلسله مراتب تشخیصی مکان ممتازتری را به خود اختصاص می‌دهد؛ براون و بارلو،⁴⁴ 1992؛ کلارک، واتسون، و رینولدز،⁴⁵ 1995). ثابت شده است که این موضوع یک مشکل اختصاصی در اختلال‌های خلقی و اضطرابی است (واتسون 2005). ویرایش تجدید نظر شده چاپ سوم راهنما (APA، R-III-DSM، 1987) یک مجموعه گسترده از ملاکهای حذف را که تاثیر کلی آن مشکل ساختن تشخیص اختلال‌های اضطراب در حضور افسردگی عمده بود را شامل می‌شد (مینه کا و همکاران 1998). بسیاری از این ملاکهای حذف کردن، متعاقبا در DSM-IV (APA، 1987) و در DSM-IV (APA، 1994) کنار گذاشته شدند، اما برخی از آنها هنوز به شکل تغییر یافته ای باقی هستند، و در مطالعات متفاوت به صورت ناسازگاری به کار گرفته شده اند. برای مثال، براون و کمپیل و همکاران (2001) نشان دادند که در DSM-IV یک تشخیص از اختلال اضطراب فراگیر (GAD) نباید انجام شود اگر ویژگیهای آن اختصاصا در دوره یک اختلال خلقی رخ دهد. از آنجا که GAD به مقدار زیادی با اختلال‌های خلقی همبودی دارد (مثلا براون، کمپیل، و همکاران 2001؛ براون، کورپیتا،⁴⁶ و بارلو، 1998؛ مینه کا و همکاران، 1998)، کاربرد سخت گیرانه این قاعده حذف به شدت نرخ پایه ی GAD را در یک

⁴² -Wu

⁴³ -Cutshall

⁴⁴ -Barlow

⁴⁵ -Reynolds

⁴⁶ -Chorpita

نمونه کاهش می دهد و رابطه آن را با سندرمهایی از قبیل افسردگی عمده تقلیل می دهد. سوم اینکه، معیارهای تشخیصی برای بسیاری از اختلالها به طرز معناداری با هر ویرایش جدید DSM تغییر می کنند؛ بعضی از این تغییرات ممکن است بر قدرت رابطه شان با سندرمهای دیگر تاثیر بگذارد. مثلا به منظور بهبود تشخیص افتراقی اختلال وحشت زدگی، نشانه ها و علائم برانگیختگی خود مختار (مانند افزایش ضربان قلب، تنگی نفس) از ملاکهای IV-DSM برای GAD حذف شدند (براون، دیناردو، و همکاران، 2001). تاثیر گسترده این تغییرات، افزایش مولفه اضطرابی کلی در GAD بود که به همبودی بیشتر با افسردگی عمده منجر شده است (براون، دیناردو، و همکاران، 2001؛ مینه کا و همکاران، 1998). به طور کلی تر، تغییرات اساسی در ملاکهای تشخیصی علائم، تشخیص را تقریبا به کار خطرناکی تبدیل می کند، به گونه ای که باعث درهم آمیختن یافته ها در بین تشخیصهای III-DSM، R-III-DSM و IV-DSM برای اختلالهای خلقی و اضطرابی می گردد (واتسون، 2005).

چهارم، تحلیل‌های مبتنی بر تشخیص، در تبیین ناهمگنی معناداری که در درون بسیاری از اختلالهای DSM موجود است شکست می خورد (واتسون 2003 ب). همانگونه که قبلا اشاره شد، برخی از اختلالهای اضطرابی رایج را می توان در چند گروه نشانه ای مجزا تقسیم بندی کرد. برای مثال، تحلیل‌های ساختاری، ابعاد چندگانه نشانه ها را در اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)، (مثلا، سامرفیلد⁴⁷، ریختر⁴⁸، آنتونی⁴⁹، و سوانیسون⁵⁰، 1999؛ واتسون و وو، 2005؛ وو، و واتسون، 2003)، اختلال استرس پس آسیبی (PTSD)، (سیمز⁵¹، واتسون و دئوبیلینگ⁵²، 2002)، و هراس های خاص (مثلا آردیندل⁵³، پیکرزگیل⁵⁴، مرکلباخ، آردون⁵⁵، و کارنت، 1991؛

47 - Summerfeldt

48 - Richter

49 - Antony

50 - Swinson

51 - Simms

52 - Doebbeling

53 - Arrindell

کاتشال و واتسون، 2004) مشخص کرده است. این ابعاد نشانه ای ممکن است با دیگر سندرمها به طرز کاملاً متفاوت همبستگی داشته باشند و در نتیجه، تحلیل‌های ساختاری را پیچیده ساخته و در ایجاد یک طبقه بندی مناسب اخلاص ایجاد کنند (واتسون 2005).

واتسون IV-DSM را به عنوان یک مدل کمی سلسله مراتبی مفهوم سازی مجدد کرده است (2005). او مفروضات پایه ای برای طبقه بندی آسیب شناسی روانی در IV-DSM فرض کرده است: " در IV-DSM آسیب شناسی روانی در الف) طبقه های تشخیصی کلی ب) اختلالهای خاص ج) زیر گونه های تشخیصی سازماندهی شده اند تبدیل طبقه بندی IV-DSM به یک ساختار سلسله مراتبی کمی به تشریح مشکلات متعدد در این طبقه بندی که به راحتی قابل تصحیح هستند، کمک خواهد کرد."

در تغییر IV-DSM بدین گونه، واتسون سه فرض اساسی و پایه را در نظر می گیرد. اول اختلالهایی که در طبقه تشخیصی متفاوتی می افتند (مثلاً افسردگی عمده از اختلالهای خلقی در مقابل OCD از اختلالهای اضطرابی) از لحاظ تجربی و عملی غیر مرتبط فرض می شوند؛ این بدین دلیل است که نظام رایج DSM هیچ ارتباطی از این دست را بوسیله قرار دادن آنها با یکدیگر در یک گروه مشترک به رسمیت نمی شناسد. دوم، او فرض می کند که اختلالهایی که در طبقه تشخیصی مشابهی می افتند به طور عمده و معنی داری به هم مرتبط هستند؛ مثلاً OCD باید از لحاظ تجربی با GAD هم تغییری داشته باشد، زیرا هر دو بعنوان اختلالهای اضطرابی طبقه بندی می شوند. سوم، اندازه های زیر گونه های تشخیصی اینگونه فرض می شود که به طور قوی تری با هم همبستگی داشته باشند تا با نشانگرهای اختلالهای متفاوت. برای مثال، هراس حیوان باید به میزان بیشتری با هراس جراحی/خون (زیرگونه ای دیگر از هراس های خاص) همبسته باشد تا با هراس اجتماعی.

54 - Pickersgill

55 - Ardon