





انتشارات سازمان بهزیستی

نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی- اجتماعی (ویراست چهارم)

بازویراست براساس DSM-5

سال ۱۳۹۷

برای استفاده در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی سازمان بهزیستی کشور

پدیدآورندگان:

دکتر حسن رفیعی، دکتر حسین مجتهدی، دکتر کامران جعفری نژاد، سعید نوروزی جوینانی،
مهشید مرادی، آذرزندی، آزاده جباری، آسیه رضایی

عنوان و نام پدیدآور: نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی.../پدیدآورندگان حسن رفیعی...[و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: سازمان بهزیستی کشور، انتشارات، ۱۳۹۷.

مشخصات ظاهری: ۱۳۶ص: جدول.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۵۶۹-۷۸-۹

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: پدیدآورندگان حسن رفیعی، حسین مجتهدی، کامران جعفری‌نژاد، سعید نوروزی‌جوینانی، مهشید

مرادی، آذر زندی، آزاده جبّاری، آسیه رضایی.

یادداشت: کتابنامه.

موضوع: راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

موضوع: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

موضوع: بیماری‌های روانی -- رده‌بندی

موضوع: Mental illness -- Classification

موضوع: بیماری‌های روانی -- ایران -- تشخیص

موضوع: Mental illness -- Diagnosis -- Iran

موضوع: بیماری‌های روانی -- تشخیص

موضوع: Mental illness -- Diagnosis

شناسه افزوده: رفیعی، حسن، ۱۳۴۴ -

شناسه افزوده: سازمان بهزیستی کشور

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۷ن ۲/۲ / RC۴۵۵

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۰۸۹۷۵

شماره کتابشناسی ملی: ۵۳۲۹۰۰۲



انتشارات سازمان بهزیستی

نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی (ویراست چهارم)

پدیدآورندگان: دکتر حسن رفیعی، دکتر حسین مجتهدی، دکتر کامران جعفری‌نژاد،

سعید نوروزی‌جوینانی، مهشید مرادی، آذر زندی، آزاده جبّاری، آسیه رضایی

ناشر: سازمان بهزیستی کشور

اجرا: اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل

چاپ اول: ۱۳۹۸

شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

قیمت: اهدایی

فهرست عناوین

پیشگفتار	۹
تقدیر و تشکر	۱۱
نظرات برخی از اساتید	۱۲
تقدیر و تشکر از کارشناسان مشاوره	۱۲
مقدمه	۱۷
فرایند شکل‌گیری و تدوین اولین نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی-اجتماعی	۲۵
فرایند بازبینی کتابچه حاضر	۲۶
ویژگی‌های طبقه‌بندی حاضر	۲۷
تبیین مبانی طبقه‌بندی ویرایش چهارم	۲۹
تغییرات کتابچه بر اساس تغییرات DSM5	۳۵
تغییرات اعمال شده توسط گروه تدوین کننده طبقه‌بندی حاضر	۴۱
فهرست تفصیلی طبقه‌بندی اختلالات روانی و مشکلات فردی	۵۰
فهرست تفصیلی طبقه‌بندی مشکلات بین فردی	۶۹
فهرست تفصیلی طبقه‌بندی ارائه راهنمایی	۷۱
فهرست تفصیلی نیم رخ موقعیتی	۷۶
تعاریف اختلالات روانی	۸۱
اختلالات نمو عصبی	۸۱
اختلالات روانپریشانه	۸۳
اختلال دو قطبی و اختلالات مرتبط	۸۵
اختلالات افسردگی	۸۶
اختلالات اضطرابی	۸۸
اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط	۹۰
اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی	۹۲
اختلالات تجزیه‌ای	۹۳
اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط	۹۴
اختلالات تغذیه و خوردن	۹۵

اختلالات دفع	۹۶
اختلالات خواب- بیداری	۹۶
اختلالات جنسی	۹۸
اختلالات ایدایی، کنترل تکانه و سلوک	۱۰۱
اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور و سایر اختلالات اعتیادی	۱۰۲
اختلالات عصبی- شناختی	۱۰۵
اختلالات شخصیت	۱۰۶
تعریف مشکلات فردی	۱۱۰
تعاریف مشکلات بین فردی	۱۱۰
تعریف ارائه راهنمایی	۱۱۷
تعاریف نیمرخ موقعیتی مراجع	۱۱۷
موقعیت‌های تحصیلی	۱۱۷
موقعیت‌های شغلی	۱۱۸
موقعیت‌های اقتصادی	۱۱۹
موقعیت‌های فرهنگی- اجتماعی	۱۱۹
موقعیت‌های مربوط به پیش از ازدواج	۱۱۹
موقعیت‌های مربوط به ازدواج	۱۲۰
موقعیت‌های مربوط به طلاق و پساطلاق	۱۲۰
موقعیت‌های خانوادگی	۱۲۰
موقعیت‌های چرخه زندگی	۱۲۲
موقعیت‌های غیر مترقبه و بحرانی	۱۲۳
موقعیت‌های حقوقی و قضایی	۱۲۳
موقعیت‌های مرتبط با سلامت	۱۲۴
سایر موقعیت‌ها	۱۲۴
پیوست	۱۲۵
پیوست یک: ابزار خودسنجی برای علائم مشترک سطح یک نسخه بزرگسالان DSM5	۱۲۷
پیوست دو: معیارهای تشخیص اختلالات اعتیاد رفتاری	۱۳۲
منابع	۱۳۵

فهرست جداول

- جدول ۱- تشخیص مراجعان دچار اختلال ، دچار مشکل و بی علامت ۳۱
- جدول ۲- نیم رخ موقعیتی ۳۳
- جدول ۳- رعایت اصل امساک بین دو اختلال ۴۳
- جدول ۴- رعایت اصل امساک بین اختلال و مشکل فردی ۴۴
- جدول ۵- رعایت اصل امساک بین اختلال / مشکل فردی و مشکل بین فردی ۴۵
- جدول ۶- جدول کلی طبقه بندی اختلالات روانی و مشکلات فردی ۴۶
- جدول ۷- جدول کلی مشکلات بین فردی ۴۷
- جدول ۸- جدول کلی ارائه راهنمایی ۴۷
- جدول ۹- فهرست تفصیلی نیم رخ موقعیتی مراجع، در یک نگاه ۴۸
- جدول ۱۰- جدول کلی نیم رخ موقعیتی مراجع ۴۹
- جدول ۱۱- اختلالات نمو عصبی ۵۰
- جدول ۱۲- اختلالات روان پریشانه ۵۱
- جدول ۱۳- اختلالات اختلالات دو قطبی و اختلالات مرتبط ۵۱
- جدول ۱۴- اختلالات افسردگی ۵۲
- جدول ۱۵- اختلالات اضطرابی ۵۳
- جدول ۱۶- اختلالات وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط ۵۴
- جدول ۱۷- اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی ۵۵
- جدول ۱۸- اختلالات تجزیه ای ۵۵
- جدول ۱۹- اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط ۵۶
- جدول ۲۰- اختلالات تغذیه و خوردن ۵۷
- جدول ۲۱- اختلالات دفع ۵۷
- جدول ۲۲- اختلالات خواب- بیداری ۵۸
- جدول ۲۳- اختلالات جنسی (کژکاری های جنسی/ اختلالات کارکرد جنسی) ۵۹
- جدول ۲۴- اختلالات جنسی (ملال جنسانی) ۶۰
- جدول ۲۵- اختلالات جنسی (اختلالات کژکامی جنسی) ۶۰
- جدول ۲۶- اختلالات ایدایی، کنترل تکانه و سلوک ۶۱

جدول ۲۷- اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور	۶۳
جدول ۲۸- اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد/ اعتیادهای رفتاری	۶۵
جدول ۲۹- تعاریف اختلالات عصبی- شناختی	۶۶
جدول ۳۰- اختلالات شخصیت	۶۷
جدول ۳۱- سایر اختلالات روانی	۶۸
جدول ۳۲- فهرست تفصیلی طبقه بندی مشکلات بین فردی	۶۹
جدول ۳۳- فهرست تفصیلی طبقه بندی ارائه راهنمایی	۷۱
جدول ۳۴- فهرست تفصیلی نیم رخ موقعیتی	۷۶

پیشگفتار

سازمان بهزیستی کشور افتخار دارد از سال ۱۳۷۱ با تحت پوشش قرار دادن نزدیک به ۲۰۰۰ مرکز و دفتر مشاوره دولتی و غیردولتی در اقصاء نقاط کشور، انواع خدمات مشاوره و روان‌شناختی را به عموم مردم ارائه می‌نماید. به‌زعم بسیاری از کارشناسان این مراکز نقش بسیار مهمی در تأمین سلامت روانی-اجتماعی آحاد جامعه ایفا می‌کنند. با توجه به اهمیت ابعاد سلامت جامعه در محقق کردن اهداف توسعه پایدار، روشن است که سیاست‌گذاری‌های جامع در ارتقاء این‌گونه خدمات، مسئولیت سنگینی را متوجه سازمان می‌نماید. البته باید خاطر نشان کرد که به‌هیچ‌عنوان نمی‌توان نقش مراکز آموزش عالی در پرورش روان‌شناسان و مشاوران متخصص را نادیده گرفت. با توجه به کاهش ظرفیت پذیرش دانشجو در مقاطع تحصیلات تکمیلی امید می‌رود که در آینده، سازمان بهزیستی بتواند از فارغ‌التحصیلان به مراتب کارآموده‌تری بهره‌برد. با این وجود سازمان تلاش کرده است که طی نزدیک به سه دهه، در راستای مسئولیت اجتماعی خود، در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی و اختلالات روان‌شناختی، شرایطی را فراهم کند که خدمات سلامت روان با بالاترین کیفیت ارائه شود. به این منظور معاونت مشاوره و امور روان‌شناختی همواره کوشیده است با استفاده از نظرات اساتید دانشگاهی، روان‌شناسان و مشاوران صاحب نام شرایطی را فراهم آورد که علاوه بر افزایش ضریب نفوذ خدمات روان‌شناختی، این‌گونه خدمات از اثربخشی لازم نیز برخوردار باشند. براین اساس یکی از اقداماتی که از بدو صدور مجوزهای فعالیت مراکز مشاوره در دستور کار معاونت تخصصی قرار گرفته است، تهیه چارچوب‌های تشخیصی برای روان‌شناسان و مشاوران بوده است تا با به‌کارگیری آن، وضعیت تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی از یکپارچگی لازم برخوردار گردد. این چارچوب که تحت عنوان «نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی-اجتماعی» شکل گرفته است، با بررسی‌های کارشناسانه به شکلی مستمر مورد بازبینی قرار می‌گیرد. همان‌طوری که در بسیاری از کشورها، از «راهنمای تشخیصی و درمانی اختلالات روان‌شناختی» معروف به DSM استفاده می‌شود، دست‌اندرکاران این کتابچه نیز تلاش کرده‌اند با به‌کارگیری این منبع معتبر و داده‌های ارسال شده از سوی مراکز، در هر ویرایش، کتابچه را تقویت کرده و با به‌کارگیری نظرات کارشناسی آن را به نظام

طبقه‌بندی معتبری بدل سازند.

در پایان لازم می‌دانم از معاونت محترم مشاوره و امور روان‌شناختی- جناب آقای مهدی میرمحمد صادقی- ریاست محترم کارگروه تدوین نظام طبقه‌بندی- جناب آقای دکتر حسن رفیعی- و کارشناس محترم معاونت مشاوره و امور روان‌شناختی- سرکار خانم مهشید مرادی که علاوه بر شرکت در جلسات متعدد تدوین محتوای کتاب، وظیفه تهیه منابع لازم و اعمال تغییرات در محتوای کتاب و نهایی‌سازی آن را به عهده داشتند، تشکر نموده و برای آنان و تمامی کسانی که در چاپ نهایی این کتاب نقش داشتند، آرزوی سلامتی و موفقیت نمایم. امید که این کتابچه نقش مؤثری در ارتقاء کیفی خدمات ارائه شده در مراکز مشاوره تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور به دنبال داشته باشد.

دکتر فاطمه عباسی

معاون توسعه پیشگیری

تقدیر و تشکر

معاونت مشاوره و امور روانشناختی سازمان بهزیستی کشور برای تدوین کتابچه حاضر با سرلوحه قراردادن کار تیمی و بهره‌مندی از خرد جمعی، از نظرات و پیشنهادات اساتید گرانقدری بهره‌مند بوده است که مراتب تشکر و قدردانی خود را از زحمات این عزیزان اعلام می‌داریم. بیشک بدون همیاری ایشان این کار سامان نمی‌یافت و پیشنهادات راه‌گشا و عالمانه ایشان بر غنای این کتابچه افزوده است. فهرست اسامی این بزرگواران به ترتیب الفبا به شرح ذیل می‌باشد.

جناب آقای دکتر مهرداد احترامی، روانپزشک

جناب آقای دکتر فرشاد بهاری، دکترای مشاوره

جناب آقای دکتر بهروز بیرشک، دکترای روانشناسی

جناب آقای دکتر مسعود جان‌بزرگی، دکترای روانشناسی بالینی

جناب آقای دکتر رضا رزاقی، دکترای روانشناسی بالینی

جناب آقای دکتر بابک روشنایی، روانپزشک

جناب آقای دکتر رضا زمانی، دکترای روانشناسی بالینی

سرکار خانم دکتر لادن فتی، دکترای روانشناسی بالینی

جناب آقای دکتر مرتضی نوری خواجوی، روانپزشک

جناب آقای دکتر شهرام وزیری، دکترای روانشناسی بالینی

نظرات برخی استادان در باره کتابچه نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری، و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی- اجتماعی

اینجانب طرح طبقه‌بندی، شماره‌گذاری، و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی را مطالعه کردم. اصولاً طرح به نظر بنده بسیار خوب تنظیم شده است.
دکتر رضا زمانی، روانشناس بالینی

واقعاً کار خوبی بود. اولین بار در عمرم است که کاری را بدون ایرادگیری و بازخورد دادن تأیید کرده‌ام.
دکتر لادن فتی، روانشناس بالینی

کارتان بسیار غنی و دقیق است.
دکتر شهرام وزیری، روانشناس بالینی

تقدیر و تشکر از کارشناسان مشاوره استان‌ها، روانشناسان و روانپزشکان مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تحت نظارت سازمان بهزیستی در سطح کشور

بدینوسیله معاونت مشاوره و امور روانشناختی مراتب تقدیر و تشکر فراوان خود را از کارشناسان مشاوره استان‌ها و همچنین روانشناسان، مشاوران، و روانپزشکان شاغل در مراکز مشاوره این سازمان اعلام می‌دارد. نظرات مفید و ارزنده ایشان راهگشای ما در تدوین و ارتقای این کتابچه بوده است. فهرست اسامی کارشناسان مشاوره استان‌ها و سایر بالینگران شاغل در مراکز مشاوره که در تدوین این کتابچه یاری‌رسان ما بودند به ترتیب الفبایی استان‌ها به شرح ذیل می‌باشد.

۱. استان آذربایجان شرقی: سرکار خانم ملیحه هاتفی، کارشناس روانشناسی بالینی/ سرکار خانم اختر بالود، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

۲. **استان آذربایجان غربی:** سرکار خانم میترا علمداری، کارشناس ارشد مشاوره/ سرکار خانم دکتر لیلا سپاس، دکتری روانشناسی/ سرکار خانم روشنگر یزدان‌پناه، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ جناب آقای خوشدوی ابراهیم‌زاده، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی/ جناب آقای منصور آگشته، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

۳. **استان اردبیل:** سرکار خانم سهیلا ایمان‌پرور، کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی/ آقای دکتر بهزاد ستاری دکترای روانشناسی تربیتی

۴. **استان اصفهان:** جناب آقای دکتر سعید محمدی، دکترای روانشناسی/ سرکار خانم الهه برزگر، کارشناس ارشد روانشناسی مثبت‌گرا

۵. **استان البرز:** سرکار خانم اکرم موسوی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم مژده مظاهری، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی/ سرکار خانم سمانه ناصحی، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی/ سرکار خانم فاطمه غفاری، کارشناس ارشد مشاوره/ جناب آقای حسن کشاورز، کارشناس ارشد مشاوره/ ملیحه مصطفی، کارشناس روانشناسی عمومی

۶. **استان ایلام:** سرکار خانم نسرين شهبازی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم معصومه اسماعیلی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ جناب آقای شاپور کردی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۷. **استان بوشهر:** سرکار خانم ناهید گنجی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم راضیه خرم‌آبادی، دانشجوی دکترای روان‌شناسی

۸. **استان تهران:** سرکار خانم لیلا کریمی فرشی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم مینا مقدم، کارشناس ارشد علوم تربیتی/ سرکار خانم منیژه صفریان، کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی/ جناب آقای امیر کریمی، کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی/ جناب آقای محسن لطفی، کارشناس ارشد مشاوره خانواده

۹. **استان چهارمحال و بختیاری:** سرکار خانم معصومه اسحاقی، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی/ آقای دکتر محمدیاسین سیفی، دکترای روانشناسی عمومی/ جناب آقای فرود نیکوبین، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۱۰. **استان خراسان جنوبی:** جناب آقای شهرام شیخانی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم عاطفه افشاری، کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی/ سرکار خانم طوبی اردونی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ جناب آقای عزیزالله کرامتی، کارشناس ارشد مشاوره

۱۱. **استان خراسان رضوی:** جناب آقای حسن حاجی پور، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم طاهره‌السادات علوی، دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری/ جناب آقای مسعود هنربخش کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم احترام اسماعیل‌زاده، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

۱۲. **استان خراسان شمالی:** سرکار خانم مریم حسن‌زاده، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ جناب آقای دکتر سید حامد سجادیپور، دکترای روانشناسی بالینی

۱۳. **استان خوزستان:** جناب آقای حجت‌الله ادیب‌فر، کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی/ سرکار خانم مهری نیلوفر، کارشناس روانشناسی بالینی

۱۴. **استان زنجان:** سرکار خانم فاطمه مظفری اسماعیلی، کارشناسی علوم تربیتی/ جناب آقای دکتر امید ساعد، دکترای روانشناسی بالینی/ جناب آقای دکتر لقمان ابراهیمی، دکترای مشاوره/ جناب آقای مصطفی ولی‌پور، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان/ سرکار خانم سعیده آتش‌فراز، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

۱۵. **استان سیستان و بلوچستان:** جناب آقای عباسعلی اویسی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم زهرا قاینی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۱۶. **استان قزوین:** سرکار خانم زهرا غلامرضایی، کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت/ سرکار خانم فریبا نجارزاده، کارشناس مشاوره/ جناب آقای دکتر احسان رحمانی، دکترای روانشناسی

۱۷. **استان کردستان:** جناب آقای منوچهر رعدی، کارشناس ارشد مشاوره/ جناب آقای دکتر فاتح رحمانی، دکترای روانشناسی بالینی/ جناب آقای دکتر مختار فرهادیان، دکترای روانشناسی کودک و نوجوان/ جناب آقای باقر کرمی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۱۸. **استان کرمانشاه:** جناب آقای مسعود پایدار، دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت/ سرکار خانم مریم رجبی، کارشناس روانشناسی بالینی
۱۹. **استان کهگیلویه و بویر احمد:** سرکار خانم کبری اخلاقی‌نیا، دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی/ جناب آقای محمدامین جعفری، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
۲۰. **استان گیلان:** مرحومه سرکار خانم فاطمه رهبر جیرسرای، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم زهرا خسروی کبیر، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی/ سرکار خانم دکتر فرحناز نوبخت‌راد، روانپزشک/ سرکار خانم صدیقه معیر، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی
۲۱. **استان لرستان:** سرکار خانم ابتهسام داشی، کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی/ سرکار خانم فتنه زاهدی، کارشناس مددکاری اجتماعی/ سرکار خانم زهرا نیازی، دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی/ سرکار خانم دکتر شیرین اکبری، دکترای سنجش و اندازه‌گیری
۲۲. **استان مازندران:** سرکار خانم سیده کبری طاهری، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی/ سرکار خانم دکتر انسیه بابایی، دکترای مشاوره/ جناب آقای دکتر جواد خلعتبری، دکترای روانشناسی/ جناب آقای وحید نوروزی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
۲۳. **استان مرکزی:** سرکار خانم دکتر کیانوش امینی، دکترای روانشناسی عمومی/ سرکار خانم پگاه مهرطلب، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
۲۴. **استان هرمزگان:** سرکار خانم لیلا نظری، کارشناس روانشناسی بالینی/ سرکار خانم سامیه جهانشاهی، کارشناس ارشد مشاوره/ جناب آقای داود بهزاد، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی
۲۵. **استان همدان:** سرکار خانم شیرین ایزدی، کارشناس ارشد کودکان استثنایی/ سرکار خانم مریم جامه‌بزرگ، کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی/ جناب آقای محمد ترکمان، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی/ سرکار خانم شهلا خسروی، کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی
۲۶. **استان یزد:** جناب آقای حسینعلی دهقانی‌زاده دانشجوی دکترای مشاوره

مقدمه

طبقه‌بندی معتبر، یاری‌رسان تسهیل ارتباط بین پژوهشگران و بالینگران است تا با استفاده از یک زبان مشترک و با استناد به تعاریف عملیاتی، دقیق و موجز بتوانند مرجعی معتبر برای تشخیص، پیش‌آگهی و درمان داشته باشند. البته لازم به ذکر است که هیچ طبقه‌بندی قادر به برآورده کردن تمام نیازهای مخاطبان یا کاربران نیست.

اهمیت تشخیص در حیطه‌های سلامت روان به‌خصوص در روانشناسی و روانپزشکی بر کسی پوشیده نیست. در حقیقت کاربردی هر نوع درمان مناسب، آگاهی‌یافتن از پیش‌آگهی درمان، برقراری ارتباط با بالینگران در زمینه موضوع اختلال روانی^۱، آموزش طبّی و نهایتاً اجرای پژوهش‌ها مستلزم تشخیص‌گذاری مناسب و اتکا به یک طبقه‌بندی تشخیصی معتبر می‌باشد. تشخیص معتبر برای برآورد دقیق و صحیح میزان شیوع اختلالات و برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات و مستندسازی اطلاعات مربوط به سلامت عمومی نظیر مرگ و میر^۲ و عوارض^۳ اختلالات و همچنین تعیین بار بیماری‌ها^۴ و اختلالات نیز بسیار ضروری است. پیش از تدوین طبقه‌بندی‌های تشخیصی، مبنایی برای بررسی اعتبار کارها و مداخلات انجام‌شده در این حیطه وجود نداشت. این طبقه‌بندی‌ها بودند که توانستند به رشد دانش روانشناسی بالینی و روانپزشکی کمک کنند.

در دهه نخست سال ۱۸۰۰ میلادی بود که دانش پزشکی به‌خصوص با کشف باکتری به منزله منبع اصلی بیماری‌های عفونی پیشرفت قابل‌ملاحظه‌ای در درک خاستگاه زیستی بیماری‌های طبّی به دست آورد. در آن دوره پزشکان آلمانی نظیر کرپلین^۵ و آلزایمر^۶ برای شناسایی علل عصبی بیماری‌ها در برخی از بیماران‌شان و برای تفکیک بیماری‌هایی نظیر زوال عقل (دمانس)^۷ از سایر اختلالات روانپزشکی بر حسب شاخص‌های زیستی روش‌هایی ابداع کردند. آنها باور داشتند که اختلال روانی خاستگاه زیستی دارد و بر پایه مشاهدات

۱- کاربرد کلمه «بیماری» (disease) در مورد وضعیت‌های روانپزشکی مهجور است و به جای آن از لغت «اختلال» (disorder) استفاده می‌شود.

2- mortality

3- morbidity

4- burden of disease

5- Kraepelin

6- Alzheimer

7- dementia

نظام‌مند از الگوی اختلال، نشانگان^۱، سیر اختلال^۲ و پیامدها اقدام به سازماندهی یک چارچوب از اختلال‌های روانپزشکی نمودند.

در سال ۱۸۴۴ بود که روانپزشکی به منزله یک تخصص طبی در امریکا شناخته شد. و متعاقباً در سال ۱۹۲۱ انجمن روانپزشکی امریکا تشکیل شد. در آن موقع مؤسسات امریکایی از نظام‌های تشخیصی داخلی استفاده می‌کردند. این نظام‌های تشخیصی بر حسب مورد پژوهی‌هایی بود که برگرفته از اجماع متخصصان برای درمان بیماران شکل میگرفت. در حدود سالهای ۱۹۴۰ بود که نظریه روانکاوی، انجمن روانپزشکی امریکا را به مدت دو دهه تحت‌الشعاع خود قرار داد. در این دوره، اولاً روانپزشکی امریکایی در تعریف اختلال‌ها بیشتر به تفاوت‌های فردی توجه داشت تا به اشتراکات، و ثانیاً فرایندهای ذهنی در اختلال و سلامت روانی مشابه فرض می‌شد. فقدان یک نظام طبقه‌بندی منسجم و فقدان رویکردی که به درک بنیادهای زیستی اختلال‌های روانپزشکی بپردازد، منجر به این شد که روانپزشکی امریکا از بقیه پزشکی به حاشیه رانده شود. دو اتفاق مهم باعث شد که روانپزشکی امریکا به روانکاوی حمله کند.

(۱) کشف داروهای روانپزشکی که به مقدار قابل‌ملاحظه‌ای در درمان اختلال‌های روانپزشکی عمده استفاده می‌شد.

(۲) پژوهش‌های زیستی در زمینه اختلالات روانی با اهمیت بر تأکید سامانه انتقال دهنده‌های عصبی^۳

اولین کار سازمان‌یافته در زمینه تدوین ملاک‌های تشخیصی معیار به سال ۱۹۲۰ برمی‌گردد که در امریکا «سازمان آمار امریکا» برای تخمین شیوع اختلالات روانی اقدام به تدوین ملاک‌هایی نمود که نهایتاً به یک دستنامه تشخیصی به نام «دستنامه آماری برای دارالمجانین»^۴ انجامید که ۲۱ اختلال را تحت پوشش قرار میداد که ۱۹ تای آن از دسته روان‌پریشی‌ها بودند. روانپزشکان امریکایی به این دستنامه توجهی نداشتند، اگرچه تا سال ۱۹۴۲ این دستنامه به ۱۰ چاپ رسید. در سال ۱۹۵۲ و ۱۹۶۸ انجمن روانپزشکی امریکا دو نسخه از ملاک‌های اختلالات روانپزشکی را منتشر کرد، اگرچه پایایی و روایی این تشخیص‌ها تا یک دهه بعد نامشخص بود.

1- syndrome

2- course

3- neurotransmitter

4- Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane/ SMUII

در سال ۱۹۷۰ بود که یک مطالعه بین‌المللی میان آمریکا و انگلیس ضرورت استفاده از نظام تشخیصی منسجم و واحدی برای تعیین میزان اختلال‌های روانی را نشان داد. گارلند^۱ و همکاران در دو شهر لندن و و نیویورک نسبت افرادی را که با تشخیص روان‌گسیختگی^۲ و شیدایی – افسردگی در بیمارستان‌ها بستری شده بودند بررسی کردند. یافته‌ها نشان از تشخیص‌های متفاوت داشت و بسیاری از افرادی که با تشخیص روان‌گسیختگی در نیویورک بستری شده بودند، اگر در لندن بودند برایشان تشخیص شیدایی – افسردگی می‌گذاشتند. در حقیقت در غیاب یک نظام تشخیصی پایا و روا توافق تشخیصی امکان‌پذیر نبود. موارد پیش‌گفته ضرورت تدوین یک طبقه‌بندی منسجم را گوشزد می‌کرد که پیامد آن ظهور طبقه‌بندی‌هایی چون «کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی «کتاب / DSM»^۳ و «طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با سلامت «طبا / ICD»^۴ بود. دسته‌بندی آدمی بر حسب ویژگی‌های جسمی و بررسی استعدادهای ایشان برای ابتلا به انواع خاصی از اختلالات روانی نیز از جمله کارهایی بود که ویلیام هربرت شلدون^۵ (۱۸۹۸ – ۱۹۷۷) و روانپزشک شهیر ارنست کرچمر^۶ (۱۸۸۸ – ۱۹۶۴) انجام دادند. شلدون با طبقه‌بندی سنخ‌های بدنی در پی ارتباطدهی بین این سنخ‌ها با ویژگی‌های خاص روانی در هر سنخ بدنی بود. او به سه سنخ اصلی اشاره دارد که هر سنخ واجد ویژگی‌های شخصیتی و خلقی خاصی هستند. سنخ کشیده‌تن^۷؛ سنخ میانه‌بالا^۸؛ و سنخ فربه‌تن^۹. در ادامه ارنست کرچمر (۱۸۸۸ – ۱۹۶۴) با وضع «سنخ سرشتی کرچمری»^{۱۰} نیز به همین ترتیب به سه سنخ اصلی بدین شرح اشاره دارد. سنخ بدنی ضعیف‌جثه^{۱۱}؛ سنخ بدنی

1- Gurland

2- schizophrenia

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ DSM

4- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/ ICD

5- William Herbert Sheldon

6- Ernst Kretschmer

7- ectomorphic body type

8- mesomorphic body type

9- endomorphic body type

10- Kretschmer constitutional type

11- asthenic body type

چارشانه^۱؛ و سنخ بدنیِ فربه‌تن^۲.

اگر چه سابقهٔ دسته‌بندی‌هایی از این دست و البته با تأکید بر اخلاط اربعه^۳ از قدیم‌الایام وجود داشته است. اخلاط اربعه یا مایعات بدن در طب سنتی شامل صفرا^۴، سودا^۵، دم^۶، و بلغم^۷ است که افزایش یا کاهش هر کدام موجب یکی از طبایع^۸ می‌شوند.

طبقه‌بندی^۹ اختلالات روانی که با نام‌هایی از قبیل nosology و taxonomy نیز شناخته می‌شود، جنبه‌ای اساسی در روانشناسی و روانپزشکی و سایر حرفه‌های مربوط به سلامت روان است. در حال حاضر دو نظام طبقه‌بندی مشخص برای اختلالات روانی وجود دارد: یکی «کتار - ۵ / DSM-5»^{۱۰} کاری از انجمن روانپزشکی آمریکا^{۱۱}، و دیگری «طبا - ۱۰ / ICD - 10»^{۱۲} کاری از سازمان جهانی سلامت.^{۱۳}

«کتار / DSM» و «طبا / ICD» دو طبقه‌بندی موازی یکدیگرند. اگرچه تفاوت‌های متنی بین «کتار / DSM» و «طبا / ICD» وجود دارد، بنابر توافقنامهٔ بین «سازمان جهانی سلامت» و «انجمن روانپزشکی آمریکا» شناسه‌گذاری^{۱۴} تشخیصی در این دو طبقه‌بندی میبایست یکسان باشد تا گزارش‌های آماری ملی و بین‌المللی یکدست آرایه شوند (سادوک^{۱۵}، ۲۰۱۵). فهرست مقولات اختلالات در طبقات مجزا ذکر شده است و در عین وجود تفاوت‌های قابل ملاحظه در هر طبقه، مقایسه‌پذیری آنها نیز میسر است.

البته طبقه‌بندی‌های دیگری نیز وجود دارد که کاربران کمتری دارد و بیشتر محلی است.

1- athletic body type

2- pyknic body type

3- humors

4- choler

5- gall

6- blood

7- phlegm

8- quality

9- classification

10- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5

11- American Psychiatry Association/ APA

12- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision/ICD-10

13- World Health Organization/ WHO

14- coding

15- Sadock

نظیر «دستنامه تشخیصی روان‌پویشی»^۱ و «طبقه‌بندی اختلالات روانی در چین»^۲ نگاشته «انجمن روانپزشکی چین»^۳. طبقه‌بندی اخیر از منظر ساختار و مقوله‌بندی شبیه به «کتار/DSM» و «طبا/ICD» است. اما در زمینه موارد ذیل تفاوت‌هایی دارد:

۱. برخی تفاوت‌ها در زمینه تشخیص‌های اصلی
 ۲. اشاره به قریب به ۴۰ اختلال وابسته به فرهنگ^۴
 ۳. حذف برخی اختلالات و نهایتاً تشخیص‌ها که گویا خاص فرهنگ غرب است.
- ملاک‌های افسردگی در این طبقه‌بندی نظیر آن چیزی است که در «کتار/DSM» و «طبا/ICD» آمده است. اما معادل افسردگی در این طبقه‌بندی اصطلاحی به نام «کم‌رویی»^۵ است. برای پی‌خستگی^۶ نیز نامی دیگر برگزیده‌اند که متضمن دو معنای شکایات جسمی، خستگی و خلق افسرده است که ناشی از «بی‌تعادلی اندام‌های حیاتی»^۷ تلقی می‌شوند. در این طبقه‌بندی به جای اختلال شخصیت مرزی که در «کتار/DSM» آمده یا اختلال شخصیت بی‌ثباتی هیجانی که در «طبا/ICD» آمده است، اختلال شخصیت تکانشی ذکر شده است. نهایتاً اینکه تشخیص‌هایی که بیشتر مختص فرهنگ چینی و آسیایی است در این فرهنگ به طور کامل توضیح داده شده است نظیر:

- «کورو»^۸ یا «نشانگان توکشیدگی تناسلی»^۹
- «زو هو رو مو»^{۱۰} به معنای سرریز غیرقابل کنترل چی^{۱۱} در بدن
- سایر شکایات فرد شامل دردهای موضعی، سردرد، بیخوابی، و حرکات غیرارادی

1- Psychodynamic Diagnostic Manual/PDM

2- Chinese Classification of Mental Disorders/CCMD

3- Chinese Society of Psychiatry/CSP

4- culture bound disorders

5- low spirit

6- neurasthenia

7- disharmony of vital organs

۸- کورو (Koro) یک نشانگان وابسته به فرهنگ (culture bound syndrome) که عمدتاً در مردان چینی جنوب و شرق آسیا دیده می‌شود و گاه به حدّ یک همه‌گیری منطقه‌ای می‌رسد و مشخصه آن اضطراب ناگهانی و شدید بابت از دست دادن اندام جنسی و ترس از مرگ است.

9- genital retraction syndrome

10- Zou huo ru mo

۱۱- «قی» (qì) در فرهنگ و در طب سنتی چینی اشاره به آن عنصر فعالی دارد که بخش اصلی تشکیل دهنده هر موجود زنده است. معنای تحت‌اللفظی آن «گاز»، «هوا»، و «دم» است با «قی» فارسی نبایستی اشتباه شود.

غیر قابل کنترل

- اختلالات روانی ناشی از تأثیر جادو

همانطور که پیشتر ذکر شد «دستنامه تشخیصی روانپویشی» یک کتاب تشخیصی است شبیه به «کتار/DSM» و «طب/ICD» که در سال ۲۰۰۶ انتشار یافته است. پدیدآورندگان این دستنامه تماماً از روانکاوان بنام و عضو انجمنها و مؤسسات معتبر روانکاوی نظیر «انجمن جهانی روانکاوی»^۱ و بخش روانکاوی «انجمن روانشناسان آمریکا»^۲ هستند. بسیاری از مفاهیم این کتاب برگرفته از سنت روانکاوی کلاسیک در روان‌درمانی است. به عنوان مثال اضطراب را در این کتاب می‌توان در همان چهار چیزی جستجو کرد که فروید با نام چهار موقعیت خطرناک پایه نام نهاده بود. شامل (۱) از دست دادن یک فرد مهم، (۲) از دست دادن عشق، (۳) از دست دادن انسجام جسمی^۳، و (۴) فقدان تأیید توسط وجدان شخصی فرد^۴. این کتاب به منزله مکملی برای «کتار/DSM» و «طب/ICD» نیست و در آن بر تفاوت‌ها و تشابهات توأمان با تأکید بر طیف وسیعی از کارکردهای روان توجه شده است.

با توجه به موارد پیش گفته می‌توان به نقش و اهمیت طبقه‌بندی‌های جامع و مانع پی برد. از طرف دیگر انجمن‌ها و بالینگران بر حسب رشته تخصصی و علایق کاری خویش طبقه‌بندی‌های گوناگونی به منظور برآوردن اهداف تشخیصی، آموزشی، و درمانی تدوین کرده‌اند. واحدهای طبقه‌بندی‌های گوناگون بر حسب مفروضه‌های پدیدآورندگان در دسته‌های اختلال یا نشانگان^۵ می‌گنجد.

سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۶۷ نیز در پی ساماندهی مداخلات مشاوره‌ای و روانشناختی برای مخاطبان خاص خود، نیاز به بهره‌مندی از یک طبقه‌بندی تشخیصی را احساس و اقدام به تدوین یک طبقه‌بندی نمود. در طول چندین سال، ویراست‌های گوناگونی از این طبقه‌بندی به زیور طبع آراسته شده است. پدیدآورندگان با اتکا به موارد ذیل سعی بر آن داشته‌اند تا این طبقه‌بندی بتواند حداکثر نیازهای بالینگران و مخاطبانش را تحت پوشش قرار دهد. مواردی از قبیل:

- بهره‌مندی از طبقه‌بندی‌های رایج و معتبر

1- International Psychoanalytical Association

2- American Psychological Association

3- body integrity

4- loss of affirmation by one's own conscience

5- syndrome

- بررسی یافته‌های آماری از نیم‌رخ مراجعان مراکز مشاوره سازمان بهزیستی کشور
- نظرسنجی از بالینگرانی که با طبقه‌بندی پیشین در مراکز کار می‌کرده‌اند.
- بررسی نظرات صاحب‌نظران اعم از بالینگران و پژوهشگران خارج از سازمان بهزیستی کشور

در بررسی سیر پدیدآیی طبقه‌بندی حاضر بایستی به مواردی اشاره کرد که ضرورت تدوین آن را گوشزد می‌کند. در حقیقت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در حیطه سلامت روان ناگزیر از بهره‌مندی از یک طبقه‌بندی تشخیصی معتبر یا تدوین یک طبقه‌بندی روزآمد با توجه به ضرورت‌های سازمانی خویش هستند. بدیهی است که تشخیص‌گذاری مناسب به عنوان یک اصل مهم در هرگونه مداخله روانشناختی، تدوین برنامه درمانی برازنده، مداخله بهنگام، مؤثر، و مبتنی بر شواهد از جمله دل‌مشغولی‌های سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حیطه سلامت روان و همچنین مداخله‌گران است.

برخی از مهمترین مزایای طبقه‌بندی‌ها را می‌توان به شرح ذیل برشمرد:

- کمک به کاهش پیچیدگی پدیده‌های بالینی
 - تسهیل ارتباط بین بالینگران
 - کمک به پیش‌بینی پیامدهای اختلال
 - تصمیم‌گیری برای ارایه درمان مناسب
 - بررسی علت‌شناسی^۱ و تنکردشناسی^۲ مرضی
 - پایش درمان
 - کمک به متخصصان همه‌گیرشناسی برای شیوع و بروز اختلال‌ها
- بدیهی است که به منظور پوشش حداکثری مراجعان می‌توان از طبقه‌های تشخیصی متعدد استفاده کرد یا از ملاک‌های دقیق و معیار برای توصیف وضعیت مراجع بهره‌مند شد. از طرف دیگر تحلیل‌های آماری برگرفته از داده‌های هر طبقه‌بندی، یاری‌رسان سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حیطه سلامت روان می‌باشد تا با رصد آسیب‌های اجتماعی و برآورد شیوع و بروز آسیب‌ها علاوه بر تعیین نیم‌رخ وضعیت سلامت روان در جامعه، دستمایه‌ای برای کارهای پژوهشی، آموزشی، و برنامه‌ریزی فراهم نمایند.
- در ادامه سیر تدوین این طبقه‌بندی یادآور این نکته مهم است که پدیدآورندگان در گذر

1- etiology

2- pathophysiology

زمان به دنبال آن بوده‌اند تا موارد ذیل را در این طبقه‌بندی لحاظ نمایند:

۱. افزایش جامعیت و مانعیت این طبقه‌بندی
۲. پرهیز از هم‌پوشانی‌ها
۳. تعیین حد و مرزهای تشخیصی با استفاده از ملاک‌های دقیق و با تعاریف عملیاتی
۴. پوشش حداکثری مراجعان
۵. تسهیل ثبت آماری اطلاعات
۶. حذف طبقه‌هایی که کاربرد کمتری دارند.
۷. ایجاد طبقه‌های تشخیصی جدید برای اختلالات و مشکلاتی که مبتلایان بیشتری را به خود اختصاص داده یا اختلالات و مشکلات نوظهور نظیر اعتیادهای رفتاری
۸. تدوین برگه‌های گزارشگری روزآمد و مبتنی بر نظام طبقه‌بندی جدید
۹. جابجایی طبقات تشخیصی و گاه ادغام آن در سایر طبقات با توجه به یافته‌های جدید و چارچوب‌دهی مجدد به طبقات تشخیصی
۱۰. تغییر واژه‌ها و تعاریف و تدقیق آنها

سعید نوروزی جوینانی

فرایند شکل‌گیری و تدوین اولین نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی

اولین نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تشخیص اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی در سازمان بهزیستی، براساس مقدمه پیش گفته، حاصل عقاید، تجارب، تبادل افکار و دانش گروهی از روانپزشکان، روانشناسان و مشاوران بود که از سال ۱۳۷۶ شروع شد و طی چندین سال به شکل کنونی در آمده است. پدیدآورندگان ویرایش اول جناب آقایان دکتر حسن رفیعی (مدیرکل وقت دفتر مشاوره و فنون پیشگیری)، دکتر باقر ثنائی ذاکر، دکتر علیرضا جزایری، سعید نوروزی جویانی، کامیار ستوده و دکتر علی فیض زاده؛ و سرکار خانم‌ها دکتر نرگس طالقانی، ماریت قازاریان، شبثم رضوانپور، دکتر فاطمه قاسم زاده و دکتر آذرمیدخت مفیدی بودند که در مدت یک سال و نیم با تلاش فراوان اولین ویرایش طبقه‌بندی را تدوین نمودند. پس از برگزاری کارگاه آموزشی برای مشاوران استان تهران، این نظام در حدود یک سال در مراکز مشاوره استان تهران اجرا و سپس نظرسنجی از مشاوران انجام شد. به دنبال آن و به منظور انجام اصلاحات، از همکار محترم ژاله افشاری منفرد، اکرم محبوب و جناب آقایان رضا رزاقی، محمدعلی علیدوست ابدیخواه و مهدی نوروزی که از مشاوران وقت استان تهران بودند، دعوت به عمل آمد. پس از انجام اصلاحات، در سال ۱۳۷۸ ویرایش دوم تدوین و چهار کارگاه آموزشی برای مشاوران سازمان بهزیستی در سراسر کشور برگزار شد. سپس استفاده از طبقه‌بندی در کلیه مراکز مشاوره حضوری و تلفنی کشور لازم‌الاجرا گردید. در سال ۱۳۷۹ نظرسنجی مجدد از کلیه مشاوران مراکز مشاوره سراسر کشور به عمل آمد و سپس در جلسه مشترکی با تلاش فراوان همکاران محترم به نمایندگی از استان‌های مختلف کشور سرکار خانم دکتر فرحناز نیکبخت (استان گیلان)، آقایان تورج محمدزاده (استان آذربایجان غربی)، عباس زامیاد (استان کرمان)، سیدجواد فروزانی (استان فارس) حذف و اضافاتی انجام شد و حاصل آن ویرایش سوم طبقه‌بندی بود که همواره جا دارد از همکاری این عزیزان تشکر و قدردانی گردد. تدوین ویرایش سوم با مدیریت و سروراستاری سرکار خانم ماریت قازاریان و با همکاری و تلاش سرکار خانم سهیلا طاهریان انجام گردید. ویرایش سوم نظام طبقه‌بندی، شماره‌گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی به انضمام فرم‌های طراحی شده آن، از سال ۱۳۸۱ تا سال ۱۳۹۵ در مراکز

مشاوره سازمان بهزیستی کشور مورد استفاده قرار گرفته است. عنوان کتابچه "نظام شماره گذاری و تشخیص اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی" در ویرایش جدید به "نظام طبقه بندی، شماره گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی" تغییر نام یافته است.

فرایند بازبینی کتابچه حاضر

هیچ پدیده‌ای بی‌نیاز از بازبینی نیست؛ به‌خصوص پدیده‌های علمی. بدیهی است با توجه به تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای که در نظریه‌های روانشناسی و روانپزشکی و به تبع آن طبقه‌بندی‌ها رخ می‌دهد، بازنگری در مفاهیمی از این دست جزو ضروریات هر نظام پویاست. این طبقه‌بندی هم مستغنی از تغییر و بازنگری نبوده و نیست. از طرف دیگر کاربران این طبقه‌بندی به عنوان کسانی که بیشترین ارتباط را با این طبقه‌بندی داشته‌اند پیشنهادهایی برای تکمیل و افزایش جامعیت و مانعیت آن ارائه داده بودند که ضرورت تدوین ویراست جدیدی از این طبقه‌بندی را گوشزد می‌کرد. بنابر موضوعات پیش‌گفته معاونت مشاوره و امور روانشناختی بهزیستی کشور اقدام به بازنگری در طبقه‌بندی پیشین نمود تا هم مبتنی بر شواهد علمی بوده و هم پیشنهادات کاربران اصلی آن یعنی بالینگران اعم از روانشناس، روانپزشک، مشاور، و ... فراهم آورد.

مراحل این بازنگری به شرح ذیل است.

۱. تشکیل گروه بازنگری بر حسب یک رویکرد بین‌رشته‌ای از متخصصان اعم از روانشناس، روانپزشک، مشاور، و
۲. تدوین طرح بازنگری طبقه‌بندی بر اساس:
 - نظرات بالینگرانی که در مراکز از این طبقه‌بندی در کارهای تشخیصی خود استفاده می‌کرده‌اند.
 - مرور منابع مرتبط و مطالعه طبقه‌بندی‌های رایج در دنیا
 - احصای طبقه‌های جدید، طبقه‌های محذوف، طبقه‌های تغییر نام یافته و همچنین طبقه‌های تعدیل‌شده در طبقه‌بندی‌های تشخیصی روزآمد
۳. بحث انتقادی در میان گروه بازنگری
۴. بررسی نتایج اجرای طبقه‌بندی‌های قبلی

۵. توجه جدی به آخرین ویراست «کتاب / DSM» و بررسی تغییرات آن
۶. تدوین نسخه بازبینی شده و ارسال برای استادان و کارشناسان استانی
۷. اعمال نظرات و پیشنهادات ارسالی از استادان و کارشناسان تا جایی که به انسجام کلی طبقه‌بندی لطمه نزند.

ویژگی‌های طبقه‌بندی حاضر

از نکات مهمی که در این طبقه‌بندی بدان پرداخته شده است می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد.

- پرهیز از تشخیص‌گذاری اختلالات و مشکلات برای همه مراجعان و تدوین طبقه‌هایی برای آن دسته از مراجعانی که لزوماً نه برای درمان اختلالات و مشکلات و بلکه برای اخذ راهنمایی برای ارتقای کیفیت زندگی به مراکز مشاوره مراجعه کرده‌اند. این ویژگی گامی در جهت پرهیز از بیماری‌نگری صرف در مراجعان و تأکید بر اهمیت مؤلفه‌های ارتقای سلامت روان و مداخله‌های غیربالینی برای مراجعان مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی سازمان بهزیستی کشور است.
- از طرف دیگر پدیدآورندگان طبقه‌بندی حاضر از ابتدای تألیف ویراست نخست این طبقه‌بندی در سال ۱۳۷۶ اهتمامی جدی برای تفکیک مشکلات از اختلالات داشتند تا مراجعانی را که واجد برخی ملاک‌های اختلال خاصی هستند، اما نمی‌توان برای آنها تشخیص اختلال گذاشت، بتوان در طبقه مشکلات قرار داد و مداخلاتی برازنده برایشان ارایه کرد.
- پدیدآورندگان این کتابچه به منظور پاسداشت زبان فارسی و بهره‌مندی از معادل‌های رسا و مناسب برای واژه‌های لاتین، اهتمام جدی به بهره‌گیری از معادل‌های پیشنهادی فرهنگستان زبان و ادب فارسی در حوزه‌های مربوطه - روانشناسی، مشاوره، روانپزشکی، و اعتیاد - داشته‌اند. همچنین ضمن استفاده از پیشنهادات اساتید گرانقدر و کارشناسان محترم استانی؛ برای واژه‌های مذکور از منابع ذیل نیز استفاده شده است.

۱. فرهنگ واژه‌های مصوب فرهنگستان زبان و ادب فارسی (۱۳۹۱). نشر آثار

۲. هزارواژه پزشکی (۱۳۹۳). فرهنگستان زبان و ادب فارسی، نشر آثار

۳. واژه‌نامه روانشناسی و زمینه‌های وابسته (۱۳۶۸). دکتر محمدنقی براهنی و همکاران، نشر فرهنگ معاصر
 ۴. واژه‌نامه تطبیقی روانشناسی، روانپزشکی، و علوم تربیتی (۱۳۸۹). دکتر رضا زمانی، نشر قو
 ۵. فرهنگ جامع علوم رفتاری (چاپ‌نشده). دکتر حسن رفیعی، سعید نوروزی جویانی، انتشارات دانش
- پدیدآیی این طبقه‌بندی از سال ۱۳۷۶ مرهون تلاش استادان، کارشناسان و مشاورانی بوده است که با صرف وقت و همدلی فراوان ویراست‌های متنوعی از این طبقه‌بندی ارائه داده‌اند. جا دارد از تمام دست‌اندرکاران تدوین این طبقه‌بندی از سال‌های گذشته تا زمان حاضر قدردانی شود.

معاونت مشاوره و امور روانشناختی

تبیین مبانی طبقه‌بندی ویرایش چهارم کتابچه نظام طبقه‌بندی، شماره گذاری و تعاریف اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی

چنان که می‌دانید، در طبقه‌بندی قبلی علاوه بر طبقه «اختلالات» به طبقه «مشکلات» نیز توجه شده بود و این یکی از وجوه تفاوت طبقه‌بندی ما با طبقه‌بندی‌های متداول، به ویژه طبقه‌بندی مبنا یعنی «کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (کتاب ۱ DSM) بوده است. داده‌های مراکز مشاوره سازمان بهزیستی مؤید ضرورت در نظر گرفتن طبقات «مشکلات» بوده است، به طوری که در آخرین سال (۱۳۹۳) مشاوران سازمان برای حدود ۷۰٪ از مراجعان ما تشخیص «مشکل» را مطرح کرده بودند. به پشتوانه این شواهد تجربی، مزیت مذکور را در این ویرایش نیز حفظ کرده‌ایم. لازم به ذکر است آنچه ما در این طبقه‌بندی «مشکلات» نامیده‌ایم، اخیراً مورد توجه بیشتر واقع شده است. از جمله می‌توان به کار کیز^۲ (۲۰۰۲) اشاره کرد: او استدلال می‌کند که اگر سلامت روان را چیزی بیش از فقدان اختلالات روانی بدانیم، طبقه‌بندی‌های موجود که صرفاً ناظر به اختلالات روانی‌اند، برای بازنمود سلامت روان کفایت ندارند، یعنی حدود نیمی از جمعیت را که فاقد اختلالات روانپزشکی‌اند، نادیده می‌گیرند. او سلامت روان را مجموعه‌ای از احساسات مثبت و کارکردهای مثبت در زندگی تعریف می‌کند و وجود علائم مثبت را شور^۳ و فقدان آنها را فُتور^۴ می‌نامد. سپس با استناد به یافته‌های تجربی، شیوع و بار فتور را در جامعه آمریکا محاسبه می‌کند.

در طبقه‌بندی قبلی، مشکلات نیز به سه دسته فردی، بین فردی، و موقعیتی تقسیم می‌شدند. اکنون نیز آن سه دسته را به طور کلی حفظ کرده‌ایم، ولی برخی تغییرات نیز به شرح زیر در آنها داده‌ایم.

دسته «مشکلات فردی» که در گذشته نیز کمابیش متناظر با دسته «اختلالات» تعریف شده بود، این بار کاملاً متناظر با آن در نظر گرفته شده است، به طوری که در مقابل هر طبقه «اختلال» (جز روان‌پریشی، دوقطبی، و تجزیه‌ای) یک دسته «مشکل فردی» قرار

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ DSM

2- Keyes

3- Flourishing

4- Languishing

داده شده است که در واقع شکل تحت‌بالینی^۱ آن اختلال است. دلیل استثنا کردن این سه دسته آن بود که شکل تحت‌بالینی برای آنها یا وجود ندارد یا خود تحت عنوان اختلالی آورده شده است.

تعاریف زیر برای تفکیک مراجعان دچار اختلال، دچار مشکل و بی‌علامت در نظر گرفته شده است (جدول ۱):



الف. تشخیص بر اساس معیارهای کلی اختلال

۱. اگر حداقل یکی از دو معیار کژکاری^۲ و رنج^۳ به طور قابل توجه در مراجع وجود داشته باشد، تشخیص «اختلال» گذاشته می‌شود.

۲. اگر حداقل یک علامت وجود داشته باشد، ولی هیچ یک از دو معیار کژکاری و رنج به طور قابل توجه در مراجع وجود نداشته باشد، تشخیص «مشکل» گذاشته می‌شود.

۳. اگر در هیچ یک از ۱۳ علامت مشترک^۴ (پیوست ۱) نمره بالای نقطه برش وجود نداشته باشد و هیچ تشخیصی گذاشته نشده، مراجع «بی‌علامت» در نظر گرفته می‌شود که ممکن است دچار مشکل بین‌فردی باشد یا برای تقاضای راهنمایی مراجع کرده باشد.

ب. تشخیص بر اساس معیارهای تشخیصی هر یک از اختلالات

۴. هرگاه مراجع، معیارهای تشخیصی یکی از طبقات «کتر - ۵ / DSM-5»^۵ را به اندازه‌ای دارد که برای تشخیص کافی است (از آستانه تشخیصی^۶ می‌گذرد)،

1- Subclinical

2- Dysfunction

3- Distress

4- Cross-cutting symptoms

5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5

۶- منظور از آستانه تشخیص، حداقل معیارهای لازم برای تشخیص یک اختلال طبق کتر ۵ - است.

تشخیص آن «اختلال» برای او جایز است.

۵. هرگاه معیارهای تشخیصی یکی از طبقات «کتار - ۵ / DSM-5» به طور کامل در مراجع دیده نشود و او تنها برخی از آنها (حداقل یک علامت) را دارد و این تعداد به اندازه‌ای نیست که برای تشخیص کافی باشد (به آستانه تشخیصی نمی‌رسد)، تشخیص «مشکل فردی» متناظر با آن اختلال برای او مناسب است. مجدداً تأکید می‌شود اگر کسی صرفاً یک علامت داشته باشد یا حتی هیچ علامتی نداشته باشد، ولی یکی از دو معیار کژکاری یا رنج را داشته باشد، باز هم در طبقه اختلال قرار داده می‌شود.

۶. هرگاه حتی یک علامت نیز برای او قابل تشخیص نباشد، مراجع «بی‌علامت» در نظر گرفته می‌شود. در این صورت، او یا دچار «مشکل بین‌فردی» است یا اساساً هیچ مشکلی ندارد و صرفاً برای دریافت «راهنمایی» مراجعه کرده است.

جدول ۱- تشخیص مراجعان دچار اختلال، دچار مشکل، و بی‌علامت

معیار مُراجع	علامت	کژکاری یا رنج یا هر دو	معیارهای تشخیصی یکی از طبقات «کتار - ۵ / DSM-5»
دچار اختلال	+	+	به اندازه‌ای وجود دارد که برای تشخیص کافی است (از آستانه تشخیصی می‌گذرد).
دچار مشکل	+	-	برخی وجود دارد، ولی نه به اندازه‌ای که برای تشخیص کافی باشد (به آستانه تشخیصی نمی‌رسد).
بدون تشخیص (بی‌علامت)	-	-	اصلاً وجود ندارد

مشکلات بین‌فردی: مشکل بین‌فردی می‌تواند علت مراجعه فرد برای دریافت مشاوره باشد چرا که مسأله‌ای جدی در رابطه ایجاد کرده و نیاز به مداخله مشاوره‌ای وجود دارد. تشخیص مشکل بین‌فردی را زمانی می‌توان مطرح کرد که (۱) فرد برای مشکلی که در روابط خود با دیگران دارد، مراجعه کرده و (۲) این مشکل با اختلال یا مشکل فردی، بهتر قابل توجیه نباشد.

ارائه راهنمایی: گاه مراجع بی‌آنکه مشکل یا اختلالی قابل تشخیص داشته باشد، صرفاً برای کسب اطلاعات تخصصی مراجعه میکند. در این صورت بسته به زمینه مورد سؤال در یکی از طبقات قرار می‌گیرد.

نیم‌رخ موقعیتی مراجع

در ویرایش‌های قبلی، در کنار طبقات اختلال، مشکل فردی، و مشکل بین فردی، طبقه‌ای نیز به نام «مشکل موقعیتی» وجود داشت. در این ویرایش نام این طبقه را به «نیم‌رخ موقعیتی» تغییر داده‌ایم و در عوض امکان آن وجود دارد که تأثیر این موقعیت بر هر یک از طبقات اختلال یا مشکل ذکر شود. همچنین اگر موقعیت مراجع موجب اختلال یا مشکلی در وی نشده و او فقط برای کسب راهنمایی در مورد آن آمده، باز قابل ذکر است. موارد مطرح شده در بخش نیم‌رخ موقعیتی (جدول ۲) تشخیص نیستند؛ بلکه توصیفی از موقعیت فرد هستند که می‌تواند (۱) منجر به اختلالی شده باشد یا عارضه آن باشد، (۲) موجب مشکل فردی شده باشد یا عارضه آن باشد، (۳) موجب مشکل بین فردی شده باشد یا عارضه آن باشد، (۴) موجب کسب راهنمایی شده باشد، یا (۵) به هیچ یک از اختلالات، مشکلات و حتی کسب راهنمایی ربطی نداشته باشد. به عبارت دیگر، موقعیت فرد، بالقوه عامل فشار است و می‌تواند منجر به هر یک از پنج حالت فوق شود.

جدول ۲ - نیم‌رخ موقعیتی مراجع

موقعیت‌ها	به اختلال یا مشکل یا راهنمایی ربط ندارد	به تقاضای راهنمایی ربط دارد	به مشکل فردی ربط دارد	به مشکل بین فردی ربط دارد	به اختلال ربط دارد*
موقعیت‌های تحصیلی					
موقعیت‌های شغلی					
موقعیت‌های اقتصادی					
موقعیت‌های فرهنگی - اجتماعی					
موقعیت‌های مربوط به پیش از ازدواج					
موقعیت‌های مربوط به ازدواج					
موقعیت‌های مربوط به طلاق					
موقعیت‌های خانوادگی A. انواع خانواده B. موقعیت‌های خانوادگی چالش‌برانگیز					
موقعیت‌های مربوط به چرخه زندگی					
موقعیت‌های غیرمترقبه					
موقعیت‌های حقوقی و قضایی					
موقعیت‌های مرتبط با سلامت					
سایر موقعیت‌ها					
		تقاضای راهنمایی در موارد غیر مرتبط با موقعیت			

* منظور از «ربط» در اینجا «ارتباط علیتی» است که بر چهار نوع است:

۱. موقعیت، عارضه مشکل یا اختلال باشد، مثل کسی که همسرش به علت اعتیاد او (اختلال) از وی طلاق (موقعیت) گرفته است.

۲. موقعیت، عامل مستعدکننده^۱ برای پیدایش اختلال یا مشکل باشد، مثل کسی که در کودکی والدینش را از دست داده (موقعیت) و این وضع، وی را مستعد اختلال افسردگی عمده (اختلال) کرده است.
 ۳. موقعیت، عامل تسریع‌کننده^۲ برای پیدایش اختلال یا مشکل باشد، مثل کسی که در موقعیت امتحان کنکور قرار دارد (موقعیت) و به علت آن دچار اختلال اضطراب فراگیر (اختلال) شده است.
 ۴. موقعیت، عامل تداوم‌بخش^۳ اختلال یا مشکل باشد، مثل کسی که اختلال روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنی) دارد و ابراز هیجان در خانواده‌اش بالاست (موقعیت) و این موجب عود اختلال وی پس از فروکش علائم می‌شود.
- هدف از این بخش صرفاً ترسیم نیم‌رخی از موقعیت‌های مراجع بدون هیچ‌گونه اولویت‌بندی است. برای رسیدن به این هدف لازم است همه موقعیت‌های دارای ارتباط قابل‌توجه که در حین مصاحبه با مراجع بر مشاور معلوم شده است، ذکر گردد.

1- Predisposing factor
 2- Precipitating factor
 3- Perpetuating factor

تغییرات کتابچه بر اساس تغییرات «کتاب - ۵ / DSM-5»

۱- در «کتاب - ۵ / DSM-5» اختلالاتی که برای اولین بار در کودکی تشخیص داده می‌شوند، دیگر در فصل مجزایی قرار ندارند، بلکه در کل اختلالات روانی توزیع شده اند. به طور مثال:

- i. اختلال در خودماندگی، با نام جدید اختلالات طیف در خودماندگی^۱ در طبقه اختلالات نموّ عصبی قرار گرفته و نشانگان آسپرگر، اختلال انسجام گسیختگی دوران کودکی، اختلال رت و اختلالات نافذ نمو را نیز در بر گرفته است.
- ii. اختلال نافرمانی مخالفت‌آمیز^۲ و اختلال سلوک^۳ اختلالات اصلی طبقه جدیدی به نام اختلال ایذایی، کنترل تکانه، و سلوک را تشکیل می‌دهند.
- iii. اختلالات پیام‌رسانی^۴ در طبقه اختلالات نموّ عصبی قرار گرفته است.
- iv. اختلالات دفعی طبقه جدیدی را تشکیل داده‌اند.
- v. اختلال اضطراب جدایی در طبقه اختلالات اضطرابی قرار گرفته است.

۲- آنچه در کتابهای قبلی تحت عنوان «اختلالات خلقی» آمده بود و شامل هر دو دسته اختلالات افسردگی و اختلالات دوقطبی بود، در «کتاب - ۵ / DSM-5» به صورت دو طبقه مجزا آمده است: یک طبقه شامل اختلالات افسردگی است و طبقه دیگر اختلالات دوقطبی را در بر می‌گیرد. در دسته اختلال افسردگی این تغییرات صورت گرفته است:

- i. آنچه در کتابهای گذشته کج خلقی^۵ نامیده می‌شد به اختلال افسردگی مدید^۶ تغییر نام یافته است.

1- Autistic spectrum disorder
 2- Oppositional defiant disorder
 3- Conduct disorder
 4- Communication disorder
 5- Dysthymia
 6- Persistent depressive disorder

- ii. طبقه جدید اختلال کُتنظیمی خلقی اِی‌دایی^۱ برای کودکان زیر ۱۸ سال اضافه شده که
تظاهر آن عبارت است از برافروختگی^۲ مداوم و حمله‌های مکرر رفتارهای افراطی
- iii. اختلال ملال پیش از قاعدگی^۳ اضافه شده است.

۳- آنچه در کتارهای قبلی تحت عنوان «اختلالات اضطرابی» آمده بود، در «کتار - ۵ / DSM-5» در سه طبقه به نام‌های «اختلالات اضطرابی^۴»، «اختلال وسواسی- اجباری^۵ و اختلالات مرتبط»، و «اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشارروانی» قرار گرفته است.

الف) در دسته اختلالات اضطرابی تغییرات زیر صورت گرفته است:

- i. اختلال اضطراب جدایی^۶ و سکوت‌پیشگی موقعیتی^۷ در طبقه اختلالات اضطرابی قرار گرفته است.
- ii. آنچه در کتارهای قبلی جمعیت‌هراسی^۸ خوانده می‌شد، اکنون اختلال اضطراب اجتماعی^۹ خوانده می‌شود.
- iii. در گذشته برزن‌هراسی^{۱۰} فقط مرتبط با اختلال هول^{۱۱} بود و اینک خودش یک طبقه مجزا است.

ب- اختلال وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط در «کتار - ۵ / DSM-5» یک طبقه مجزا را تشکیل می‌دهد و اختلالات زیر به آن افزوده شده است.

- ۱. اختلال «بدریخت‌انگاری بدن»^{۱۲}
- ۲. اختلال «ذخیره‌سازی/ احتکار»^{۱۳}

-
- 1- Disruptive mood dysregulation disorder
 - 2- Irritability
 - 3- Premenstrual dysphoric disorder
 - 4- Anxiety disorders
 - 5- Obsessive - Compulsive Disorder (OCD)
 - 6- Separation anxiety disorder
 - 7- Selective mutism
 - 8- Social phobia
 - 9- Social anxiety disorder
 - 10- Agoraphobia
 - 11- Panic disorder
 - 12- Body dysmorphic disorder
 - 13- Hoarding

۳. اختلال «کندن مو»^۱

۴. اختلال «کندن پوست/ خراشیدن پوست»^۲

ج) «اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی» در «کتار - ۵ / DSM-5» یک طبقه مجزا را تشکیل می‌دهد و در این طبقه تغییرات زیر صورت گرفته است.

i. این طبقه جدید بر همه اختلالاتی تمرکز دارد که در آنها قبل از آغاز علائم، فشار عصبی (استرس) یا سانحه روانی/ ضربه روانی/ روان‌ضربه (تروما) وجود داشته است.

ii. اختلالات سازگاری^۳ در این طبقه قرار داده شده است.

iii. اختلال استرس پس از سانحه^۴ در اطفال نیز اضافه شده است.

د) آنچه در ویرایش‌های پیشین DSM تحت عنوان اختلال دلبستگی^۵ آمده بود، در «کتار - ۵ / DSM-5» به صورت دو اختلال آمده است: ۱) «اختلال دلبستگی واکنشی»^۶ و ۲) اختلال «معاشرت اجتماعی مهارگسیخته»^۷ که مشخصه آن رفتار بیش از حد خودمانی با بزرگسال غریبه است.

۴- طبقه جدید اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط^۸

i. آنچه در DSM‌های قبلی تحت عنوان «اختلال جسمی‌شکل»^۹ آمده بود، در

«کتار - ۵ / DSM-5» «اختلال علامت جسمی»^{۱۰} نام گرفته است.

ii. آنچه در DSM‌های قبلی تحت عنوان «اختلال تبدیلی»^{۱۱} آمده بود، در «کتار

1- Trichotillomania/ Hair-Pulling disorder

2- Skin picking disorder/ Dermatillomania

3- Adjustment disorder

4- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

5- Attachment disorder

6- Reactive attachment disorder

7- Disinhibited social engagement disorder

8- Somatic symptom and related disorders

9- Somatoform

10- Somatic symptom disorder

11- Conversion disorder

- ۵ / ۵ «DSM-5» «اختلال تبدیلی/ اختلال کارکردی توأم با علائم عصبی»^۱ نام گرفته است.
- iii. آنچه در DSM های قبلی تحت عنوان «خودبیمارانگاری»^۲ آمده بود، در «کتار - ۵ / ۵» «DSM-5» «اختلال اضطراب بیماری»^۳ نام گرفته است.
- iv. آنچه در DSM های قبلی تحت عنوان اختلالات روان‌تنی^۴ آمده بود، در «کتار - ۵ / ۵» «DSM-5» «عوامل روانشناختی موثر بر سایر شرایط طبی»^۵ نام گرفته است.
- v. اختلالات ساختگی^۶ نیز در این طبقه قرار گرفته است.

۵- اختلالات تغذیه و خوردن^۷

- i. اختلال پرخوری حمله‌ای^۸ به صورت یک اختلال مستقل درآمده است.
- ii. آنچه در DSM های قبلی تحت عنوان اختلالات تغذیه‌ای کودک و نوجوان^۹ آمده بود، در «کتار - ۵ / ۵» «DSM-5» «اختلال مصرف غذای اجتنابی/ محدودکننده»^{۱۰} نام گرفته است و در «سایر» علامت زده می‌شود.
- iii. اختلالات هرزه‌خواری^{۱۱} و نشخوار^{۱۲} به این طبقه منتقل شده‌اند و در «سایر» علامت زده می‌شوند.

۶- اختلالات دفع^{۱۳}

- اختلالات دفع قبلاً در طبقه اختلالات ویژه کودک و نوجوانان بوده و در «کتار - ۵ /

-
- 1- Functional neurological symptom disorder
 - 2- Hypochondriasis
 - 3- Illness anxiety disorder
 - 4- Psychosomatic
 - 5- Psychological factors affecting other medical conditions
 - 6- Factitious disorder
 - 7- Feeding and Eating disorders
 - 8- Binge eating
 - 9- Feeding disorder of infancy or early childhood
 - 10- Avoidant/Restrictive food intake disorder
 - 11- Pica
 - 12- Rumination
 - 13- Elimination disorders

DSM-5» به عنوان یک طبقه جدید و مجزا در نظر گرفته شده است.

۷- اختلالات خواب و بیداری^۱

آنچه در گذشته خوابگردی و وحشت خواب نامیده می شد اکنون به صورت دو نوع از اختلالات «برانگیختگی خواب غیر حرکات سریع چشم»^۲ است. خوابگردی به دلیل شیوع کم در این طبقه بندی حذف شده اما وحشت خواب حفظ شده است.

۸- اختلالات جنسی^۳

تغییرات این طبقه به شرح ذیل است.

- i. مقاربت دردناک^۴ و مهمل گرفتگی^۵ با هم ادغام شده و در «کتار - ۵ / DSM-5» به نام اختلال دخول/ درد تناسلی- لگنی^۶ نامیده می شود.
- ii. دو اختلال میل جنسی زنان و اختلال برانگیختگی جنسی زنان^۷ در «کتار - ۵ / DSM-5» ادغام شده و تحت عنوان یک اختلال به نام اختلال علاقه/ برانگیختگی زنان^۸ آمده است.
- iii. اختلال بیزاری جنسی^۹ حذف شده و در طبقات دیگر ترکیب شده است.
- iv. ملال جنسانی^{۱۰} طبقه جدیدی است که در کتار - ۴ اختلال هویت جنسانی^{۱۱}

- 1- Sleep-Wake disorders
- 2- Non-Rapid eye movement sleep arousal disorders
- 3- Sexual disorders
- 4- Dyspareunia
- 5- Vaginismus
- 6- Genito-pelvic pain/ Penetration disorder
- 7- Females-sexual desire and arousal disorders
- 8- Female sexual interest/arousal disorder
- 9- Sexual aversion disorder

۱۰- در برابر gender غالباً «جنسیت» گذاشته شده است، اما با قبول «جنس» در برابر sex به ناچار sexual sexuality هم به ترتیب «جنسی» و «جنسیت» خواهد شد. ازین رو باید به به فکر معادل دیگری برای gender بود. از آنجا که gender هم مثل sex در ریشه صرفاً بر «نوع» و «گونه» دلالت دارد و معنای فعلی - چیزی مثل sex اما نه فقط زیستی، بل اجتماعی- بعداً بر آن بار شده، معادل نیز باید این مشابهت و عین حال تفاوت ظریف با جنس را برساند. «گروه واژه‌گزینی روانشناسی و روانپزشکی» در «فرهنگستان زبان و ادب فارسی» معادل «جنس‌انیت» را برای gender به تصویب «شورای واژه‌گزینی فرهنگستان» رسانده است. در ترکیباتی نظیر gender dysphoria وقتی به فارسی برگردانده میشود، باید از صفت استفاده کرد، و برای این واژه «ملال جنسانی» را به کار برد.

- 11- Gender identity disorder

خوانده می‌شد.

v. در «کتاب - ۵ / DSM-5» بین کژکامی^۱ و اختلال کژکامی^۲ تمایز نهاده شده است و این تمایز مشابه تمایز مشکل و اختلال در طبقه‌بندی ماست. از این رو در طبقه اختلال، فقط موارد اختلال کژکامی و در طبقه مشکل فردی موارد کژکامی ثبت می‌شود.

vi. در «کتاب - ۵ / DSM-5» سه دسته کژکاری جنسی^۳، ملال جنسانی^۴، و اختلال کژکامی^۵ ذکر شده است که در این کتابچه برای سهولت شماره‌گذاری، آنها را نزدیک یکدیگر قرار داده‌ایم.

۹- اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک^۶

i. در این دسته جدید همه اختلالاتی قرار دارند که مشخصه اصلی آنها فقدان کنترل بر هیجان و رفتار است.

ii. آنچه در DSM‌های قبلی تحت عنوان «اختلالات کنترل تکانه‌ای که جای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند»^۷ آمده بود، در «کتاب - ۵ / DSM-5» دو اختلال رفتار ایذایی در کودکی (شامل اختلال نافرمانی مخالفت‌آمیز^۸ و اختلال سلوک^۹ را نیز در بر گرفته و «اختلالات ایذایی، کنترل تکانه، و سلوک» نامیده شده است.

۱۰- اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور و سایر اختلالات اعتیادی^{۱۰}

طبقه اختلالات مرتبط با مواد و سایر اختلالات اعتیادی در «کتاب - ۵ / DSM-5» تغییرات عمده‌ای کرده است.

i. مهمترین تغییر در این طبقه آن است که دو اختلال سوءمصرف و وابستگی به

1- Paraphilia

2- Paraphilic disorder

3- Sexual dysfunction

4- Gender dysphoria

5- Paraphilic disorder

6- Disruptive, Impulse- Control, and Conduct disorders

7- Impulse control disorders not elsewhere classified

8- Oppositional defiant disorder

9- Conduct disorder

10- Substance – related and addictive disorders

مواد ادغام شده‌اند، چون تحقیقات نشان داده که اینها نه دو اختلال متمایز، بلکه بخش‌هایی از یک پیوستارند.

ii. همچنین شواهد علمی نشان می‌دهد که رفتار قماربازی باعث فعال شدن همان مناطقی از مغز می‌شود که با مصرف مواد فعال می‌شوند. از این رو آنچه در گذشته قماربازی مرضی^۱ خوانده می‌شد، اکنون با نام اختلال قماربازی^۲ در طبقه اختلالات اعتیادی آورده شده است.

۱۱- اختلالات عصبی - شناختی^۳

روان‌آشفته‌گی^۴، زوال عقل / دمانس^۵، اختلال نسیانی^۶ و سایر اختلالات شناختی در طبقه اختلالات عصبی - شناختی قرار گرفتند. در اختلالات عصبی - شناختی عمده، افت چشمگیر در یک یا چند زمینه شناختی، و در اختلالات عصبی - شناختی خفیف نیز نقص شناختی با شدت کمتر وجود دارد. زوال عقل تحت عنوان اختلالات عصبی - شناختی عمده در «کتاب - ۵ / DSM-5» آمده است.

۱۲- اختلالات شخصیت^۷

اختلالات شخصیت پرخاشگر انفعالی، افسرده، دیگرآزار، و خودآزار در «کتاب - ۵ / DSM-5» حذف شده است.

تغییرات اعمال شده توسط گروه تدوین کننده طبقه‌بندی حاضر

۱. علاوه بر تغییراتی که «کتاب - ۵ / DSM-5» در طبقه «اختلالات مرتبط با مواد و سایر اختلالات اعتیادی» اعمال کرده، گروه تدوین‌کننده نیز این طبقه را به سایر اعتیادهای رفتاری بسط داده‌اند. این کار بر اساس شواهدی انجام شده که مشابهت اعتیاد به بازی‌های اینترنتی^۸، اعتیاد به اینترنت^۹، اعتیاد

-
- 1- Pathological gambling
 - 2- Gambling disorder
 - 3- Neurocognitive disorders
 - 4- Delirium
 - 5- Dementia
 - 6- Amnesic disorder
 - 7- Personality disorder
 - 8- Internet gaming disorder
 - 9- Internet addiction

جنسی^۱، اعتیاد به غذا^۲، اعتیاد به کار^۳، اعتیاد به خرید^۴، و هم‌وابستگی^۵/اعتیاد به فرد نیازمند را با اعتیاد به مواد نشان داده‌اند. البته اختلال هم‌وابستگی در دو ویرایش اخیر طبقه‌بندی سازمان نیز آمده بود. معیارهای تشخیصی این اختلالات نیز به قیاس با معیارهای اعتیاد به بازی‌های اینترنتی تدوین شده‌اند که در ضمیمه «کتاب - ۵ / DSM-5» پیشنهاد شده است.

۲. در طبقه‌بندی قبلی طبقه‌ای تحت عنوان «زدواج نابکام» وجود داشت که اکنون حذف شده است. در چنین مواردی باید با بررسی بیشتر، نوع اختلال موجب آن‌را (اعم از اختلال کژکاری، کژکامی، یا سایر اختلالات غیرجنسی) حداقل در یکی از دو طرف تشخیص داد.

اصل امساک^۶ در تشخیص و ثبت تشخیص‌ها

در تشخیص نباید به ازای هر علامت، نشانه، آزمایش، یا آزمون، یک اختلال یا مشکل را مطرح کرد، بلکه همواره باید کوشید از مجموعه علائم، نشانه‌ها، آزمایش‌ها، آزمون‌ها، و سایر بررسی‌ها نتیجه واحدی به دست آورد. البته در رعایت این اصل هم باید جانب اعتدال را نگاه داشت، چون گاه در پس یافته‌های متنوع تشخیصی ممکن است واقعاً بیش از یک اختلال یا مشکل وجود داشته باشد، اما جهت‌گیری کلی ما باید گنجاندن نتایج مجموعه بررسی‌ها ذیل حداقل عناوین تشخیصی، اعم از اختلال یا مشکل باشد.

رعایت اصل امساک به ویژه زمانی اهمیت می‌یابد که تشخیص‌هایی از طبقات ناهمسطح (شکل ۱) مطرح است. مثلاً هم‌زمان با اختلال، تشخیصی از طبقه مشکل، یا هم‌زمان با مشکل فردی، تشخیصی از طبقه مشکل بین فردی مطرح است. قاعده کلی در این موارد این است: هر گاه تشخیص طبقه بالاتر، یافته‌های مطرح‌کننده تشخیصی از طبقه پایین‌تر را توضیح می‌دهد، نباید تشخیص طبقه پایین‌تر را مطرح کرد.

1- Sex addiction

2- Food addiction

3- Work addiction

4- Buying addiction

5- Codependency

6- Principle of parsimony



شکل ۱- سلسله مراتب تشخیصی اختلالات و مشکلات روانی - اجتماعی
برخی از مهمترین مصادیق این اصل در جداول ۳، ۴، و ۵ نشان داده شده است.

جدول ۳ - رعایت اصل امساک بین دو اختلال

اختلال بزرگتر	اختلال بزرگتری تشخیص داده شده است		اختلال کوچکتر
	اختلال بزرگتر، اختلال کوچکتر را توضیح نمی دهد.	اختلال بزرگتر، اختلال کوچکتر را توضیح می دهد.	
اختلال بزرگتری تشخیص داده نشده است.			
فقط شناسه اختلال کوچکتر گذاشته می شود.	هم شناسه اختلال بزرگتر و هم شناسه اختلال کوچکتر گذاشته می شود.	فقط شناسه اختلال بزرگتر گذاشته می شود.	اختلال کوچکتری وجود دارد
او دچار هیچ اختلال بزرگتری نیست.	او دچار «اختلال وسواسی - اجباری» است.	او دچار «اختلال افسردگی عمده» است.	مثال: فردی اختلال خواب دارد.
فقط شناسه «اختلال خواب» ثبت می شود.	هم شناسه «اختلال وسواسی اجباری» و هم شناسه «اختلال خواب» ثبت می شود، چون «اختلال وسواسی - اجباری» این اختلال را توضیح نمی دهد.	فقط شناسه «اختلال افسردگی عمده» برای او ثبت می شود و نیازی به ثبت شناسه «اختلال خواب» نیست، چون «اختلال افسردگی عمده» این اختلال را هم توضیح می دهد.	

جدول ۴- رعایت اصل امساک بین اختلال و مشکل فردی

اختلالی تشخیص داده شده است	اختلالی تشخیص داده شده است		
	اختلال، مشکل فردی را توضیح نمی‌دهد.	اختلال، مشکل فردی را توضیح می‌دهد.	
فقط شناسه مشکل فردی گذاشته می‌شود.	هم شناسه اختلال و هم شناسه مشکل فردی گذاشته می‌شود.	فقط شناسه اختلال گذاشته می‌شود.	مشکلی فردی وجود دارد.
او دچار هیچ اختلالی نیست.	او دچار «اختلال وسواسی - اجباری» است.	او دچار «اختلال افسردگی عمده» است.	مثال: فردی مشکل خواب دارد.
فقط شناسه «مشکل خواب» ثبت می‌شود.	هم شناسه «اختلال وسواسی - اجباری» و هم شناسه «مشکل خواب» ثبت می‌شود، چون «اختلال وسواسی - اجباری» این مشکل فردی را توضیح نمی‌دهد.	فقط شناسه «اختلال افسردگی عمده» برای او ثبت می‌شود و نیازی به ثبت شناسه «مشکل خواب» نیست، چون «اختلال افسردگی عمده» این مشکل را هم توضیح می‌دهد.	

جدول ۵- رعایت اصل امساک بین اختلال / مشکل فردی و مشکل بین فردی

اختلال یا مشکلی فردی تشخیص داده شده است	اختلال یا مشکلی فردی، مشکل میان فردی را توضیح می دهد.		اختلال یا مشکلی فردی، مشکل بین فردی را توضیح نمی دهد.
	اختلال یا مشکل فردی، مشکل بین فردی را توضیح نمی دهد.	اختلال یا مشکل فردی، مشکل بین فردی را توضیح نمی دهد.	
مشکلی در روابط بین فردی وجود دارد.	فقط شناسه اختلال یا مشکل فردی گذاشته می شود.	فقط شناسه اختلال یا مشکل فردی و هم شناسه مشکل بین فردی گذاشته می شود.	فقط شناسه مشکل بین فردی گذاشته می شود.
مثال: زوجی مراجعه کرده اند و معلوم می شود مرد، زن را می زند.	مرد دچار «اختلال شخصیت بدگمان / پارانویید» است.	مرد دچار «مشکل فراموشکاری» است.	هیچیک از زن و مرد دچار هیچ یک از اختلالات و مشکلات فردی نیستند.
	فقط شناسه «اختلال شخصیت بدگمان / پارانویید» برای مرد ثبت می شود و نیازی به ثبت شناسه «مشکل آزار جسمی» نیست، چون «اختلال شخصیت بدگمان / پارانویید» این مشکل را هم توضیح می دهد.	هم شناسه «مشکل فراموشکاری» برای مرد و هم شناسه «مشکل آزار جسمی» ثبت می شود، چون «فراموشکاری» این مشکل بین فردی را توضیح نمی دهد.	فقط شناسه «مشکل آزار جسمی» ثبت می شود.

جدول ۶- جدول کلی طبقه‌بندی اختلالات روانی و مشکلات فردی

کد مشکلات فردی	طبقات فرعی		کد اختلالات روانی	طبقه اصلی
	مشکلات فردی	اختلالات روانی		
۲۰۱	مشکلات نموّ عصبی	اختلالات نموّ عصبی	۱۰۱	اختلالات و مشکلات فردی
-----	-----	اختلالات روانپریشانه	۱۰۲	
-----	-----	اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط	۱۰۳	
۲۰۴	مشکلات افسردگی	اختلالات افسردگی	۱۰۴	
۲۰۵	مشکلات اضطرابی	اختلالات اضطرابی	۱۰۵	
۲۰۶	مشکلات وسواسی - اجباری	اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط	۱۰۶	
۲۰۷	مشکلات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی	اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی	۱۰۷	
-----	-----	اختلالات تجزیه‌ای	۱۰۸	
۲۰۹	مشکلات علامت جسمی	اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط	۱۰۹	
۲۱۰	مشکلات تغذیه و خوردن	اختلالات تغذیه و خوردن	۱۱۰	
۲۱۱	مشکلات دفع	اختلالات دفع	۱۱۱	
۲۱۲	مشکلات خواب و بیداری	اختلالات خواب و بیداری	۱۱۲	
۲۱۳	مشکلات کژکاری جنسی	اختلالات کژکاری جنسی	۱۱۳	
۲۱۴	مشکل ملال جنسانی	اختلال ملال جنسانی	۱۱۴	
۲۱۵	مشکلات کژکامی جنسی	اختلالات کژکامی جنسی	۱۱۵	
۲۱۶	مشکلات ایذایی، کنترل تکانه، و سلوک	اختلالات ایذایی، کنترل تکانه، و سلوک	۱۱۶	
۲۱۷	مشکلات مرتبط با مواد اعتیادآور	اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور	۱۱۷	
۲۱۸	مشکلات اعتیادی مرتبط با غیر مواد (اعتیادهای رفتاری)	اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد (اعتیادهای رفتاری)	۱۱۸	
۲۱۹	مشکلات شناختی	اختلالات عصبی - شناختی	۱۱۹	
۲۲۰	مشکلات منیش	اختلالات شخصیت	۱۲۰	
۲۲۱	سایر مشکلات فردی	سایر اختلالات روانی	۱۲۱	

جدول ۷- جدول کلی مشکلات بین فردی

کد مشکلات بین فردی	طبقه فرعی	طبقه اصلی
۳۰۱	مشکل آزار و غفلت	مشکلات بین فردی
۳۰۲	مشکل میان همسران	
۳۰۳	مشکل میان والد/ مراقب و کودک	
۳۰۴	مشکل میان خواهرها و برادرها	
۳۰۵	مشکل میان فرد و خانواده همسر	
۳۰۶	مشکل میان فرد و محبوب	
۳۰۷	مشکل میان کودک و اولیاء آموزشی	
۳۰۸	مشکل میان فرد و همتایان (همسرها)	
۳۰۹	مشکل میان فرد و همکاران	
۳۱۰	مشکل میان فرد و همسایگان	
۳۱۱	مشکل میان فرد و سایر افراد	
۳۱۲	سایر مشکلات	سایر مشکلات

جدول ۸- جدول کلی رایاه راهنمایی

کد	طبقه فرعی	طبقه اصلی
۴۰۱	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های تحصیلی	ارایه راهنمایی
۴۰۲	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های شغلی	
۴۰۳	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های اقتصادی	
۴۰۴	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های فرهنگی- اجتماعی	
۴۰۵	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های مربوط به پیش‌از ازدواج	
۴۰۶	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های مربوط به ازدواج	
۴۰۷	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های مربوط به طلاق	
۴۰۸	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های خانوادگی چالش‌برانگیز	
۴۰۹	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های چرخه زندگی	
۴۱۰	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های غیرمترقبه و بحرانی	
۴۱۱	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های حقوقی و قضایی	
۴۱۲	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های مرتبط با سلامت	
۴۱۳	ارایه راهنمایی در خصوص سایر موقعیت‌ها	

جدول ۹- فهرست تفصیلی نیم‌رخ موقعیتی مراجع، در یک نگاه

موقعیت تحصیلی	موقعیت خانوادگی	موقعیت‌های غیرمترقبه و بحران
- کنکور یا امتحان - انتخاب یا تغییر رشته - تغییر محل تحصیل - ورود به دوره بالاتر - فارغ التحصیلی - محرومیت از تحصیل - عملکرد تحصیلی - سایر موقعیت‌های تحصیلی	الف) انواع خانواده i. خانواده والدینی ۱. رایج (تک‌همسری) ۲. سایر (نظیر: ناپدری، نامادری، ناخواهری، نابرداری، مرگ والدین) ۳. طلاق والدین ii. وضعیت تأهل a. مجرد - زندگی با خانواده والدینی - زندگی مستقل - هم‌نستاری^۱ b. تأهل - ازدواج دائم - ازدواج موقت i. انواع موقعیت‌های خانوادگی چالش‌برانگیز I. نابابروزی II. چندقلوبی III. دوری از اعضای خانواده (همسر، فرزندان، پدر و مادر، خواهر و برادر) - وجود فرد نیازمند به مراقبت نظیر: - فرد معلول / دچار بیماری مزمن جسمی - فرد دچار بیماری شدید و مزمن روانی - فرد معتاد - فرد سالمند	- ۱- بلایای طبیعی - ۲- جنگ - ۳- ارباب (ترور) و شکنجه (جنسی، جسمی، و روانی)^۲ - ۴- دیگر خصومت‌ها - ۵- سایر حوادث انسان ساخته (تصادفات، آتش‌سوزی و ...) - ۶- بیماری‌های وخیم و قطع عضو ناگهانی خود - ۷- بیماری‌های وخیم و قطع عضو ناگهانی دیگران - ۸- مرگ یکی از نزدیکان - ۹- اقدام جدی به خودکشی یا خودکشی نزدیکان - ۱۰- اقدام جدی به خودکشی (خود فرد) - ۱۱- موقعیت‌های انتظامی- قضایی ناگهانی (احضار، بازجویی، دستگیری، بازداشت و محکومیت قضایی ناگهانی) - ۱۲- حامگی ناخواسته - در ازدواج، - بدون ازدواج در دوره نوجوانی - بدون ازدواج در دوره‌های دیگر - ۱۳- سایر موقعیت‌های غیرمترقبه و بحران
موقعیت اقتصادی	موقعیت فرهنگی- اجتماعی	موقعیت‌های حقوقی و قضایی
- ورشکستگی / اُفت سریع موقعیت اقتصادی - ارتقاء سریع موقعیت اقتصادی - درآمد پایین - فقر - سایر موقعیت اقتصادی	- تنها زندگی کردن - فرهنگ پذیرى - محیط‌طردکننده اجتماعی - هدف تبعیض بودن - شکاف فرهنگی نسل‌ها - سایر موقعیت‌های فرهنگی- اجتماعی	موقعیت‌های مرتبط با سلامت - حاد - مزمن سایر موقعیت‌ها
موقعیت‌های مربوط به پیش از ازدواج	موقعیت‌های مربوط به ازدواج	موقعیت‌های مربوط به طلاق
- رسیدن به سن ازدواج - آشنایی اولیه - نامزدی	- عقد - ازدواج	- طلاق - پسا طلاق

1- Cohabitation

۲- این موقعیت در صورتی لحاظ می‌شود که ذیل مشکلات بین فردی ننگند و مرتبط با یک رابطه طولانی مدت نباشد.

جدول ۱۰- جدول کلی نیم‌رخ موقعیتی مراجع و ارتباط آن با اختلال روانی، مشکل فردی، مشکل بین فردی و ارائه راهنمایی

طبقه	شماره‌های طبقه اصلی	موقعیت‌ها	به اختلال یا مشکل یا راهنمایی ربط ندارد	به تقاضای راهنمایی ربط دارد	به مشکل فردی ربط دارد	به مشکل بین فردی ربط دارد	به اختلال ربط دارد
تربیت نوجوانان	۵۰۱	موقعیت‌های تحصیلی					
	۵۰۲	موقعیت‌های شغلی					
	۵۰۳	موقعیت‌های اقتصادی					
	۵۰۴	موقعیت‌های فرهنگی - اجتماعی					
	۵۰۵	موقعیت‌های مربوط به پیش‌از ازدواج					
	۵۰۶	موقعیت‌های مربوط به ازدواج					
	۵۰۷	موقعیت‌های مربوط به طلاق					
	۵۰۸	موقعیت‌های خانوادگی A. انواع خانواده B. انواع موقعیت‌های خانوادگی چالش‌برانگیز					
	۵۰۹	موقعیت‌های مربوط به چرخه زندگی					
	۵۱۰	موقعیت‌های غیرمترقبه و بحرانی					
	۵۱۱	موقعیت‌های حقوقی و قضایی					
	۵۱۲	موقعیت‌های مرتبط با سلامت					
	۵۱۳	سایر موقعیت‌ها					
				تقاضای راهنمایی در موارد غیرمرتبط با موقعیت ^۱			

۱- مثلاً نیم‌رخ موقعیتی کسی نشان نمی‌دهد که فرزندی نوجوان داشته باشد، ولی جویای راهنمایی درباره تربیت نوجوانان است. به نظر می‌رسد این وضع نادر باشد و تنها به دلیل امکان منطقی‌اش آورده‌ایم.

فهرست تفصیلی طبقه‌بندی اختلالات روانی و مشکلات فردی

جدول ۱۱- اختلالات نموّ عصبی

اختلالات نموّ عصبی ^۱ کد ۱۰۱		مشکلات نموّ عصبی ^۲ کد ۲۰۱	
۱۰۱-۰۱	ناتوانی هوشی ^۳	۲۰۱-۰۱	هوش مرزی ^۴
۱۰۱-۰۲	اختلال سلیسی با شروع در کودکی (لکنت زبان) ^۵	۲۰۱-۰۲	مشکل لکنت موقعیتی ^۶
۱۰۱-۰۳	اختلال طیف درخودماندگی (اوتیسم) ^۷	۲۰۱-۰۳	مشکل طیف درخودماندگی (اوتیسم) ^۸
۱۰۱-۰۴	اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی ^۹	۲۰۱-۰۴-۰۱	مشکل کم‌توجهی ^{۱۰}
		۲۰۱-۰۴-۰۲	مشکل بیش‌فعالی ^{۱۱}
۱۰۱-۰۵	اختلال یادگیری مشخص ^{۱۲}	۲۰۱-۰۵	مشکل یادگیری ^{۱۳}
۱۰۱-۰۶	اختلالات پرش عضله (تیک) ^{۱۴}	۲۰۱-۰۶	مشکلات پرش عضله (تیک) ^{۱۵}
۱۰۱-۰۷	سایر اختلالات نموّ عصبی ^{۱۶}	۲۰۱-۰۷	سایر مشکلات نموّ عصبی ^{۱۷}

- 1- Neurodevelopmental disorders
- 2- Neurodevelopmental problems
- 3- Intellectual disabilities
- 4- Borderline IQ
- 5- Childhood– Onset fluency disorder (Stuttering)
- 6- Fluency problem
- 7- Autism spectrum disorder
- 8- Autism spectrum problem
- 9- Attention deficit hyperactivity disorder
- 10- Attention deficit problem
- 11- Hyperactivity problem
- 12- Learning problem
- 13- Specific learning disorder
- 14- Tic disorders
- 15- Tic problems
- 16- Other neurodevelopmental disorders
- 17- Other neurodevelopmental problems

جدول ۱۲- اختلالات روان پریشانه

متناظر با این قسمت، مشکلات روان پریشانه نداریم.	اختلالات روان پریشانه ^۱ کد ۱۰۲	
	اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ^۱ کد ۱۰۳	سایر اختلالات روان پریشانه ^۷
-	اختلال دوقطبی نوع I ^۲	روان گسیختگی (اسکیزوفرنیا) ^۲
-	اختلال دوقطبی نوع II ^۳	اختلال عاطفه گسیختگی ^۳
-	اختلال خلق ادواری ^۴	اختلال هذیانی ^۴
-	سایر اختلالات دوقطبی ^۵	اختلال روان پریشی گذرا ^۵
-		اختلال روان گسیختگی شکل ^۶
-		

- 1- Psychotic disorders
- 2- Schizophrenia
- 3- Schizoaffective disorder
- 4- Delusional disorder
- 5- Brief psychotic disorder
- 6- Schizophreniform disorder
- 7- Other psychotic disorders-

جدول ۱۳- اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط

متناظر با این قسمت، مشکلات دوقطبی نداریم.	اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط ^۱ کد ۱۰۳	
	اختلال دوقطبی نوع I ^۲	اختلال دوقطبی نوع II ^۳
-	اختلال دوقطبی نوع I ^۲	اختلال دوقطبی نوع II ^۳
-	اختلال دوقطبی نوع II ^۳	اختلال خلق ادواری ^۴
-	اختلال خلق ادواری ^۴	سایر اختلالات دوقطبی ^۵
-	سایر اختلالات دوقطبی ^۵	

- 1- Bipolar and related disorders
- 2- Bipolar I disorder
- 3- Bipolar II disorder
- 4- Cyclothymic disorder
- 5- Other bipolar and related disorders

جدول ۱۴- اختلالات افسردگی

مشکلات افسردگی ^۲ کد ۲۰۴		اختلالات افسردگی ^۱ کد ۱۰۴	
مشکل اندوه پس‌ازایمانی ^۴	۲۰۴-۰۱	اختلال افسردگی عمده پیرازایمانی ^۳	۱۰۴-۰۱
مشکل افسردگی ^۶	۲۰۴-۰۲	اختلال افسردگی عمده ^۵ (غیرمرتبط با زایمان)*	۱۰۴-۰۲
مشکل کج‌خلقی ^۸	۲۰۴-۰۳	اختلال افسردگی مدید (کج‌خلقی) ^۷	۱۰۴-۰۳
مشکل کژتنظیمی خلقی ایذایی ^{۱۰}	۲۰۴-۰۴	اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی ^۹	۱۰۴-۰۴
مشکل ملال پیش‌قاعدگی ^{۱۲}	۲۰۴-۰۵	اختلال ملال پیش‌قاعدگی ^{۱۱}	۱۰۴-۰۵
سایر مشکلات افسردگی ^{۱۴}	۲۰۴-۰۶	سایر اختلالات افسردگی ^{۱۳}	۱۰۴-۰۶

- 1- Depressive disorders
- 2- Depressive problems
- 3- MDD with peripartum onset
- 4- postpartum blue
- 5- MDD without peripartum onset
- 6- Depressive problem
- 7- Persistent depressive disorder /Dysthymia
- 8- Dysthymic problem
- 9- Disruptive mood dysregulation disorder
- 10- Disruptive problem
- 11- Premenstrual dysphoric disorder
- 12- Premenstrual dysphoricproblem
- 13- Other depressive disorders
- 14- Other depressiveproblems

*در DSM-۵ برای اختلال افسردگی عمده ۱ هشت مختصه^۲ ذکر شده که از میان آنها «با شروع پیرازایمانی» جداگانه در نظر گرفته شده و بقیه تحت عنوان «بدون شروع پیرازایمانی» قرار گرفته‌اند.

جدول ۱۵- اختلالات اضطرابی

مشکلات اضطرابی ^۲ کد ۲۰۵		اختلالات اضطرابی ^۱ کد ۱۰۵	
مشکل اضطراب جدایی ^۴	۲۰۵-۰۱	اختلال اضطراب جدایی ^۳ *	۱۰۵-۰۱
مشکل سکوت پیشگی موقعیتی ^۶	۲۰۵-۰۲	سکوت پیشگی ^۵	۱۰۵-۰۲
ترس ^۸ ***	۲۰۵-۰۳	هراس مشخص ^۷	۱۰۵-۰۳
مشکل اضطراب اجتماعی/ جمعیت‌هراسی ^{۱۰}	۲۰۵-۰۴	اختلال اضطراب اجتماعی/ جمعیت‌هراسی ^۹	۱۰۵-۰۴
مشکل هول ^{۱۲}	۲۰۵-۰۵	اختلال هول ^{۱۱}	۱۰۵-۰۵
برزن هراسی/ بازارهراسی ^{۱۴}	۲۰۵-۰۶	برزن هراسی ^{۱۳}	۱۰۵-۰۶
دلشوره ^{۱۶} ***	۲۰۵-۰۷	اختلال اضطراب فراگیر ^{۱۵}	۱۰۵-۰۷
سایر مشکلات اضطرابی ^{۱۸}	۲۰۵-۰۸	سایر اختلالات اضطرابی ^{۱۷}	۱۰۵-۰۸

- 1- Anxiety disorders
- 2- Anxiety problems
- 3- Separation anxiety disorder
- 4- Separation anxiety problem
- 5- Selective mutism
- 6- Selective mutism problem
- 7- Specific phobia
- 8- Fear
- 9- Social anxiety disorder /Social phobi
- 10- Social anxiety problem /Social phobia
- 11- Panic disorder
- 12- Panic problem
- 13- Agoraphobia
- 14- Agoraphobic problem
- 15- Generalized anxiety disorder
- 16- Worry
- 17- Other anxiety disorders
- 18- Other anxiety problems

* وقتی مشکل اضطرابی در دوران کودکی و صرفاً در طی جدایی از مراقب رخ می‌دهد، «مشکل اضطراب جدایی» خوانده می‌شود.

** ترس به اشکال غیر مرضی، غیر موقعیتی، تکرارشونده و رنج‌آور انواع مختلف هراس گفته می‌شود.

*** دلشوره به اشکال غیر مرضی، غیر موقعیتی، تکرارشونده و رنج‌آور انواع اضطراب به ویژه اختلال اضطراب فراگیر گفته می‌شود. در مشکلات اضطرابی وقتی موضوع اضطراب مشخص است، «ترس»، و وقتی نامشخص است، «دلشوره» خوانده می‌شود. این تمایز شبیه تمایز «هراس» از «اضطراب» است.

جدول ۱۶- اختلالات وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط

اختلالات وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط ^۱ کد ۱۰۶		مشکلات وسواسی- اجباری ^۲ کد ۲۰۶	
۱۰۶-۰۱	اختلال وسواسی- اجباری ^۴	۲۰۶-۰۱	مشکل وسواسی- اجباری ^۳
۱۰۶-۰۲	اختلال بدریخت‌انگاری بدن ^۶	۲۰۶-۰۲	مشکل بدریخت‌انگاری بدن ^۵
۱۰۶-۰۳	اختلال ذخیره‌سازی/ احتکار ^۸	۲۰۶-۰۳	مشکل ذخیره‌سازی/ احتکار ^۷
۱۰۶-۰۴	اختلال کندن مو ^{۱۰}	۲۰۶-۰۴	مشکلات عادی ^۹ *
۱۰۶-۰۵	اختلال کندن پوست/ خراشیدن پوست ^{۱۲}	۲۰۶-۰۵	مشکل کندن/ خراشیدن پوست ^{۱۱}
۱۰۶-۰۶	سایر اختلالات وسواسی- اجباری ^{۱۴}	۲۰۶-۰۶	سایر مشکلات وسواسی- اجباری ^{۱۳}

- 1- Obsessive compulsive and related disorders
- 2- Obsessive compulsive problems
- 3- Obsessive - compulsive problem
- 4- Obsessive - compulsive disorder
- 5- Body dysmorphic problem
- 6- Body dysmorphic disorder
- 7- Hoarding problem
- 8- Hoarding disorder
- 9- Habitual problems
- 10- Trichotillomania /Hair-pulling disorder
- 11- Excoriation (skin-picking) problem
- 12- Excoriation (skin-picking) disorder
- 13- Other obsessive – compulsive problems
- 14- Other obsessive – compulsive and related disorders

* مثال‌هایی برای این طبقه شامل ناخن جویدن، انگشت مکیدن، کوبیدن سر، و حرکات اضافی دست و پا می‌باشد؛ به شرطی که جزو طبقه مشکل تیک قرار نگیرد.

جدول ۱۷- اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی

مشکلات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی ^۲ کد ۲۰۷		اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی ^۱ کد ۱۰۷	
مشکل فشار روانی پس از سانحه ^۴	۲۰۷-۰۱	اختلال فشار روانی پس از سانحه ^۳	۱۰۷-۰۱
مشکل فشار روانی حاد ^۶	۲۰۷-۰۲	اختلال فشار روانی حاد ^۵	۱۰۷-۰۲
مشکل سازگاری ^۸	۲۰۷-۰۳	اختلالات سازگاری ^۷	۱۰۷-۰۳
مشکل دلبستگی واکنشی ^{۱۰}	۲۰۷-۰۴	اختلال دلبستگی واکنشی ^۹	۱۰۷-۰۴
مشکل معاشرت اجتماعی مهارگسیخته ^{۱۲}	۲۰۷-۰۵	اختلال معاشرت اجتماعی مهارگسیخته ^{۱۱}	۱۰۷-۰۵
سایر مشکلات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی ^{۱۴}	۲۰۷-۰۶	سایر اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی ^{۱۳}	۱۰۷-۰۶

- 1- Trauma and stressor -related disorders
- 2- Trauma and stressor -related problems
- 3- Posttraumatic stress disorder
- 4- Posttraumatic stress problem
- 5- Acute stress disorder
- 6- Acute stress problem
- 7- Adjustment disorder
- 8- Adjustment problem
- 9- Reactive attachment disorder
- 10- Reactive attachment problem
- 11- Disinhibited social engagement disorder
- 12- Disinhibited social engagement problem
- 13- Other trauma -and stressor related disorder
- 14- Other trauma -and stressor related problems

جدول ۱۸- اختلالات تجزیه‌ای

اختلالات تجزیه‌ای ^۱ کد ۱۰۸	متناظر با این قسمت، مشکلات تجزیه‌ای نداریم.
اختلال هویت تجزیه‌ای ^۲ فراموشی تجزیه‌ای ^۳ اختلال گسست از خویشتن / گسست از واقعیت ^۴ سایر اختلالات تجزیه‌ای ^۵	-----

- 1- Dissociative disorders
- 2- Dissociative identity disorder
- 3- Dissociative amnesia
- 4- Depersonalization /derealization disorder
- 5- Other dissociative disorder

جدول ۱۹- اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط

مشکلات علامت جسمی ^۲ کد ۲۰۹		اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط ^۱ کد ۱۰۹	
مشکل علامت جسمی ^۴	۲۰۹-۰۱	اختلال علامت جسمی ^۳	۱۰۹-۰۱
مشکل اضطراب بیماری ^۵	۲۰۹-۰۲	اختلال اضطراب بیماری ^۵	۱۰۹-۰۲
مشکل تبدیلی/ مشکل علامت عصبی کارکردی ^۶	۲۰۹-۰۳	اختلال تبدیلی/ اختلال علامت عصبی کارکردی ^۷	۱۰۹-۰۳
مشکل ساختگی ^{۱۰}	۲۰۹-۰۴	اختلال ساختگی ^۹	۱۰۹-۰۴
-----	-	عوامل روانشناختی مؤثر بر سایر بیماری‌های طبی ^{۱۱}	۱۰۹-۰۵
سایر مشکلات علامت جسمی و مشکلات مرتبط ^{۱۳}	۲۰۹-۰۶	سایر اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط ^{۱۲}	۱۰۹-۰۶

- 1- Somatic symptom and related disorders
- 2- Somatic symptom problems
- 3- Somatic symptom disorder
- 4- Somatic symptom problem
- 5- Illness anxiety disorder
- 6- Illness anxiety problem
- 7- Conversion disorder /Functional neurological symptom disorder
- 8- Conversion problem /Functional neurological symptom problem
- 9- Factitious disorder
- 10- Factitious problem
- 11- Psychological factors affecting other medical conditions
- 12- Other somatic symptom and related disorders
- 13- Other somatic symptom and related problems

جدول ۲۰- اختلالات تغذیه و خوردن

مشکلات تغذیه و خوردن ^۲ کد ۲۱۰		اختلالات تغذیه و خوردن ^۱ کد ۱۱۰	
مشکل کم‌خوری ^۴	۲۱۰-۰۱	بی‌اشتهایی عصبی ^۳	۱۱۰-۰۱
مشکل پرخوری ^۶	۲۱۰-۰۲	پُراشتهایی عصبی ^۵	۱۱۰-۰۲
مشکل پرخوری حمله‌ای ^۸	۲۱۰-۰۳	اختلال پرخوری حمله‌ای ^۷	۱۱۰-۰۳
سایر مشکلات تغذیه و خوردن ^{۱۰}	۲۱۰-۰۴	سایر اختلالات تغذیه و خوردن ^۹	۱۱۰-۰۴

- 1- Feeding and eating disorders
- 2- Feeding and eating problems
- 3- Anorexia nervosa
- 4- Hypophagic problem
- 5- Bulimia nervosa
- 6- Overeating problem
- 7- Binge-eating disorder
- 8- Binge-eating problem
- 9- Other feeding and eating disorders
- 10-Other feeding and eating problems

جدول ۲۱- اختلالات دفع

مشکلات دفع ^{۱۱} کد ۲۱۱		اختلالات دفع ^۱ کد ۱۱۱	
مشکل بی‌اختیاری ادرار ^{۱۳}	۲۱۱-۰۱	بی‌اختیاری ادرار ^{۱۲}	۱۱۱-۰۱
مشکل بی‌اختیاری مدفوع ^{۱۵}	۲۱۱-۰۲	بی‌اختیاری مدفوع ^{۱۴}	۱۱۱-۰۲
سایر بی‌اختیاری‌های دفع ^{۱۷}	۲۱۱-۰۳	سایر اختلالات دفع ^{۱۶}	۱۱۱-۰۳

- 10- Elimination problems
- 11- Elimination disorders
- 12- Enuresis
- 13- Urinary incontinence
- 14- Encopresis
- 15- Fecal incontinence
- 16- Other elimination disorders
- 17- Other incontinences

جدول ۲۲- اختلالات خواب - بیداری

مشکلات خواب - بیداری ^۲ کد ۲۱۲		اختلالات خواب - بیداری ^۱ Female organic disorder	
مشکل بی‌خوابی	۲۱۲-۰۱	اختلال بی‌خوابی ^۳	۱۱۲-۰۱
مشکل پر خوابی	۲۱۲-۰۲	اختلال پُر خوابی ^۴	۱۱۲-۰۲
مشکل حمله خواب ^۵	۲۱۲-۰۳	حمله خواب ^۵	۱۱۲-۰۳
مشکلات خواب مرتبط با تنفس ^۸	۲۱۲-۰۴	اختلالات خواب مرتبط با تنفس ^۷ شامل: وقفه یا کمبود تنفس یا انسدادی خواب ^۹ وقفه تنفسی مرکزی خواب ^{۱۰} کم‌تنفسی انسدادی خواب (اُفت تهویه / هیپوونتیلیاسیون) ^{۱۱}	۱۱۲-۰۴
مشکل نظم (ریتم) شبانه روزی خواب ^{۱۳}	۲۱۲-۰۵	اختلالات نظم (ریتم) شبانه روزی خواب - بیداری ^{۱۲}	۱۱۲-۰۵
مشکلات کیفیت خواب ^{۱۸*}	۲۱۲-۰۶	بد خوابی‌ها ^{۱۴} شامل: اختلال کابوس ^{۱۵} ، اختلال وحشت خواب ^{۱۶} ، نشانگان پاهای بی‌قرار ^{۱۷}	۱۱۲-۰۶
سایر مشکلات خواب و بیداری ^{۲۰}	۲۱۲-۰۷	سایر اختلالات خواب و بیداری ^{۱۹}	۱۱۲-۰۷

- 1- Sleep-wake disorders
- 2- Sleep-wake problems
- 3- Insomnia disorder
- 4- Hypersomnolence disorder
- 5- Narcolepsy problem
- 6- Narcolepsy
- 7- Breathing Related Sleep problems
- 8- Breathing Related Sleep disorders
- 9- Obstructive sleep apnea hypopnea
- 10- Central sleep apnea
- 11- Sleep-related hypoventilation
- 12- Circadian rhythm sleep -wakeproblem
- 13- Circadian rhythm sleep -wake disorders
- 14- sleep quality problems
- 15- Parasomnias
- 16- Nightmare disorder
- 17- Sleep terror disorder
- 18- Restless leg syndrome
- 19- Other sleep wake problems
- 20- Other sleep wake disorders

* وقتی فرد از جهت مقدار خواب مشکلی ندارد اما کیفیت خوابش به گونه‌ای نیست که پس از بیداری احساس سرزندگی داشته باشد.

جدول ۲۳- اختلالات جنسی (کژکاریهای جنسی) / اختلالات کارکرد جنسی

مشکلات کارکرد جنسی ^۲ کد ۲۱۳		کژکاریهای جنسی / اختلالات کارکرد جنسی ^۱ کد ۱۱۳	
مشکل نعوظ ^۴	۲۱۳-۰۱	اختلال نعوظ ^۴	۱۱۳-۰۱
مشکل اوج کامشی (ارگاسمی) زنان ^۶	۲۱۳-۰۲	اختلال اوج کامشی (ارگاسمی) زنان ^۵	۱۱۳-۰۲
مشکل علاقه/برانگیختگی جنسی زنان ^۸	۲۱۳-۰۳	اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان ^۷	۱۱۳-۰۳
مشکل دخول/درد تناسلی- لگنی ^{۱۰}	۲۱۳-۰۴	اختلال دخول/درد تناسلی- لگنی ^۹	۱۱۳-۰۴
مشکل کمبود میل جنسی مردان ^{۱۲}	۲۱۳-۰۵	اختلال کمبود میل جنسی مردان ^{۱۱}	۱۱۳-۰۵
مشکل زودانزالی ^{۱۴}	۲۱۳-۰۶	زودانزالی ^{۱۳}	۱۱۳-۰۶
مشکل کژکاری ناشی از مواد/ دارو ^{۱۶}	۲۱۳-۰۷	کژکاری ناشی از مواد/ دارو ^{۱۵}	۱۱۳-۰۷
سایر مشکلات کژکاریهای جنسی ^{۱۹} *	۰۸-۲۱۳	سایر کژکاریهای جنسی ^{۱۷} مانند : تاخیرانزال ^{۱۸}	۱۱۳-۰۸

1- Sexual dysfunctions /sexual function disorders

2- Sexual function problems

3- Erectile disorder

4- Erectile problem

5- Female orgasmic disorder

6- Female orgasmic problem

7- Female sexual interest /arousal disorder

8- Female sexual interest / arousal problem

9- Genito -pelvic pain /penetration disorder

10- Genito -pelvic pain /penetration problem

11- Male hypoactive sexual desire disorder

12- Male hypoactive sexual desire problem

13- Premature (Early) ejaculation

14- Premature (Early) ejaculation problem

15- Substance /medication-included sexual dysfunction

16- Substance/ medication-included sexual dysfunction problem

17- Other sexual dysfunction disorder

18- Delayed ejaculation

19- Other sexual dysfunction problems

* اشکال غیرمرضی اختلال کژکاری جنسی بطور مثال فرد گمان میبرد که زود انزالی دارد یا توانایی جنسی خود را دست کم می گیرد.

توجه: در طبقه بندی قبلی طبقه ای تحت عنوان «ازدواج نابکام» وجود داشت که اکنون حذف شده است. در چنین مواردی باید با بررسی بیشتر، نوع اختلال موجب آنرا، اعم از اختلال کژکاری، کژکامی، یا سایر اختلالات غیرجنسی، حداقل در یکی از دو طرف تشخیص داد.

جدول ۲۴- اختلالات جنسی (ملال جنسانی)

مشکل ملال جنسانی ^۲ کد ۲۱۴	ملال جنسانی ^۱ کد ۱۱۴
---	------------------------------------

- 1- Gender dysphoria
2- Gender dysphoric problem

جدول ۲۵- اختلالات جنسی (اختلالات کژکامی جنسی)

مشکلات کژکامی جنسی ^۲ کد ۲۱۵	اختلالات کژکامی ^۱ جنسی* کد ۱۱۵
مشکلات کژکامی جنسی ^{۱۲}	اختلال نظربارگی ^۴ اختلال عورت‌نمایی ^۵ اختلال مالش کامی ^۶ اختلال خودآزاری (مازوخیسم) جنسی ^۷ اختلال دیگرآزاری (سادیسزم) جنسی ^۸ اختلال کودک‌کامی ^۹ اختلال نمادکامی ^{۱۰} اختلال مبدل‌پوشی جنسی ^{۱۱} سایر اختلالات کژکامی

۱- «کام» اعم از هر گونه لذتی است، اما در این کتابچه، تنها به معنای لذت جنسی به کار برده‌ایم، به این صورت که در معادل‌گذاری برای لغات مختوم به philia- و دیگر موارد دارای مشابهت معنایی، موضوع جنسی (object) یا رفتار جنسی را با «- کامی» ترکیب کرده‌ایم. مثل مالش کامی، کودک‌کامی، نمادکامی، و کژکامی

- 1- Disorder
2- Paraphilic disorders
3- Paraphilic problems
4- Voyeuristic disorder
5- Exhibitionistic disorder
6- Frotteuristic disorder
7- Sexual masochism disorder
8- Sexual sadism disorder
9- Pedophilic disorder
10- Fetishistic disorder
11- Transvestic disorder
12- Paraphilic problems

جدول ۲۶- اختلالات ایدایی، کنترل تکانه، و سلوک

مشکلات ایدایی و کنترل تکانه و سلوک ^۲ کد ۲۱۶		اختلالات ایدایی، کنترل تکانه، و سلوک ^۱ کد ۱۱۶	
مشکل نافرمانی مخالفت‌آمیز ^۳	۲۱۶-۰۱	اختلال نافرمانی مخالفت‌آمیز ^۳	۱۱۶-۰۱
مشکل سلوک ^۴	۲۱۶-۰۲	اختلال سلوک ^۵	۱۱۶-۰۲
مشکل انفجاری متناوب ^۶	۲۱۶-۰۳	اختلال انفجاری متناوب ^۷	۱۱۶-۰۳
سایر مشکلات ایدایی، کنترل تکانه، و سلوک ^{۱۰}	۲۱۶-۰۴	سایر اختلالات ایدایی، کنترل تکانه، و سلوک ^۹	۱۱۶-۰۴

- 1- Disruptive, impulse - control ,and conduct disorders
- 2- Disruptive, impulse -control ,and conduct problems
- 3- Oppositional defiant disorder
- 4- Oppositional defiant problem
- 5- Conduct disorder
- 6- Conduct problem
- 7- Intermittent explosive disorder
- 8- Intermittent explosive problem
- 9- Other disruptive ,impulse -control ,and conduct disorders
- 10- Other disruptive ,impulse -control ,and conduct problems

اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور و سایر اختلالات اعتیادی^۱ اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور^۲

الگوی مشکل‌دار مصرف ماده اعتیادآور X که منجر به خلل^۳ و رنج^۴ چشمگیر بالینی شود و تظاهر آن وجود حداقل دو معیار از معیارهای تشخیص اختلالات مصرف مواد (پیوست ۲) در طول یک دوره دوازده‌ماهه است.

خصیصه اساسی اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از علایم شناختی، رفتاری، و جسمی است که نشان می‌دهند فرد علیرغم مشکلات مهمی که با مصرف مواد پیدا کرده، به این کار ادامه خواهد داد.

لازم به ذکر است که تغییر شدت مصرف در طول زمان همچنین خود را به صورت تغییر مقدار مصرف ماده نشان می‌دهد.

1- Substance – related and addictive disorders

2- Substance – related disorders

3- Impairment

4- Distress

جدول ۲۷- اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور

مشکلات مرتبط با مواد اعتیادآور ^۲ کد ۲۱۷		اختلالات مرتبط با مواد ^۱ کد ۱۱۷	
مشکلات مرتبط با الکل ^۴	۲۱۷-۰۱	اختلالات مرتبط با الکل ^۳	۱۱۷-۰۱
مشکلات مرتبط با شاهدانه (کانابیس) ^۶ شامل: - حشیش - ماریجوانا	۲۱۷-۰۲	اختلالات مرتبط با شاهدانه (کانابیس) ^۵ شامل: - حشیش - ماریجوانا	۱۱۷-۰۲
مشکلات مرتبط با مواد توهم‌زا ^{۱۱} شامل: ال. اس. دی، قارچ جادویی، فن‌سیکلیدین و سایر مواد توهم‌زا	۲۱۷-۰۳	اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا ^۷ شامل: ال. اس. دی ^۸ ، قارچ جادویی ^۹ ، فن‌سیکلیدین ^{۱۰} و سایر مواد توهم‌زا	۱۱۷-۰۳
مشکلات مرتبط با مواد استنشاقی ^{۱۳}	۲۱۷-۰۴	اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی ^{۱۲}	۱۱۷-۰۴
اختلالات مرتبط با مواد شبه‌افیونی ^{۱۵} شامل: هروئین، شیرهٔ تریاک، کراک ایرانی، سوخته، آبسوخته، مرفین، کدئین غیرقانونی، متادون غیرقانونی، بوپرونورفین غیرقانونی، ترامادول غیرقانونی و دیفنوکسیلات غیرقانونی	۲۱۷-۰۵	اختلالات مرتبط با مواد شبه‌افیونی ^{۱۴} شامل: هروئین، شیرهٔ تریاک، کراک ایرانی، سوخته، آبسوخته، مرفین، کدئین غیرقانونی، متادون غیرقانونی، بوپرونورفین غیرقانونی، ترامادول غیرقانونی و دیفنوکسیلات غیرقانونی	۱۱۷-۰۵
مشکلات مرتبط با داروهای رخوت‌زا، خواب آور، یا اضطراب‌زا ^{۱۹} شامل: بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها	۲۱۷-۰۶	اختلالات مرتبط با داروهای رخوت‌زا، خواب‌آور، یا اضطراب‌زا ^{۱۶} شامل: بنزودیازپین‌ها ^{۱۷} ، باربیتورات‌ها ^{۱۸}	۱۱۷-۰۶
مشکلات مرتبط با مواد محرک ^{۲۵} شامل: شیشه، اکستازی، کوکائین و ریتالین غیرقانونی	۲۱۷-۰۷	اختلالات مرتبط با مواد محرک ^{۲۰} شامل: شیشه ^{۲۱} ، اکستازی ^{۲۲} ، کوکائین ^{۲۳} و ریتالین ^{۲۴} غیرقانونی	۱۱۷-۰۷
مشکلات مرتبط با توتون ^{۲۷}	۲۱۷-۰۸	اختلالات مرتبط با توتون ^{۲۶}	۱۱۷-۰۸
مشکلات مرتبط با مواد دیگر (یا ناشناخته) ^{۲۹}	۲۱۷-۰۹	اختلالات مرتبط با مواد دیگر (یا ناشناخته) ^{۲۸}	۱۱۷-۰۹

- 1- Substance – related disorders
- 2- Substance – related problems
- 3- Alcohol -related disorders
- 4- Alcohol -related problems
- 5- Cannabis – related disorders
- 6- Cannabis – related problems
- 7- Phencyclidine
- 8- Hallucinogen-related problems
- 9- Hallucinogen-related disorders
- 10- Lysergic acid diethylamide/ LSD
- 11- Psilocybin
- 12- Inhalant- related disorders
- 13-Inhalant- related problems

- 14- Opioid – related disorders
- 15- Opioid – related problems
- 16- Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic – related disorders
- 17- Benzodizepines
- 18- Barbiturates
- 19- Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic – related problems
- 20- Stimulant- related disorders
- 21- Amphetamine
- 22- Ecstasy
- 23- Cocaine
- 24- Ritaline
- 25- Stimulant- related problems
- 26- Tobacco- related disorders
- 27- Tobacco- related problems
- 28- Other (or unknown) substance- related disorders
- 29- Other (or unknown) substance- related problems

اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد / اعتیادهای رفتاری^۱

انجام مداوم و مکرر رفتار X به نحوی که منجر به خلل، یا رنج چشمگیر بالینی شده باشد و تظاهر آن مطابق با معیارهای تشخیصی (پیوست ۳) در یک دوره دوازده ماهه است.

جدول ۲۸- اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد / اعتیادهای رفتاری

رفتار اعتیادی X	مشکلات اعتیادی مرتبط با غیر مواد ^۱ کد ۲۱۸	اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد / اعتیادهای رفتاری کد ۱۱۸
قماربازی	مشکل قماربازی ^۳	اختلال قماربازی ^۲
خدمت به فرد نیازمند	مشکل هم‌وابستگی ^۵	اختلال هم‌وابستگی ^۴
تحریک یا فعالیت جنسی نظیر: استمناء، رابطه جنسی، تماشای فیلم‌های مستهجن ^۸ ، رابطه جنسی اینترنتی ^۹ ، و نظایر اینها	مشکل اعتیاد جنسی ^۷	اختلال اعتیاد جنسی ^۶
پر خوری	مشکل اعتیاد به غذا/مشکل پر خوری ^{۱۱}	اختلال اعتیاد به غذا/اختلال پر خوری ^{۱۰}
پرکاری	مشکل اعتیاد به کار/مشکل پرکاری ^{۱۳}	اختلال اعتیاد به کار/اختلال پرکاری ^{۱۲}
خرید	مشکل اعتیاد به خرید ^{۱۵}	اختلال اعتیاد به خرید ^{۱۴}
اتصال به اینترنت فقط برای بازی اینترنتی	مشکل اعتیاد به بازی اینترنتی ^{۱۷}	اختلال بازی اینترنتی ^{۱۶}
اتصال به اینترنت فقط برای وب‌گردی (نه بازی اینترنتی، نه رابطه جنسی اینترنتی، نه تماشای فیلم‌های مستهجن، و نه حضور در شبکه‌های اجتماعی)	مشکل اعتیاد به اینترنت/مشکل اعتیاد به وب‌گردی ^{۱۹}	اختلال اعتیاد به اینترنت/اختلال اعتیاد به وب‌گردی ^{۱۸}
مکالمه یا پیام‌کردن با تلفن همراه یا تلفن ثابت	مشکل اعتیاد به تلفن ^{۲۱}	اختلال اعتیاد به تلفن ^{۲۰}
اتصال به اینترنت فقط برای حضور در شبکه‌های اجتماعی اینترنتی نظیر فیس‌بوک، تلگرام، اینستاگرام، و غیره، نه برای وب‌گردی، نه بازی اینترنتی، نه رابطه جنسی اینترنتی، و نه تماشای فیلم‌های مستهجن	مشکل اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی اینترنتی ^{۲۳}	اختلال اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی اینترنتی ^{۲۲}
سایر رفتارهای اعتیادی	سایر مشکلات اعتیادی مرتبط با غیر مواد ^{۲۵}	سایر اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد ^{۲۴}

- 1- Non-Substance related addiction problems/ Behavioral addiction problems
- 2- Gambling disorder
- 3- Gambling problem
- 4- Codependency disorder
- 5- Codependency problem
- 6- Sex addiction disorder
- 7- Sex addiction problem
- 8- pornographic
- 9- Cybersex
- 10- Food addiction disorder
- 11- Food addiction problem
- 12- Work addiction disorder
- 13- Work addiction problem
- 14- Buying addiction disorder
- 15- Buying addiction problem
- 16- Internet gaming disorder
- 17- Internet gaming problem
- 18- Net/ web addiction disorder
- 19- Net/ web addiction problem
- 20- Phone addiction disorder
- 21- Phone addiction problem
- 22- Internet social networks addiction disorder
- 23- Internet social networks addiction problem
- 24- Other Non-Substance related addiction disorders/ Behavioral addiction disorders
- 25- Other Non-Substance related addiction disorders/ Behavioral addiction problems

جدول ۲۹- اختلالات عصبی - شناختی

مشکلات عصبی - شناختی ^۲ کد ۲۱۹		اختلالات عصبی - شناختی ^۱ کد ۱۱۹	
متناظر ندارد		روان آشفتگی ^۳	۱۱۹-۰۱
فراموشکاری ^۴	۲۱۹-۰۲-۰۱	اختلالات عصبی - شناختی عمده و خفیف ^۵	۱۱۹-۰۲
سایر مشکلات عصبی - شناختی عمده و خفیف ^۶	۲۱۹-۰۲-۰۲		

- 1- Neurocognitive disorders
- 2- Neurocognitive problems
- 3- Delirium
- 4- Forgetfulness
- 5- Major and mild neurocognitive disorders
- 6- Other Major and mild neurocognitive problems

جدول ۳۰- اختلالات شخصیت

مشکلات منش ^۲ کد ۲۲۰		اختلالات شخصیت ^۱ کد ۱۲۰	
مشکل منش بدگمان/ پارانویید ^۴	۲۲۰-۰۱	اختلال شخصیت بدگمان/ پارانویید ^۳	۱۲۰-۰۱
مشکل منش گسیخته‌وار/ اسکیزوئید ^۶	۲۲۰-۰۲	اختلال شخصیت گسیخته‌وار/ اسکیزوئید ^۵	۱۲۰-۰۲
مشکل منش گسیخته‌گون/ اسکیزوتایپال ^۸	۲۲۰-۰۳	اختلال شخصیت گسیخته‌گون/ اسکیزوتایپال ^۷	۱۲۰-۰۳
مشکل منش ضداجتماعی ^{۱۰}	۲۲۰-۰۴	اختلال شخصیت ضداجتماعی ^۹	۱۲۰-۰۴
مشکل منش مرزی ^{۱۲}	۲۲۰-۰۵	اختلال شخصیت مرزی ^{۱۱}	۱۲۰-۰۵
مشکل منش نمایشی ^{۱۴}	۲۲۰-۰۶	اختلال شخصیت نمایشی ^{۱۳}	۱۲۰-۰۶
مشکل منش خودشیفته ^{۱۶}	۲۲۰-۰۷	اختلال شخصیت خودشیفته ^{۱۵}	۱۲۰-۰۷
مشکل منش دوری‌گزین ^{۱۸}	۲۲۰-۰۸	اختلال شخصیت دوری‌گزین ^{۱۷}	۱۲۰-۰۸
مشکل منش وابسته ^{۲۰}	۲۲۰-۰۹	اختلال شخصیت وابسته ^{۱۹}	۱۲۰-۰۹
مشکل منش وسواسی - اجباری ^{۲۲}	۲۲۰-۱۰	اختلال شخصیت وسواسی - اجباری ^{۲۱}	۱۲۰-۱۰
سایر مشکلات منش ^{۲۴}	۲۲۰-۱۱	سایر اختلالات شخصیت ^{۲۳}	۱۲۰-۱۱

- 1- Personality disorders
- 2- Character problems
- 3- Paranoid personality disorder
- 4- Paranoid character problem
- 5- Schizoid personality disorder
- 6- Schizoid character problem
- 7- Schizotypal personality disorder
- 8- Schizotypal character problem
- 9- Antisocial personality disorder
- 10- Antisocial character problem
- 11- Borderline personality disorder
- 12- Borderline character problem
- 13- Histrionic personality disorder
- 14- Histrionic character problem
- 15- Narcissistic personality disorder
- 16- Narcissistic character problem
- 17- Avoidant personality disorder
- 18- Avoidant character problem
- 19- Dependent personality disorder
- 20- Dependent character problem
- 21- Obsessive - Compulsive personality disorder
- 22- Obsessive - Compulsive character problem
- 23- Other personality disorders
- 24- Other character problems

جدول ۳۱- سایر اختلالات روانی

سایر اختلالات روانی ^۱	۲۲۱	سایر مشکلات روانی / سایر مشکلات فردی ^۲
----------------------------------	-----	---

1- Other mental disorders

2- Other mental problems/ other personal problems

جدول ۳۲- فهرست تفصیلی طبقه‌بندی مشکلات بین فردی (شماره ۳۱۲-۳۰۱)

کد مشکلات بین فردی	طبقه اصلی	طبقه فرعی
۳۰۱	مشکلات بین فردی	مشکل آزار ^۱ و غفلت ^۲
		■ آزار جسمی ^۳ (۳۰۱-۰۱)
		• بین پدر و فرزند (۳۰۱-۰۱-۰۱)
		• بین مادر و فرزند (۳۰۱-۰۱-۰۲)
		• بین همشیران (۳۰۱-۰۱-۰۳)
		• بین همسران (۳۰۱-۰۱-۰۴)
		• بین افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه، معلم و ... (۳۰۱-۰۱-۰۵)
		• سایر (۳۰۱-۰۱-۰۶)
		■ آزار جنسی ^۴ (۳۰۱-۰۲)
		• بین پدر و فرزند (۳۰۱-۰۲-۰۱)
		• بین مادر و فرزند (۳۰۱-۰۲-۰۲)
		• بین همشیران (۳۰۱-۰۲-۰۳)
		• بین همسران (۳۰۱-۰۲-۰۴)
		• بین افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه، معلم و ... (۳۰۱-۰۲-۰۵)
		• سایر (۳۰۱-۰۲-۰۶)
		■ آزار روانی ^۵ (۳۰۱-۰۳)
		• بین پدر و فرزند (۳۰۱-۰۳-۰۱)
		• بین مادر و فرزند (۳۰۱-۰۳-۰۲)
		• بین همشیران (۳۰۱-۰۳-۰۳)
		• بین همسران (۳۰۱-۰۳-۰۴)
		• بین افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه، معلم و ... (۳۰۱-۰۳-۰۵)
		• سایر (۳۰۱-۰۳-۰۶)
		■ غفلت ^۶ (۳۰۱-۰۴)
		• بین پدر و فرزند (۳۰۱-۰۴-۰۱)
		• بین مادر و فرزند (۳۰۱-۰۴-۰۲)
		• بین همشیران (۳۰۱-۰۴-۰۳)
		• بین همسران (۳۰۱-۰۴-۰۴)
		• بین افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه، معلم و ... (۳۰۱-۰۴-۰۵)
		• سایر (۳۰۱-۰۴-۰۶)

۳۰۲	مشکل میان همسران	مشکلات بین‌فردی
	■ مشکل در حل تعارض ^۷ (۳۰۲-۰۱)	
	■ بیش‌درهمبودگی ^۸ (۳۰۲-۰۲)	
	■ ابراز هیجانی بالا ^۹ (۳۰۲-۰۳)	
	■ بی‌اعتمادی ^{۱۰} (۳۰۲-۰۴) (به شرط آنکه طرف مقابل بیوفایی نکرده باشد).	
	■ بیوفایی ^{۱۱} (۳۰۲-۰۵) شامل:	
	■ بیوفایی بدون رابطه جنسی (۳۰۲-۰۵-۰۱)	
	■ بیوفایی با رابطه جنسی (۳۰۲-۰۵-۰۲)	
	■ سردی عاطفی (گوشه‌گیری/ طلاق عاطفی) (۳۰۲-۰۶)	
	■ جدایی (۳۰۲-۰۷)	
۳۰۳	■ اقدام به طلاق (۳۰۲-۰۸)	مشکلات بین‌فردی
	■ سایر مشکلات میان همسران (۳۰۲-۰۹)	
	مشکل میان والد/ مراقب و کودک	
	مشکل میان خواهرها و برادرها	
	مشکل میان فرد و خانواده همسر	
	مشکل میان فرد و محبوب	
	مشکل میان کودک و اولیاء آموزشی	
	مشکل میان فرد و همتایان/ همسن‌ها	
	مشکل میان فرد و همکاران	
	مشکل میان فرد و همسایگان	
۳۱۲	مشکل میان فرد و سایر افراد	سایر مشکلات
	سایر مشکلات	
	■ عقیدتی/ معنوی (۳۱۲-۰۱)	
	■ تمارض ^{۱۲} (۳۱۲-۰۲)	
	■ مسائل ویژه فرزندخواندگی/ فرزندپذیری (۳۱۲-۰۳)	

- 1- Abuse
- 2- Neglect
- 3- Physical abuse
- 4- Sexual abuse
- 5- Mental abuse
- 6- Neglect
- 7- Conflict-resolution problem
- 8- Over- involvement
- 9- Highly expressed emotion
- 10- Distrust
- 11- Infidelity

۱۲- مراجع با تمارض از منافع قانونی، پزشکی، بیمه‌ای، به غیر از منافع روانشناختی بهره می‌برد.

جدول ۳۳ - فهرست تفصیلی طبقه‌بندی ارائه راهنمایی

کد طبقه اصلی	کد طبقه فرعی	طبقه اصلی	طبقه فرعی
۴۰۱	۴۰۱-۰۱	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های تحصیلی	کنکور یا امتحان
	۴۰۱-۰۲		انتخاب یا تغییر رشته
	۴۰۱-۰۳		تغییر محل تحصیل
	۴۰۱-۰۴		ورود به دوره بالاتر
	۴۰۱-۰۵		فارغ التحصیلی
	۴۰۱-۰۶		محرومیت از تحصیل
	۴۰۱-۰۷		عملکرد تحصیلی
	۴۰۱-۰۸		سایر موقعیت‌های تحصیلی
۴۰۲	۴۰۲-۰۱	ارایه راهنمایی در خصوص موقعیت‌های شغلی	انتخاب شغل
	۴۰۲-۰۲		تغییر شغل
	۴۰۲-۰۳		بازنشستگی
	۴۰۲-۰۴		ارتقاء شغلی
	۴۰۲-۰۵		بیکاری
	۴۰۲-۰۶		اخراج یا تهدید به آن
	۴۰۲-۰۷		نارضایتی از شغل
	۴۰۲-۰۸		سختی شغل
	۴۰۲-۰۹		بی‌مهارتی شغلی
	۴۰۲-۱۰		سایر موقعیت‌های شغلی

۴۰۳-۰۱	ور شکستگی اُفت سریع موقعیت اقتصادی	۴۰۳	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های اقتصادی
۴۰۳-۰۲	ارتقاء سریع موقعیت اقتصادی		
۴۰۳-۰۳	درآمد پایین		
۴۰۳-۰۴	فقر		
۴۰۳-۰۵	سایر موقعیت‌های اقتصادی		
۴۰۴-۰۱	تنها زندگی کردن	۴۰۴	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های فرهنگی اجتماعی
۴۰۴-۰۲	فرهنگ‌پذیری		
۴۰۴-۰۳	محیط‌طردکننده اجتماعی		
۴۰۴-۰۴	هدف تبعیض بودن		
۴۰۴-۰۵	شکاف فرهنگی نسل‌ها		
۴۰۴-۰۶	سایر موقعیت‌های فرهنگی اجتماعی		
۴۰۵-۰۱	رسیدن به سنین ازدواج	۴۰۵	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های پیش از ازدواج
۴۰۵-۰۲	آشنایی اولیه		
۴۰۵-۰۳	نامزدی		
۴۰۶-۰۱	حین ثبت عقد	۴۰۶	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های ازدواج
۴۰۶-۰۲	عقد		
۴۰۶-۰۳	ازدواج		
۴۰۷-۰۱	طلاق	۴۰۷	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت طلاق و پساطلاق
۴۰۷-۰۲	پساطلاق		

۴۰۸-۰۱		ناباروری		۴۰۸	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های خانوادگی چالش‌برانگیز
۴۰۸-۰۲		چندقلویی			
۴۰۸-۰۳		دوری از اعضای خانواده (همسر/ فرزندان/ پدر و مادر/ خواهر و برادر)			
۴۰۸-۰۴-۰۱	فرد معلول/ دچار بیماری مزمن جسمی	وجود فرد نیازمند به مراقبت: ۴۰۸-۰۴			
۴۰۸-۰۴-۰۲	فرد دچار بیماری شدید و مدید روانی				
۴۰۸-۰۴-۰۳	فرد معتاد				
۴۰۸-۰۴-۰۴	فرد سالمند				
۴۰۹-۰۱		بلوغ (نوع‌دگی، نواحتلامی، تغییر ظاهر جسمی، بلوغ زودرس، و بلوغ دیررس)		۴۰۹	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های چرخه زندگی
۴۰۹-۰۲		استقلال طلبی نوجوان از والدین			
۴۰۹-۰۳		ورود به سن قانونی			
۴۰۹-۰۴		سربازی			
۴۰۹-۰۵		تغییر محل زندگی			
۴۰۹-۰۶		بارداری/دوره پس‌زایمان			
۴۰۹-۰۷		والد شدن			
۴۰۹-۰۸		میان‌سالی			
۴۰۹-۰۹		یائسگی			
۴۰۹-۱۰		آشنانهٔ خالی			
۴۰۹-۱۱		سالمندی			
۴۰۹-۱۲		سایر موقعیت‌های چرخهٔ زندگی			

۴۱۰-۰۱	بلایای طبیعی	۴۱۰	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های غیر مترقبه و بحرانی
۴۱۰-۰۲	جنگ		
۴۱۰-۰۳	ارعاب (ترور) و شکنجه (جنسی، جسمی، روانی)		
۴۱۰-۰۴	دیگر خصومت‌ها		
۴۱۰-۰۵	سایر حوادث انسان‌ساخته (تصادفات، آتش سوزی، و ...)		
۴۱۰-۰۶	بیماری وخیم و قطع عضو ناگهانی خود		
۴۱۰-۰۷	بیماری وخیم و قطع عضو ناگهانی دیگران		
۴۱۰-۰۸	مرگ یکی از نزدیکان		
۴۱۰-۰۹	اقدام جدی به خودکشی یا خودکشی نزدیکان		
۴۱۰-۱۰	اقدام جدی به خودکشی (خود فرد)		
۴۱۰-۱۱	موقعیت‌های انتظامی-قضایی ناگهانی (احضار، بازجویی، دستگیری، بازداشت و محکومیت قضایی ناگهانی) ^۱		
۴۱۰-۱۲	حاملگی ناخواسته در ازدواج		
۴۱۰-۱۳	حاملگی ناخواسته بدون ازدواج در دوران نوجوانی		
۴۱۰-۱۴	حاملگی ناخواسته بدون ازدواج در دوره‌های دیگر		
۴۱۰-۱۵	سایر موقعیت‌های غیرمترقبه و بحرانی		
۴۱۱	-----	۴۱۱	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های حقوقی و قضایی ^۲
۴۱۲-۰۱	موقعیت‌های حاد (کمتر از ۶ ماه)	۴۱۲	ارایهٔ راهنمایی در خصوص موقعیت‌های مرتبط با سلامت
۴۱۲-۰۲	موقعیت‌های مزمن (بیشتر از ۶ ماه)		
۴۱۳	-----	۴۱۳	سایر ارایهٔ راهنمایی‌ها

۴۱۴-۰۱	به درخواست مراجع (با ارسال پاسخ به مشاور)	۴۱۴	سنجش و ارزیابی (هوش، شخصیت، سلامت روانی، و ...)
۴۱۴-۰۲	به درخواست مراجع (با تحویل پاسخ به مراجع)		
۴۱۴-۰۳	به درخواست مشاور یا درمانگر مرکز		
۴۱۴-۰۴	به درخواست مشاور یا درمانگر خارج از مرکز		
۴۱۴-۰۵	به درخواست سایر بخشهای سازمان بهزیستی		
۴۱۴-۰۶	به درخواست نهادهای رسمی (مراجع قانونی) خارج از سازمان بهزیستی		

- ۱- این موقعیت (کد ۱۱ - ۴۱۰) با مشکلات حقوقی قضایی (کد ۱۱۱) دو تفاوت مهم دارد: اولاً کد (۱۱ - ۴۱۰) یک موقعیت است، و نه مشکل؛ ثانیاً یک موقعیت ناگهانی است.
- ۲- مشکلاتی از این قبیل می‌تواند در این بخش قرار گیرد: این چک را چه طور بدهم که مشکلی برایم پیش نیاید یا بیشتر به نفعم باشد؟ این قرارداد را چگونه تنظیم کنم؟ تحت پوشش کدام شرکت بیمه‌ای قرار بگیرم؟

جدول ۳۴- فهرست تفصیلی نیم‌رخ موقعیتی

کد طبقه اصلی	کد طبقه فرعی اصلی	کد طبقه فرعی
موقعیت‌های تحصیلی	۵۰۱	۵۰۱-۰۱ کنکور یا امتحان
		۵۰۱-۰۲ انتخاب یا تغییر رشته
		۵۰۱-۰۳ تغییر محل تحصیل
		۵۰۱-۰۴ ورود به دوره بالاتر
		۵۰۱-۰۵ فارغ‌التحصیلی
		۵۰۱-۰۶ محرومیت از تحصیل
		۵۰۱-۰۷ عملکرد تحصیلی
		۵۰۱-۰۸ سایر موقعیت‌های تحصیلی
موقعیت‌های شغلی	۵۰۲	۵۰۲-۰۱ انتخاب شغل
		۵۰۲-۰۲ تغییر شغل
		۵۰۲-۰۳ بازنشستگی
		۵۰۲-۰۴ ارتقاء شغلی
		۵۰۲-۰۵ بیکاری
		۵۰۲-۰۶ اخراج یا تهدید به آن
		۵۰۲-۰۷ نارضایتی از شغل
		۵۰۲-۰۸ سختی شغل
		۵۰۲-۰۹ بی‌مهارتی شغلی
		۵۰۲-۱۰ سایر موقعیت‌های شغلی
موقعیت‌های اقتصادی	۵۰۳	۵۰۳-۰۱ ورشکستگی/ اُفت سریع موقعیت اقتصادی
		۵۰۳-۰۲ ارتقاء سریع موقعیت اقتصادی
		۵۰۳-۰۳ درآمد پایین
		۵۰۳-۰۴ فقر
		۵۰۳-۰۵ سایر موقعیت‌های اقتصادی

۵۰۴-۰۱	تنها زندگی کردن	۵۰۴	موقعیت‌های فرهنگی اجتماعی
۵۰۴-۰۲	فرهنگ‌پذیری		
۵۰۴-۰۳	محیط‌طردکننده اجتماعی		
۵۰۴-۰۴	هدف تبعیض قرار گرفتن		
۵۰۴-۰۵	شکاف فرهنگی نسل‌ها		
۵۰۴-۰۶	سایر موقعیت‌های فرهنگی اجتماعی		
۵۰۵-۰۱	رسیدن به سنین ازدواج	۵۰۵	موقعیت‌های مربوط به پیش از ازدواج
۵۰۵-۰۲	آشنایی اولیه		
۵۰۵-۰۳	نامزدی		
۵۰۶-۰۱	حین عقد	۵۰۶	موقعیت‌های مربوط به ازدواج
۵۰۶-۰۲	عقد		
۵۰۶-۰۳	ازدواج		
۵۰۷-۰۱	طلاق	۵۰۷	موقعیت‌های مربوط به طلاق و پساطلاق
۵۰۷-۰۲	پساطلاق		

موقعیت‌های خانوادگی ۵۰۸	الف) انواع خانواده ۵۰۸-۰۱	خانواده والدینی		رایج (تک همسری)		۵۰۸-۰۱-۰۱	
				(ناپدری، نامادری، نابرداری، ناخواهری، و مرگ والدین)		۵۰۸-۰۱-۰۲	
				طلاق والدین		۵۰۸-۰۱-۰۳	
		وضع تأهل		تجرد	زندگی با خانواده والدینی		۵۰۸-۰۱-۰۴
					زندگی مستقل		۵۰۸-۰۱-۰۵
					همزیستاری ^۱		۵۰۸-۰۱-۰۶
				تأهل	ازدواج دائم		۵۰۸-۰۱-۰۷
					ازدواج موقت		۵۰۸-۰۱-۰۸
	ب) انواع موقعیت‌های خانوادگی ۵۰۸-۰۲	ناباروری		۵۰۸-۰۲-۰۱			
		چندقلویی		۵۰۸-۰۲-۰۲			
		دوری از اعضای خانواده (همسر/ فرزندان/ پدر و مادر/ خواهر و برادر)		۵۰۸-۰۲-۰۳			
		وجود فرد نیازمند به مراقبت ۵۰۸-۰۲-۰۴		فرد معلول/ دچار بیماری مزمن جسمی			۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۱
				فرد دچار بیماری شدید و مدید روانی			۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۲
				فرد معتاد			۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۳
				فرد سالمند			۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۴

۵۰۹-۰۱	بلوغ (نوعانرژی، نواحتلامی، تغییر ظاهر جسمی، بلوغ زودرس، و بلوغ دیررس)	۵۰۹	موقعیت‌های چرخه زندگی
۵۰۹-۰۲	استقلال طلبی نوجوان از والدین		
۵۰۹-۰۳	ورود به سن قانونی		
۵۰۹-۰۴	سربازی		
۵۰۹-۰۵	تغییر محل زندگی		
۵۰۹-۰۶	بارداری/ دوره پسازایمان		
۵۰۹-۰۷	والد شدن		
۵۰۹-۰۸	میانسالی		
۵۰۹-۰۹	یائسگی		
۵۰۹-۱۰	آشیانه خالی		
۵۰۹-۱۱	سالمندی		
۵۰۹-۱۲	سایر موقعیت‌های چرخه زندگی		

۵۱۰-۰۱	بلایای طبیعی	۵۱۰	موقعیت‌های غیرمترقبه و بحرانی
۵۱۰-۰۲	جنگ		
۵۱۰-۰۳	ارعاب (ترور) و شکنجه (جنسی، جسمی و روانی)		
۵۱۰-۰۴	دیگر خصوصتها		
۵۱۰-۰۵	سایر حوادث انسان ساخته (تصادفات، آتش سوزی، و ...)		
۵۱۰-۰۶	بیماری وخیم و قطع عضو ناگهانی خود		
۵۱۰-۰۷	بیماری وخیم و قطع عضو ناگهانی دیگران		
۵۱۰-۰۸	مرگ یکی از نزدیکان		
۵۱۰-۰۹	اقدام جدی به خودکشی و یا خودکشی نزدیکان		
۵۱۰-۱۰	اقدام جدی به خودکشی (خود فرد)		
۵۱۰-۱۱	موقعیت‌های انتظامی-قضایی ناگهانی نظیر احضار، بازجویی، دستگیری، بازداشت، و محکومیت قضایی ناگهانی		
۵۱۰-۱۲	حاملگی ناخواسته در ازدواج		
۵۱۰-۱۳	حاملگی ناخواسته بدون ازدواج در دوران نوجوانی		
۵۱۰-۱۴	حاملگی ناخواسته بدون ازدواج در دوره های دیگر		
۵۱۰-۱۵	سایر موقعیت‌های غیرمترقبه و بحرانی		
۵۱۱		۵۱۱	موقعیت‌های حقوقی و قضایی
۵۱۲-۰۱	موقعیت‌های حاد (کمتر از ۶ ماه)	۵۱۲	موقعیت‌های مرتبط با سلامت
۵۱۲-۰۲	موقعیت‌های مزمن (بیشتر از ۶ ماه)		
۵۱۳		۵۱۳	سایر موقعیت‌ها

تعاریف اختلالات روانی

۱- اختلالات نموّ عصبی^۱

ناتوانی هوشی^۲

نقایصی در تواناییهای ذهنی کلی و اختلال در کارکردهای انطباقی روزمره در مقایسه با همتایان خود که از سن، جنسیت و وضعیت اجتماعی - فرهنگی یکسانی برخوردار هستند، همراه با شروع در دورهٔ رشدی. افراد مبتلا به اختلال رشدی هوش ممکن است دچار مشکلاتی در ادارهٔ رفتار و هیجانات خود، در روابط بین فردی و در حفظ انگیزش در فرآیند یادگیری باشند.

اختلال سلیسی با شروع در دوران کودکی / لکنت زبان^۳

این اختلال شامل دشواری در فصاحت طبیعی و الگوی زمانبندی تکلم است که با سن بیمار تناسب ندارد. این اختلال می‌تواند به صورت زیر تظاهر کند: تکرار یا کشیدن اصوات یا هجاها (سیلابها) یا انواع دیگری از عدم فصاحت کلام مانند تکرار صداها و سیلابها، کلمات منقطع (مانند وقفه در هنگام بیان یک کلمه)، وقفه‌های خاموش یا صدادار (مانند مکث‌های پُر یا خالی حین تکلم)، یا درازگویی (مانند جایگزینی کلمات برای پرهیز از به کارگیری کلمات مشکل‌ساز). در این اختلال ادای کلمات با فشار جسمانی مفرطی انجام می‌شود و پیشرفت تحصیلی یا شغلی یا برقراری ارتباطات اجتماعی را مختل می‌سازد. علائم در اوایل دورهٔ رشدی شروع می‌شود و اختلال مذکور قابل انتساب به نقص حسی یا حرکتی تکلم، عدم فصاحت مربوط به آسیب‌های عصبی یا یک بیماری طبی دیگر نیست و توسط یک اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.

1- Neurodevelopmental disorders

2- Intellectual disabilities

3- Childhood-onset fluency disorder/stuttering

اختلال طیف درخودماندگی / اوتیسم^۱

نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق یا فعالیت‌هاست. این علایم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره می‌شوند. تظاهرات اختلال نیز با توجه به شدت درخودماندگی، میزان رشد و سن تقویمی کودک تفاوت‌های زیادی دارند و مفهوم کلمه طیف در همین نکته نهفته است. اختلال طیف درخودماندگی در برگرنده اختلالاتی است که قبلاً درخودماندگی شیرخواری، درخودماندگی کودکی، درخودماندگی کانر^۲، درخودماندگی کارکرد بالا، درخودماندگی غیرعادی، اختلال نافذ رشد نامعین، اختلال فروپاشنده دوران کودکی و اختلال آسپرگر^۳ نامیده می‌شدند.

اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی^۴

الگوی مستمر بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانش‌گری است که با کارکرد و رشد فرد تداخل دارد. بی‌توجهی خود را در رفتارهایی مانند نیمه‌کاره گذاشتن کارها، نداشتن پشتکار، مشکل حفظ تمرکز و نابسامان بودن آشکار می‌سازد که البته ناشی از نافرمانی یا عدم درک مطلب نیست. بیش‌فعالی به افزایش فعالیت‌های حرکتی (دویدن، جست‌وخیز کردن کودک) درمواقع نامناسب، یا وول خوردن زیاد، بازی با انگشتان، یا پرحرفی اطلاق می‌شود. بیش‌فعالی در بزرگسالان می‌تواند به شکل بی‌قراری شدید یا خسته‌کردن دیگران با فعالیت‌هایشان بروز نماید. تکانشی عمل کردن یعنی اعمال عجولانه‌ای که بدون هیچگونه فکر و ملاحظه‌ای انجام می‌گیرند و می‌تواند سبب آسیب به فرد گردد (مانند بی‌احتیاطی در عبور از خیابان) بازتاب تمایل برای پاداش‌های فوری و عدم توانایی در به تأخیر انداختن ارضا، دخالت‌های اجتماعی (قطع زیاده از حد کلام دیگران) یا تصمیم‌گیری‌های مهم بدون اندیشیدن به پیامدهای درازمدت آن (مانند پذیرش شغل بدن کسب اطلاعات کافی راجع به آن). وجود چند علامت آن قبل از سن ۱۲ سالگی همراه با تداوم شش ماهه آن برای تشخیص‌گذاری ضروری است.

1- Autism spectrum disorder

2- Canner's autism disorder

3- Asperger disorder

4- Attention-deficit/ Hyperactivity disorder

مشکل کم توجهی / بی توجهی^۱

حالت کمبود توجه متمرکز یا توجه ناپایدار است که ناشی از نافرمانی یا عدم درک مطلب نیست و به صورت حواس پرتی و آشفتگی در انجام تکالیف خود را نشان می‌دهد، اما در حدی نیست که مشمول تشخیص اختلال گردد.

اختلال یادگیری مشخص^۲

ناتوانی مداوم در یادگیری مهارت‌های کلیدی تحصیلی (درک مطلب شفاهی، خواندن روان و صحیح کلمات، بیان نوشتاری و هجی کردن، محاسبات عددی و استدلال ریاضی) حداقل برای مدت ۶ ماه علیرغم انجام مداخلات درمانی که از دوران تحصیلات رسمی شروع می‌شود. این مشکل فقط به خاطر عدم دسترسی به امکانات آموزشی یا آموزش ناکافی نیست. کارکرد شخص مبتلا در زمینه مهارت تحصیلی به میزان بارزی کمتر از میانگین سن تقویمی است و این اختلالات مربوط به کم‌توانی ذهنی/اختلال رشد هوشی، تأخیر کلی رشدی، مشکلات شنوایی یا بینایی، یا اختلالات عصبی - حرکتی نیستند.

سایر اختلالات نمو عصبی^۳

۲- اختلالات روانپریشانه^۴

ناهنجاری در حداقل یکی از پنج حوزه هذیان‌ها، توهمات، افکار آشفته (گفتار)، رفتارهای آشفته یا نابهنجار بارز حرکتی شامل قوام‌باختگی^۵ و علایم منفی.

روان گسیختگی / اسکیزوفرنیا^۶

وجود دو یا چند علامت از علایم هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار آشفته بارز یا قوام‌باخته و علایم منفی که هر کدام در بخش قابل‌ملاحظه‌ای از یک دوره یک‌ماهه وجود

-
- 1- Attention-deficit problem
 - 2- Specific learning disorder
 - 3- Other neurodevelopmental disorders
 - 4- Psychotic disorders
 - 5- Catotonia
 - 6- Schizophrenia

داشته‌اند و در بخش قابل‌ملاحظه‌ای از زمان سپری شده از شروع علایم، سطح کارکرد فرد در یک یا چند زمینه عمده مانند شغل، روابط بین‌فردی، یا مراقبت فردی، به شکل قابل‌ملاحظه‌ای به سطحی پایین‌تر از قبل از شروع بیماری تنزل پیدا کرده است. نشانه‌های پایدار اختلال بایستی حداقل به مدت شش‌ماه ادامه پیدا کنند و قابل انتساب به اثرات فیزیولوژیک نوعی ماده یا بیماری طبی دیگر نباشد. اگر سابقه اختلال طیف درخودماندگی یا یک اختلال ارتباطی با شروع در دوران کودکی وجود داشته باشد، تشخیص جداگانه روان‌گسیختگی تنها زمانی مطرح می‌شود که هذیان‌ها یا توهمات بارز، به علاوه سایر علایم ضروری روان‌گسیختگی نیز به مدت حداقل یک ماه وجود داشته باشند.

اختلال هذیانی^۱

این اختلال شامل وجود یک یا چند هذیان برای مدت حداقل یک ماه است. اگر فرد در دوره‌های دچار تظاهرات بالینی بوده که ملاک تشخیصی A روان‌گسیختگی را کامل می‌کرده است، دیگر هیچگاه در مورد وی تشخیص اختلال هذیانی مصداق پیدا نمی‌کند. صرف‌نظر از اثر مستقیم هذیان‌ها، نقایص موجود در کارکرد اجتماعی - روانشناختی فرد خیلی محدودتر از آن چیزی است که در سایر اختلالات روان‌پریشی دیده می‌شود و رفتار فرد آنچنان غیرعادی و غریب نیست. اگر در دوره‌ای همزمان با هذیان‌ها حملات خلقی بروز نماید، مجموع مدت این حملات خلقی در مقایسه با تمام دوره بیماری هذیانی کوتاه است. هذیان‌ها را نمی‌توان به اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر نسبت داد و توسط یک بیماری روانی دیگر مانند اختلال بدریخت‌انگاری بدن یا اختلال وسواسی جبری، بهتر توجیه نمود.

اختلال روان‌پریشی گذرا^۲

آشفته‌گی با حضور حداقل یکی از علایم هذیان، توهم، گفتار نابسامان (مانند از خط خارج شدن و بی‌ربط‌گویی مکرر) یا ناهنجاری بارز رفتارهای روانی - حرکتی شامل قوام‌باختگی که به صورت ناگهانی شروع می‌شود. هر دوره بیماری حداقل یک روز ولی کمتر از یک ماه طول می‌کشد و فرد نهایتاً به صورت کامل به سطح کارکردی قبل از بیماری خود برمی‌گردد. اختلال مذکور توسط اختلال افسردگی یا دوقطبی با ویژگی‌های روان‌پریشانه، عاطفه‌گسیختگی یا روان‌گسیختگی بهتر توجیه نمی‌شود و ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی دیگر نیست.

1- Delusional disorder

2- Brief psychotic disorder

اختلال روان گسیخته‌گون^۱

علایم اختلال روان گسیخته‌گونی مشابه علایم روان گسیختگی است و افتراق این دو از هم فقط بر اساس طول دورهٔ بیماری امکان‌پذیر است. مجموع دورهٔ بیماری شامل دورهٔ مقدماتی، فعال، و باقیمانده حداقل یک ماه و حداکثر کمتر از شش ماه است. در واقع طول دورهٔ اختلال روان گسیخته‌گون حد واسط بین مدت اختلال روان‌پریشی گذرا که بیشتر از یک روز و کمتر از یک ماه است روان گسیختگی علائم حداقل شش ماه طول می‌کشد. ویژگی تشخیصی بعدی عدم نیاز به ملاک اُفت کارکرد شغلی و اجتماعی فرد است در عین حالی که امکان چنین اُفتی وجود دارد ولی برای تشخیص‌گذاری ضرورتی ندارد.

سایر اختلالات روان‌پریشانه^۲

۳- اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط^۳

اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط، از اختلالات افسردگی جدا شده‌اند و برای شناساندن جایگاه واسطه‌ای آنها در بین طیف روان گسیختگی و اختلالات افسردگی از دید علامت‌شناسی، سابقهٔ خانوادگی و ژنتیک در بین فصول اختلالات فوق گنجانده شده است.

اختلال دوقطبی I^۴

برای تشخیص این اختلال بایستی حداقل یک دورهٔ شیدایی^۵ وجود داشته باشد که در اکثر ساعات شبانه روز و تقریباً تمام روزها خُلق فرد به شکل ناهنجار و مداوم بالا، گشاده (منبسط) یا تحریک‌پذیر باشد و حداقل به مدت یک هفته ادامه بیابد. بروز دوره‌های شیدایی یا افسردگی اساسی توسط اختلالات روان‌پریشی بهتر توجیه نشود.

1- Schizophreniform disorder

2- Other psychotic disorder

3- Bipolar and related disorder

4- Bipolar I disorder

5- Mania

اختلال دوقطبی II^۱

مراجع بایستی حداقل یک دورهٔ سبک‌شیدایی^۲ و حداقل یک دورهٔ افسردگی اساسی را تجربه کرده باشد. اختلالات روان‌پریشی توجیه بهتری برای بروز دورهٔ سبک‌شیدایی و افسردگی اساسی نمی‌باشد. علایم سبب ناراحتی قابل توجه بالینی یا اُفت کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم کارکردی فرد شده‌اند.

اختلال خلق ادواری^۳

برای مدت حداقل دو سال (در کودکان و نوجوانان حداقل یک سال) دوره‌های متعددی از علایم سبک‌شیدایی (که هیچگاه ملاک‌های کامل یک دورهٔ سبک‌شیدایی را نداشته‌اند) و دوره‌های متعدد علایم افسردگی (که هیچگاه ملاک‌های یک دورهٔ افسردگی اساسی را نداشته‌اند) بروز می‌کنند. در حین این دوره هیچگاه فرد بیشتر از دو ماه متوالی بدون علامت نبوده است و ملاک‌های تشخیصی دورهٔ افسردگی اساسی، شیدایی و سبک‌شیدایی هیچگاه وجود نداشته است. علایم موجود توسط اختلالات روان‌پریشی بهتر توجیه نشده و کارکرد شغلی، اجتماعی، یا سایر جنبه‌های مهم کاری فرد دچار مشکل شده‌اند.

سایر اختلالات دوقطبی

این طبقه شامل اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از دارو و مواد، اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از یک بیماری طبی دیگر و سایر اختلالات مرتبط معین می‌باشد.

۴- اختلالات افسردگی^۴

اختلال افسردگی عمده پیرایمانی^۵

پنج مورد (یا بیشتر) از علایم افسردگی اساسی با شروع پیرایمانی در یک دورهٔ دوهفته‌ای همزمان وجود داشته و نشان دهندهٔ به هم خوردن کارکرد قبلی فرد باشند. نشانه‌ها باید

1- Bipolar II disorder

2- Hypomania

3- Cyclothymic disorder

4- Depressive disorders

5- MDD with peripartum onset disorder

تقریباً تمام روزها و تمام فعالیت‌های شبانه روز وجود داشته و ناشی از اثرات فیزیولوژیک مواد یا دارو نباشند.

اختلال افسردگی عمده (غیرمرتبط با زایمان)^۱

پنج مورد یا بیشتر از علایم زیر در یک دوره دوهفته‌ای همزمان وجود داشته و نشان‌دهنده به هم خوردن کارکرد قبلی فرد باشند. حداقل یکی از علایم باید (۱) خلق افسرده یا (۲) از دست رفتن علایق یا لذات باشد. خلق افسرده، کاهش مشخص علایق یا لذات، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، سرآسیمگی یا کندی روانی حرکتی، خستگی و فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط، کاهش توانایی تفکر و تمرکز، افکار مکرر مربوط به مرگ و طرح نقشه برای خودکشی، نشانه‌ها باید در تقریباً تمام روزها و تمام فعالیت‌های شبانه روز وجود داشته باشد و ناشی از اثرات فیزیولوژیک مواد یا دارو نباشند. در کتار - ۵ برای اختلال افسردگی عمده هشت مختصه^۲ ذکر شده که از میان آنها فقط «با شروع پیرازایمانی» جداگانه در نظر گرفته می‌شود و بقیه تحت عنوان «بدون شروع پیرازایمانی» قرار می‌گیرد.

اختلال افسردگی مدید / کج خلقی^۳

این تشخیص ترکیبی از اختلال افسردگی اساسی مزمن و اختلال افسرده‌خویی است. هیچگاه دوره شیدایی یا سبک شیدایی وجود نداشته است و هیچگاه ملاک‌های تشخیصی اختلال خلق ادواری نیز برآورده نشده است. اختلال موجود توسط اختلالات روان‌پریشی بهتر توجیه نمی‌شود و نمی‌توان به اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا دارو یا یک بیماری طبی دیگر ربط داد.

اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی

وجود تحریک‌پذیری مزمن مداوم و شدید که یا به صورت پرخاشگری به دفعات زیاد (یعنی به طور متوسط حداقل هفته‌ای سه بار) در طی حداقل یک سال و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند خانه یا مدرسه رخ می‌دهند و سن رشدی فرد متناسب نیستند یا

1- MDD without peripartum onset disorder

2- Specifier

3- Persistent depressive disorder/ dysthymia

تحریک‌پذیری شدید، که باید از صفات شخصیتی کودک نشأت گرفته باشد و در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزه دیده شود.

اختلال ملال پیش قاعدگی^۱

بروز تغییرات سریع خلقی، تحریک‌پذیری، ملال و علایم اضطرابی است که مکرراً در حین مرحله پیش از قاعدگی هر دوره دیده می‌شود و در حول و حوش شروع خونریزی یا بلافاصله پس از آن شروع به فروکش مینماید. این نشانگان باید در اکثر دوره‌های ماهانه سال گذشته رخ داده و بر کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد تأثیر منفی گذاشته باشد.

سایر اختلالات افسردگی^۲

۵- اختلالات اضطرابی^۳

اختلال اضطراب جدایی^۴

بروز اضطراب مفرط در پی جدا شدن کودک از خانه یا افرادی که به آنها دل بسته است، حداقل به مدت چهار هفته که قبل از ۱۸ سالگی شروع شده باشد. در بزرگسالان مشخصاً حداقل شش ماه تداوم داشته باشد که ملاک مدت در بزرگسالان فقط به عنوان یک رهنمود کلی تلقی می‌شود و با درجاتی از انعطاف‌پذیری، این ملاک قابل قبول است. این اختلال باید از نظر بالینی موجب ناراحتی قابل ملاحظه یا افت کارکرد اجتماعی، تحصیلی شغلی یا سایر جنبه‌های مهم کارکردی فرد گردد.

لالی موقعیتی^۵

ناتوانی مستمر برای تکلم در برخی موقعیت‌های اجتماعی که در آنها انتظار تکلم می‌رود، مانند مدرسه، علیرغم تکلم در سایر موقعیت‌ها. اختلال موجود با پیشرفت تحصیلی یا

1- Premenstrual dysphoric disorder

2- Other depressive disorders

3- Anxiety disorders

4- Separation anxiety disorder

5- Selective mutism

شغلی یا تعاملات اجتماعی فرد تداخل دارد و حداقل یک ماه ادامه دارد (به ماه نخست مدرسه رفتن محدود نمی‌شود). عدم تکلم، ارتباطی به فقدان معلومات یا راحت نبودن با زبانی که در مدرسه صحبت می‌شود ندارد. اختلال ارتباط توجیه بهتری برای آن نیست.

هراس مشخص^۱

ترس، اضطراب، یا اجتناب از علایم اصلی اختلال هراس مشخص است و معمولاً حداقل ۶ ماه ادامه می‌یابد. موجب ناراحتی قابل توجه یا اُفت کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم کارکردی فرد می‌شود. اختلالات روانی دیگر، آن را بهتر توجیه نمی‌کند.

اختلال اضطراب اجتماعی / جمعیت هراسی^۲

ترس در موقعیت‌هایی که فرد ممکن است تحت موشکافی دیگران قرار گیرد. در کودکان ترس موجود باید در تعاملات با همسالان نیز بروز نماید و فقط محدود به برخورد با بزرگسالان نیست. در کودکان ترس و اضطراب اغلب به صورت گریه، قشقرق، میخکوب‌شدگی یا کناره‌گیری در موقعیت‌های اجتماعی دیده شود. مدت اختلال به طور معمول حداقل ۶ ماه در نظر گرفته می‌شود.

اختلال هول / پانیک^۳

فوران ناگهانی ترس شدید یا احساس ناراحتی فوق‌العاده که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد. بروز این حملات غیرمنتظره و مکرر است. در طی همین مدت حداقل چهار علامت از علایمی از قبیل احساس تپش یا افزایش ضربان قلب، تعرق، لرزش، احساس خفگی، درد یا ناراحتی در قفسه سینه، تهوع یا ناراحتی در شکم، سرگیجه یا ضعف، احساس عدم درک واقعیت^۴ یا گسستن از خود^۵، ترس از دیوانگی یا بی‌تسلطی بر خود یا مرگ، گزگز^۶ و گرگرفتگی یا احساس سرما نیز دیده می‌شود.

1- Specificphobia

2- Social anxiety disorder / Social phobia

3- Panic disorder

4- Derealization

5- Depersonalization

6- Paresthesia

برزن هراسی / بازار هراسی^۱

ترس یا اضطراب شدید یا قابل توجهی در باره حداقل دو موقعیت از پنج موقعیت (۱) استفاده از وسایل نقلیه عمومی (۲) بودن در فضاهای باز (۳) بودن در فضاهای بسته (۴) ایستادن در صف یا جاهای شلوغ (۵) تنها ماندن خارج از منزل. ترس یا اضطراب یا اجتناب، معمولاً حداقل برای شش ماه ادامه دارد. برای تشخیص‌گذاری بازارهراسی نیازی به وجود حملات هول نیست. اگر تظاهرات فرد ملاک‌های تشخیص اختلال هول را هم برآورده می‌کند هر دو تشخیص را باید ثبت نمود.

اختلال اضطراب فراگیر^۲

اضطرابی مفرط و نافذ همراه با علائمی نظیر بی‌قراری، زودخستگی، اشکال در تمرکز، برافروختگی، تنش عضلانی و به هم خوردن خواب، به مدت حداقل شش ماه که موجب مختل شدن کارکردهای مهم نظیر کارکردهای اجتماعی، شغلی، خانوادگی یا تحصیلی شده باشد. اضطراب و نگرانی مزبور حداقل با سه تا از شش علامت ذکر شده دیده می‌شود. در کودکان وجود یک مورد کافی است.

سایر اختلالات اضطرابی^۳

اختلالات ناشی از مواد/ دارو، اختلال اضطرابی ناشی از یک بیماری طبی دیگر و سایر اختلالات معین اضطرابی دیگر در این گروه قرار می‌گیرند.

۶- اختلال وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط^۴

اختلال وسواسی - اجباری^۵

وجود وسواس‌های فکری یا عملی. وسواس‌های فکری، عبارتند از انگاره‌ها، افکار، تمایلات شدید، یا تصاویر ذهنی مکرر و مداوم که اولاً به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند

- 1- Agoraphobia
- 2- Generalized anxiety disorder
- 3- Other anxiety disorders
- 4- Obsessive – Compulsive and related disorders
- 5- Obsessive – compulsive disorder

و ثانیاً در اکثر افراد سبب ایجاد ناراحتی یا اضطراب چشمگیر می‌شوند. وسواس‌های عملی عبارتند از فعالیت‌های ذهنی یا رفتارهای عمدی تکراری که در پاسخ به وسواس‌های فکری یا مطابق با قوانین خاصی که باید دقیقاً رعایت شوند انجام می‌پذیرند.

اختلال بدریخت‌انگاری بدن^۱

دارای مشغولیت ذهنی با این انگاره که جنبه یا جنبه‌هایی از ظاهر جسمی آنها، غیرطبیعی به نظر می‌رسد. آنان ممکن است این نواحی را فاقد جذابیت، بدریخت، بدشکل، زشت، کریه، یا نامناسب توصیف کنند. این افراد دچار اُفت بالینی قابل‌ملاحظه‌ای در کارکردهای اجتماعی و شغلی می‌شوند.

اختلال ذخیره‌سازی / احتکار^۲

وجود مشکلات مداوم در دور ریختن یا جدا شدن از اموال خود. انباشتن این اموال، استفاده پیش‌بینی شده از بخش‌هایی از منزل یا محیط کار را دشوار می‌سازد. این ذخیره‌سازی، سبب ایجاد ناراحتی بالینی قابل‌ملاحظه یا اُفت کارکردها می‌شود.

اختلال کندن مو^۳

کندن مکرر مو که موجب از دست دادن قابل‌ملاحظه موها، ناراحتی ذهنی و اُفت کارکردهای اجتماعی یا شغلی می‌شود. کندن مو می‌تواند در هر منطقه‌ای از بدن باشد. شایع‌ترین محل‌ها عبارتند از پوست سر، ابروها، و مژه‌ها.

اختلال کندن پوست / خراشیدن پوست^۴

خراشیدن مکرر و جبری پوست که سبب ایجاد ضایعات پوستی می‌شود. شایع‌ترین محل گزارش شده برای خراشیدن پوست صورت می‌باشد ولی محل‌هایی مانند دست‌ها، انگشتان، تنه، بازوها و اندام تحتانی نیز از اهداف رایج به شمار می‌روند.

سایر اختلالات وسواسی - اجباری

-
- 1- Body dysmorphic disorder
 - 2- Hoarding disorder
 - 3- Trichotillomania/ Hair- pulling disorder
 - 4- Excoriation (Skin-picking) disorder

۷- اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی^۱

اختلال فشار روانی پس از سانحه^۲

ظهور علایم مشخص پس از مواجهه با یک یا چند حادثه آسیب‌زا. تظاهرات بالینی متنوع است در بعضی افراد، تجربه مجدد مبتنی بر ترس، علایم هیجانی و رفتاری ممکن است برجسته باشند. در بقیه خلق افسرده یا ناتوانی در کسب لذت و همین‌طور شناخت‌های منفی ممکن است بیشترین ناراحتی را ایجاد کنند. در بعضی افراد دیگر، انگیزگی و علایم واکنشی برونی‌سازی غلبه دارند درحالی که در بقیه علایم تجزیه‌ای برجسته است. نهایتاً بعضی افراد هم ترکیبی از این الگوهای علایم را دارند.

اختلال فشار روانی حاد^۳

ظهور علایم مشخصه‌ای مانند واکنش اضطرابی، تجربه مجدد یا واکنش‌پذیری به حادثه آسیب‌زا، یک تظاهر تجزیه‌ای یا گسستگی، واکنش خشم شدید که سه روز تا یک ماه پس از مواجهه با یک یا چند حادثه آسیب‌زا تداوم داشته باشد.

اختلالات سازگاری^۴

وجود علایم هیجانی یا رفتاری در پاسخ به یک عامل استرس قابل شناسایی نظیر: پایان یک رابطه عشقی، مشکلات شغلی برجسته، مسایل زناشویی، بحران‌های شغلی فصلی، روابط جنسی ناموفق، یک بیماری دردناک دائمی و همراه با افزایش ناتوانی

اختلال دلبستگی واکنشی^۵

به معنای الگوی رفتارهای دلبستگی مختل و از نظر رشدی نامتناسب است و در آن کودک ندرتاً یا در حد ناچیزی برای تسلی، حمایت، حفاظت و تأمین غذا، ترجیحاً به فرد مورد دلبستگی معینی رجوع می‌کند.

سایر اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل فشار روانی^۶

-
- 1- Trauma- and stressor- related disorders
 - 2- Posttraumatic stress disorder
 - 3- Acute stress disorder
 - 4- Adjustment disorder
 - 5- Reactive attachment disorder
 - 6- Other trauma – and stressor related disorder

۸- اختلالات تجزیه‌ای^۱

مختل شدن یا بر هم خوردن یکپارچگی طبیعی وجدان، حافظه، هویت، هیجان، ادراک، بازنمایی بدن، کنترل حرکتی و رفتار که سبب ایجاد ناتوانی و ناراحتی قابل ملاحظه شده و می‌توانند تمامی حوزه‌های مهم کارکرد روانشناختی را مختل سازند.

اختلال هویت تجزیه‌ای^۲

وجود شکاف‌هایی در حافظه و انجام مواردی از رفتار متناقض با شخصیت فرد، که هویت‌های جایگزینی در زمان‌هایی متغیر رفتار فرد را کنترل می‌کنند. گسستگی هویت با دو یا چند حالت شخصیتی مجزا، عدم پیوستگی چشمگیر در درک شخصی خود و حس عامل بودن، همراه با تغییر عاطفه، رفتار، هوشیاری، حافظه، ادراک، شناخت یا کارکرد حسی - حرکتی مرتبط با آن می‌شود. علائم و نشانه‌ها ممکن است توسط دیگران مشاهده یا توسط خود فرد گزارش شوند. تغییر این هویت‌ها به دنبال موقعیت‌های پرفشار، اختلاف‌نظر بین گزینه‌ها و سایر تعارضات روانشناختی مشاهده شده‌اند.

فراموشی تجزیه‌ای^۳

ناتوانی در به خاطر آوردن اطلاعات مهم شخصی که معمولاً ماهیتی پُر استرس یا آسیب‌زا داشته و وسعت آن توسط فراموشکاری عادی قابل توجیه نیست. به طور ناگهانی ایجاد شده و می‌تواند از چند دقیقه تا چند روز طول بکشد. دارای دو شکل اصلی: (۱) فراموشی موضعی / انتخابی برای رویداد (هایی) خاص (۲) فراموشی فراگیر برای تاریخچه زندگی و هویت است.

اختلال گسست از خویشتن / گسست از واقعیت^۴

از عمده‌ترین علائم این اختلال می‌توان به این موارد اشاره کرد: واقعی نبودن خویشتن، واقعی نبودن دیگران، گسست زمانی، و تغییرات ادراکی، تجربیات مکرر و پایدار از احساس غیرواقعی بودن، از خود جدا بودن، از بیرون نظاره‌گر افکار، احساسات، حواس، یا اعمال

1- Dissociative Disorders

2- Dissociative identity disorder

3- Dissociative Amnesia

4- Depersonalization/ Derealization Disorder

خود بودن (گسست از خویشستن)، احساس درک غیرواقعی بودن جهان خارج یا گسستگی از آن. مثلاً افراد یا اشیای محیط غیرواقعی، رویاگونه، مه گرفته، بی جان یا با تحریف دیداری تجربه می‌شود اما واقعیت‌سنجی فرد سالم است. این اختلال به ندرت پیش از ۴۰ سالگی آغاز می‌شود.

سایر اختلالات تجزیه‌ای^۱

۹- اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط^۲

اختلال علامت جسمی^۳

وجود علایم جسمی شایع و متعددی که ناراحت کننده بوده یا منجر به گسیختگی قابل توجه در زندگی روزانه می‌شود. علایم ممکن است مشخص مثل درد موضعی یا نسبتاً نامشخص مثل احساس خستگی باشند. مراجعان اغلب نگرانی زیادی در مورد بیماری دارند و علایم جسمی خود را بی جهت تهدیدکننده، پرخطر یا مشکل‌ساز ارزیابی می‌کنند و معمولاً بدترین فکر را در مورد سلامتی خود دارند.

اختلال اضطراب بیماری^۴

مشغولیت فکری به داشتن یا کسب یک بیماری طبی جدی تشخیص داده نشده. علایم جسمی وجود ندارند یا اگر هستند فقط شدت خفیفی دارند. ناراحتی فرد اصولاً ناشی از خود شکایت جسمی نیست بلکه بیشتر از اضطراب درباره مفهوم، اهمیت، یا علت آن است.

اختلال تبدیلی / اختلال علامت عصبی کارکردی^۵

یک یا چند علامت از انواع مختلف که توجیه کافی طبی یا عصبی ندارد و با عوامل روانی شروع یا تشدید شده است. علایم معمول عبارتند از فلج، حرکات غیرطبیعی، عدم

1- Other dissociative disorder

2- Somatic symptom and related disorders

3- Somatic symptom disorder

4- Illness anxiety disorder

5- Conversion disorder/ functional neurological symptom disorder

توانایی تکلم^۱، ناپیایی، ناشنوایی و تشنج.

اختلال ساختگی^۲

جعل علایم و نشانه‌های طبیی یا روانشناختی در خود یا دیگران همراه با فریب مشخص است که در برخی موارد سبب می‌شود فرد مبتلا، بستری شدن در بیمارستان را به روش زندگی خود تبدیل سازد.

سایر اختلالات علامت جسمی و اختلالات مرتبط

۱۰- اختلالات تغذیه و خوردن^۳

بی‌اشتهایی عصبی^۴

این اختلال شامل محدود ساختن مداوم دریافت انرژی، ترس شدید از افزایش وزن و برهم خوردن درک خود از بدن می‌باشد. همچنین امتناع از حفظ وزن بدن در سطح یا بالاتر از سطح طبیعی با توجه به سن، جنس، سیر رشد و نموی و سلامت جسمانی از سایر علایم این اختلال است.

پُراشتهایی عصبی^۵

وجود دوره‌هایی از پرخوری و سپس تلاش برای پاک‌سازی بدن از این غذا از طریق استفراغ، مصرف مسهل، یا ورزش بیش از حد. این رفتار در زمینه نگرانی بیش از حد برای وزن و شکل ظاهری رخ می‌دهد.

اختلال پرخوری حمله‌ای^۶

این اختلال شامل دوره‌های راجعهٔ پرخوری است که باید به طور متوسط حداقل یک بار در هفته و به مدت سه ماه روی دهد. یک دوره به صورت خوردن مقداری غذا در مدت

1- Aphonia

2- Factitious disorder

3- Feeding and eating disorder

4- Anorexia nervosa

5- Bulimia nervosa

6- Bing-eating disorder

خاصی است که قطعاً بیش از آن چیزی است که اکثر مردم در مدت مشابه و تحت شرایط مشابه می‌خورند. وقوع مصرف زیاد غذا باید همراه با احساس فقدان کنترل بر آن باشد.

سایر اختلالات تغذیه‌ای^۱

۱۱- اختلالات دفع^۲

بی‌اختیاری ادرار^۳

تخلیه مکرر ادرار در طول روز یا در طول شب که بیشتر اوقات این تخلیه غیرارادی است، اما گاه ممکن است عمدی هم باشد. این تخلیه باید دست‌کم دوبار در هفته و به مدت سه ماه متوالی روی دهد یا باید باعث ناراحتی چشمگیر بالینی یا افت عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی شود.

بی‌اختیاری مدفوع^۴

دفع مکرر مدفوع در مکانهای نامناسب که بیشتر اوقات این دفع غیرارادی است اما گاه ممکن است عمدی باشد. این رویداد باید دست‌کم یک بار در ماه به مدت سه ماه روی دهد و سن تقویمی کودک باید دست‌کم چهار سال باشد.

سایر اختلالات دفع^۵

۱۲- اختلالات خواب- بیداری^۶

نارضایتی از کیفیت، کمیت، زمانبندی و میزان خواب و شکایت از مختل شدن رفتار و فعالیت ذهنی و هوشیاری حاصله در طول روز که در غیاب سایر اختلالات روانپزشکی و طبّی مثلاً افسردگی، اضطراب، یا صرع است.

اختلال بی‌خوابی^۷

نارضایتی از کیفیت یا کمیت خواب همراه با شکایت‌هایی از اشکال در آغاز و تداوم

1- Other feeding and eating disorder

2- Elimination disorders

3- Enuresis

4- Encopresis

5- Other elimination disorders

6- Sleep-wake disorders

7- Insomnia disorder

و حفظ کردن خواب حداقل به مدت یک‌ماه است. این شکایت‌های خواب با ناراحتی چشمگیر بالینی یا افت کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های کارکردی همراه است.

اختلالات نظم/ریتم شبانه روزی خواب - بیداری^۱

الگوی پایدار یا راجعه آشفتگی خواب است که عمدتاً ناشی از تغییر برنامه خواب - بیداری یا نابرابری چرخه خواب- بیداری فرد و نیازهای مرتبط با خواب و برنامه خواب - بیداری است که محیط فیزیکی یا برنامه اجتماعی یا حرف‌های فرد ایجاب می‌کند. این اختلال خواب منجر به خواب‌آلودگی یا بی‌خوابی مفرط یا هر دو، ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود.

اختلال کابوس^۲

رویه‌های مکرری که تهدیدآمیز یا ترسناک احساس شده یا سبب ایجاد ملال می‌شوند. فرد مبتلا در هنگام بیدارشدن، از آگاهی کامل نسبت به موقعیت اطراف خود برخوردار بوده و معمولاً می‌تواند کابوس را به خاطر آورد.

اختلال وحشت خواب^۳

بیدارشدن‌های ناگهانی از خواب معمولاً ثلث اول خواب همراه با جیغ کشیدن و سایر علائم و رفتارهای حاکی از اضطراب یا هول شدید، بدون پاسخدهی به اقدام‌های ساکت‌کننده، بدون یادآوری هیچ رویایی و با نسیان^۴ در مورد حمله.

خوابگردی^۵

انجام مکرر رفتارهای پیچیده معمولاً در ثلث اول خواب، با پاسخدهی بسیار کم به اقدام‌های بیدارکننده، نسیان به حمله و با بهبود هوشیاری در عرض چند دقیقه پس از بیدارشدن.

1- Circadian rhythm sleep- wake disorders

2- Nightmare disorder

3- Sleep terror disorder

4- Amnesia

5- Sleep walking

نشانگان پاهای بی‌قرار^۱

تمایل به حرکت دادن پاها یا دست‌ها که معمولاً با احساس ناخوشایند همراه است که اغلب به صورت احساس خزیدن، گزگز کردن، سوزش یا خارش توصیف می‌شود. علایم در هنگامی که فرد در حال استراحت است شدیدتر است.

سایر اختلالات خواب بیداری^۲

شامل سایر اختلالات بی‌خوابی معین و نامعین، سایر اختلالات پرخوابی معین و نامعین و سایر اختلالات خواب و بیداری معین و نامعین می‌باشد که در اینجا تحت عنوان کلی سایر اختلالات خواب و بیداری آورده شده است.

۱۳- اختلالات جنسی^۳

کژکاری‌های جنسی^۴

گروه ناهمگنی از اختلالات هستند که معمولاً با ناراحتی چشمگیر بالینی در توانایی پاسخدهی جنسی فرد یا ناراحتی در تجربه لذت جنسی مشخص می‌شوند که با یک اختلال روانی غیرجنسی، تأثیرات یک ماده (مواد یا دارو) یا یک بیماری طبی (نظیر بیماری ناشی از تخریب عصب لگنی) یا با آشفتگی شدید رابطه، خشونت شریک زندگی یا دیگر استرس‌زها بهتر تبیین نمی‌شوند.

کژکاری جنسی شامل یکی از دو مورد زیر است:

۱. اختلال در فرایندهایی که وجه مشخصه چرخه پاسخ جنسی هستند.
۲. درد یا ناراحتی همراه با مقاربت جنسی

1- Restless leg syndrome

2- Other sleep – weak disorders

3- Sexual disorders

4- Sexual dysfunctions

اختلال نعوظ^۱

ناتوانی دائمی و مکرر از کسب یا حفظ واکنش‌های مرحله تحریک جنسی و نعوظ تا پایان عمل جنسی، که حداقل تا شش ماه ادامه یافته است.

اختلال اوج‌کامشی (ارگاسمی) زنان^۲

شامل تأخیر مکرر در رسیدن به ارگاسم، کاهش چشمگیر فراوانی یا فقدان ارگاسم یا کاهش شدت حس‌های ارگاسمی است و حداقل تا شش ماه ادامه یافته است.

اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی زنان^۳

فقدان علاقه نسبت به فعالیت جنسی در زنان یا ناتوانی از دستیابی به برانگیختگی یا حفظ آن که حداقل تا شش ماه ادامه یافته است.

اختلال دخول / درد تناسلی - لگنی^۴

این اختلال اشاره به درد، ناراحتی، سفت‌شدگی عضلات یا ترس و اضطراب در باره درد در هنگام مقاربت جنسی دارد که حداقل تا شش ماه ادامه یافته است.

اختلال کمبود میل جنسی مردان^۵

مرد دچار کاهش میل انجام فعالیت جنسی بوده و دارای خیال‌پردازی‌ها یا افکار جنسی اندک یا فاقد آنها باشد و حداقل تا ۶ ماه ادامه یافته است.

انزال زودرس^۶

انزال در حین فعالیت جنسی با شریک زندگی و در ظرف مدت حدود یک دقیقه پس از دخول و پیش از آنکه خود بخواهد صورت می‌گیرد و حداقل تا ۶ ماه ادامه یافته است.

-
- 1- Erectile disorder
 - 2- Female orgasmic disorder
 - 3- Female sexual interest / Arousal disorder
 - 4- Genito - pelvic pain/ penetration
 - 5- Male hypoactive sexual desire disorder
 - 6- Premature (early) ejaculation

سایر کژکاری‌های جنسی

مال جنسانی^۷

ناهمخوانی چشمگیر میان جنس‌انیت تجربه شده/ ابراز شده فرد و جنس‌انیت تخصیص یافته که حداقل ۶ ماه ادامه داشته و سبب ایجاد ناراحتی بالینی قابل ملاحظه یا افت در کارکردها می‌شود.

اختلالات کژکامی^۸

هر گونه تمایل جنسی شدید و پایداری که جایگزین میل جنسی به تحریک تناسلی یا نوازش مقدماتی در ارتباط با شریک جنسی انسانی می‌شود؛ شریک جنسی انسانی‌ای که راضی، با ظاهری طبیعی و از نظر جسمانی بالغ است. وجود تخیلات، تمایلات، یا رفتارهای جنسی شدید و مکرری که معطوف به انسان زنده، بالغ و از جنس مخالف نباشد، یا دربرگیرنده تحقیر و آزار خود یا شریک جنسی باشد که باعث ناراحتی یا اختلال عملکرد فرد شده یا ارضاء این تمایل کژکامانه مستلزم آسیب یا توأم با خطر آسیب به دیگران است.

- اختلال نظربارگی^۹
- اختلال عورت‌نمایی^{۱۰}
- اختلال مالش کامی^{۱۱}
- اختلال خودآزاری (مازوخیسم) جنسی^{۱۲}
- اختلال دیگرآزاری (سادیسیم) جنسی^{۱۳}
- اختلال کودک کامی^{۱۴}

7- Gender dysphoria

8- Paraphilic disorder

9- Voyeuristic disorder

10- Exhibitionistic disorder

11- Frotteuristic disorder

12- Sexual masochism disorder

13- Sexual sadism disorder

14- Pedophilic disorder

- اختلال نمادکامی^۱
- اختلال مبدل پوشی جنسی^۲
- سایر اختلالات کژکامی^۳

۱۴- اختلالات ایدایی، کنترل تکانه و سلوک^۴

اختلالات ایدایی، کنترل تکانه، و سلوک شامل حالاتی است که در آنها مشکلاتی در زمینه خودکنترلی هیجانها و رفتارها وجود دارد. وجه اشتراک این اختلالات، وجود نوعی خودتنظیمی مختل است که سبب ایجاد رفتاری دردسرساز، ایدایی، پرخاشگرانه یا ضداجتماعی می‌شود. معمولاً با آسیب جسمی یا کلامی به خود، دیگران، یا اشیاء، یا با نقض حقوق دیگران همراه هستند.

اختلال نافرمانی مخالفت‌آمیز^۵

سطوح بالای واکنش‌پذیری و عدم تحمل ناکامی (نظیر تحریک‌پذیری، خشم، نافرمانی، و غضب) که معمولاً به مناقشات فراوان با والدین، معلمان، مراجع قدرت، و سایر افراد منجر می‌شود. یک الگوی مکرر و پایدار خلق خشمگین/ تحریک‌پذیر (اعصاب‌خردی و زودخشمی)، رفتار جر و بحث/ نافرمانی (توأم با رفتارهای سرپیچی و منفی‌گرایانه در برابر مراجع قدرت)، یا انتقام‌جویانه است که حداقل ۶ ماه دوام داشته است.

اختلال سلوک^۶

ویژگی اصلی اختلال سلوک یک الگوی رفتاری مکرر و پایدار است که در آن حقوق اساسی دیگران یا قواعد یا هنجارهای اجتماعی اصلی مرتبط با سن نقض می‌شود (نظیر سلوک پرخاشگرانه‌ای که سبب تهدید یا ایجاد صدمه به افراد یا حیوانات، تخریب اموال دیگران، حق‌بازی یا نقض جدی قوانین، سرقت، شب را بیرون از خانه به سر بردن و فرار از

1- Fetishistic disorder

2- Transvestic disorder

3- Other paraphilic disorder

4- Disruptive, Impulse-control, and Conduct disorders

5- Oppositional defiant disorder

6- Conduct disorder

خانه و مدرسه پیش از ۱۸ سالگی می‌شود) به همراه محدودیت هیجان‌های جامعه‌دوستانه^۱ که در ۱۲ ماه گذشته حداقل سه معیار و در شش ماه گذشته حداقل یک معیار وجود داشته است.

اختلال انفجاری متناوب^۲

انفجارهای خشم تکانشی و پرخاشگرانه و از قبل برنامه‌ریزی نشده که با محرک یا عامل استرس‌زای روانی- اجتماعی تناسبی ندارد. پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نسبت به اموال، حیوانات یا سایر انسان‌ها که به طور متوسط دو بار در هفته و در یک دوره سه ماهه روی می‌دهند که باعث رنجش یا مشکلاتی در روابط بین‌فردی یا در شغل فرد، یا به مشکلات قضایی یا مالی منجر گردند (حداقل سن ۶ سال).

سایر اختلالات ایدایی، کنترل تکانه، و سلوک^۳

۱۵- اختلالات مرتبط با مواد اعتیادآور و سایر اختلالات اعتیادی^۴

اختلالات مرتبط با مواد^۵

الگوی مشکل‌دار مصرف ماده^۶ X که منجر به خلل^۷ و رنج^۸ چشمگیر بالینی شود و تظاهر آن وجود حداقل دو معیار از معیارهای تشخیص اختلالات مصرف مواد (پیوست ۲) در طول یک دوره دوازده ماهه است. خصیصه اساسی اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و جسمی است که مراجعان آن را تجربه می‌کنند و در سه حیطه ذیل می‌گنجد:

۱. بی‌کنترلی نسبت به مصرف مواد یا انجام رفتاری خاص

۲. اجبار به مصرف مواد یا انجام رفتاری خاص

-
- 1- limited prosocial emotions
 - 2- Intermittent explosive disorder
 - 3- Other disruptive , impulse- control, and conduct disorder
 - 4- Substance – related and addictive disorders
 - 5- Substance – related disorders
 - 6- Impairment
 - 7- Distress

۳. ادامه مصرف مواد یا انجام رفتاری خاص علیرغم پیامدهای منفی آن
فرد علیرغم مشکلات مهمی که با مصرف مواد پیدا کرده، به این کار ادامه خواهد داد.
لازم به ذکر است که تغییر شدت مصرف در طول زمان همچنین خود را به صورت تغییر
مقدار مصرف ماده نشان می‌دهد.

اختلالات مرتبط با مواد^۱

- اختلالات مرتبط با الکل^۲
- اختلالات مرتبط با شاهدانه (کانابیس)^۳ نظیر حشیش و ماریجوانا
- اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا^۴ نظیر ال. اس. دی، قارچ جادویی^۵، فن‌سیکلیدین، و سایر مواد توهم‌زا
- اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی^۶
- اختلالات مرتبط با مواد شبه افیونی^۷ نظیر تریاک، شیر، هروئین، کراک ایرانی، سوخته تریاک، آب‌سوخته، مرفین، کدئین غیرقانونی، متادون غیرقانونی، بوپرونورفین غیرقانونی، ترامادول غیرقانونی و دیفنوکسیلات غیرقانونی
- اختلالات مرتبط با داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور، یا ضداضطراب^۸ نظیر بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها
- اختلالات مرتبط با مواد محرک^۹ نظیر شیشه، اکستازی، کوکائین و ریتالین غیرقانونی
- اختلالات مرتبط با توتون^{۱۰}
- اختلالات مرتبط با مواد دیگر (یا ناشناخته)^{۱۱}

1- Substance – related disorders

2- Alcohol- related disorder

3- Cannabis – related disorder

4- Hallucinogen-related disorder

5- Psilocybin

6- Inhalant- related disorders

7- Opioid – related disorders

8- Sedative, Hypnotic, or anxiolytic – related disorders

9- Stimulant- related disorders

10- Tobacco- related disorders

11- Other (or unknown) substance- related disorders

اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد/ اعتیادهای رفتاری^۱

- اختلال قماربازی^۲
- اختلال هم‌وابستگی^۳
- اختلال اعتیاد جنسی^۴ نظیر استمناء، رابطه جنسی اینترنتی^۵، فیلم‌های مستهجن^۶ و غیره
- اختلال اعتیاد به غذا^۷
- اختلال اعتیاد به کار^۸
- اختلال اعتیاد به خرید^۹
- اختلال بازی اینترنتی^{۱۰}: اتصال به اینترنت فقط برای بازی‌های اینترنتی
- اختلال اعتیاد به اینترنت/ اختلال اعتیاد به وب‌گردی^{۱۱}: این اختلال در بردارنده اتصال به اینترنت فقط برای وب‌گردی است و نه بازی اینترنتی، یا رابطه جنسی، یا تماشای فیلم‌های مستهجن، یا حضور در شبکه‌های اجتماعی.
- اختلال اعتیاد به تلفن^{۱۲}: مکالمه یا پیامک زدن با تلفن همراه یا تلفن ثابت
- اختلال اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی اینترنتی^{۱۳}: اتصال به اینترنت فقط برای حضور در شبکه‌های اجتماعی اینترنتی نظیر فیس‌بوک، تلگرام، اینستاگرام، و غیره و نه برای وب‌گردی، یا بازی‌های اینترنتی، یا رابطه جنسی، یا تماشای فیلم‌های مستهجن

سایر اختلالات اعتیادی مرتبط با غیر مواد^{۱۴}

-
- 1- Non-Substance related addiction disorders/ Behavioral addiction disorders
 - 2- Gambling disorder
 - 3- Codependency disorder
 - 4- Sex addiction disorder
 - 5- Cybersex
 - 6- Pornographic
 - 7- Food Addiction disorder/overeating disorder
 - 8- Work addiction disorder/ workaholic disorder
 - 9- Shopaholic disorder/ Shopomaniac disorder/ Buying addiction disorder
 - 10- Internet Gaming disorder
 - 11- Net addiction disorder/Web addiction disorder
 - 12- Phone addiction disorder
 - 13- Internet social networks addiction disorder
 - 14- Other Non Substance related addiction disorders/ behavioral addiction disorders

۱۶- اختلالات عصبی- شناختی^۱

اختلالات عصبی شناختی شامل اختلالاتی است که با مشکل شناختی تظاهر می‌کنند که مادرزادی یا قابل مشاهده در دوران کودکی نبوده بلکه اکتسابی می‌باشند بدین معنا که به بیماری‌های طبی یا اثرات داروها یا اثرات سوءمصرف مواد منتسب هستند یا اضمحلالی^۲ است.

روان‌آشفستگی / دلیریوم^۳

اختلال در سطح آگاهی و کاهش توانایی هدایت، متمرکز ساختن، حفظ و تغییر جهت توجه که با تغییر در شناخت اساسی همراه است. اختلال در طی مدت زمان کوتاهی، معمولاً در طی چند ساعت تا چند روز، پدید آمده و معمولاً در طول روز نوسان دارد و اغلب در عصر و شب بدتر می‌گردد.

اختلالات عصبی - شناختی عمده و خفیف^۴

نوعی اختلال اکتسابی همراه با افت شناختی قابل ملاحظه در یک یا چند حوزه از حوزه‌های ذیل:

۱- توجه پیچیده (توجه پیوسته، توجه تقسیم شده) ۲- کارکرد اجرایی (برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، حافظه کاری) ۳- یادگیری و حافظه (حافظه فوری، حافظه اخیر) ۴- زبان (فصاحت، دستور زبان، و ...) ۵- توانایی ادراکی - حرکتی (ساخت و درک بینایی) ۶- شناخت اجتماعی (شناخت هیجان‌ها، نظریه ذهن، تنظیم رفتار) که سبب مختل شدن استقلال کارکردی شوند. که ناشی از آلزایمر، اضمحلال قطعه پیشانی- گیجگاهی، اجسام لویی، بیماری عروقی، ضربه مغزی، مصرف مواد/ دارو، عفونت واکا^۵، بیماری پریون، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون، و بیماری طبی دیگر نباشد.

مشکلات عصبی- شناختی^۶

شامل گروهی از مشکلات است که در آنها افول در کارکردهای حافظه و شناخت مشهود

1- Neurocognitive disorders

2- Degenerative

3- Delirium

4- Major and mild neurocognitive disorders

5- Human Immunodeficiency Viruse وایروس انسانی کمبود ایمنی/ واکا

6- Neurocognitive problems

است. اگرچه مشکلات شناختی ممکن است در اختلالات عصبی - شناختی یا برخی اختلالات روانی نظیر روان‌گسیختگی یا اختلال دوقطبی نیز قابل مشاهده باشند اما این گروه فقط شامل مشکلاتی است که ویژگی اساسی آنها مشکلات حافظه و شناخت است و نشانه‌های همراهی برای اختلال‌های یاد شده نمی‌باشد. در مشکلات عصبی - شناختی، شناخت معیوب از بدو تولد یا سالهای ابتدایی زندگی وجود نداشته و به همین دلیل بازنمایانگر افول از یک سطح کارکردی قبلی است که فرد قبلاً به آن نایل گشته است. باید توجه کرد این مشکلات مشمول تشخیص اختلال‌های عصب‌شناختی نمی‌گردد.

فراموشکاری^۱

دشواری مکرر در یادآوری خاطرات جدید زندگی روزمره یا بخاطر سپردن آنها

سایر مشکلات عصبی - شناختی عمده و خفیف^۲

هرگونه مشکل مشابه با اختلال عصبی - شناختی عمده و خفیف ولی نه در حد آن، غیر از فراموشکاری.

۱۷- اختلالات شخصیت^۳

الگوی دیرپا از تجربه‌ی درونی و رفتاری است که از انتظارات فرهنگی فرد به طور چشمگیری دور است. این الگوی دیرپا، فراگیر و انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه در گستره وسیعی از موقعیت‌های فردی و اجتماعی است، در نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، با گذشت زمان پایدار است و موجب اختلال قابل ملاحظه یا افت در کارکرد شغلی، اجتماعی یا سایر جنبه‌های مهم کارکردی فرد می‌شود و حداقل در دو حوزه از: ۱- شناخت ۲- عاطفه ۳- کارکرد بین فردی و ۴- کنترل تکانه نمایان می‌شود.

اختلال شخصیت بدگمان (پارانویید)^۴

به طور مزمّن نسبت به دیگران بدگمان بوده و به آنان بی‌اعتماد هستند. در پاسخ به

1- Forgetfulness

2- Other major and mild neurocognitive disorders

3- Personality disorder

4- Paranoid personality disorder

باورهای پانورایید می‌توانند تحریک‌پذیر، ستیزه‌جو و دوری‌گزین باشند. نسبت به محیط اطراف خود، گوش‌بزدگی مفرط داشته و به هر جا می‌نگرند توطئه‌ای را علیه خود پیدا می‌کنند. چنین فردی دیگران را افرادی شرور و غیر قابل اعتماد می‌داند که می‌خواهند به او ضرر برسانند یا تحقیرش نمایند.

اختلال شخصیت گسیخته‌وار^۱

فردی است که از روابط صمیمانه خوشش نمی‌آید و هیجان‌هایش را به شکل محدودی ابراز می‌کند. با مشکلاتی در ایجاد صمیمیت یا برقراری روابط معنی‌دار به لحاظ هیجانی مواجه هستند.

اختلال شخصیت گسیخته‌گون^۲

الگویی از رفتار عجیب و غریب، تفکر و تکلم غیرعادی و تجربیات ادراکی غیرمعمول که برایشان تشخیص روان‌پریشی نمی‌توان گذاشت. او فردی است با روابط اندک و ابراز هیجان محدود و نیز تحریف‌های شناختی، ادراکی و رفتاری نظیر افکار انتساب به خود، افکار جادویی (نهان‌بینی، دورآگاهی^۳، حس ششم و خرافات) خطاهای ادراکی در باره بدن خود و تفکر و تکلم غریب (مبهم، حاشیه‌پردازانه، استعاره، مفصل، و قالبی)

اختلال شخصیت ضداجتماعی^۴

الگویی فراگیر از سازگاری اجتماعی ضعیف، فریبکاری، تکانشگری، بزهکاری و فقدان پشیمانی همراه با نقض حقوق دیگران، تخطی مکرر از قوانین، کلاهبرداری و خلافکاری، همراه با تکانشگری و بی‌احتیاطی، بی‌مسئولیتی، برافروختگی و پرخاشگری (بصورت نزاع و حملات جسمانی) و فقدان احساس پشیمانی، از پانزده سالگی در فردی حداقل ۱۸ ساله، با سابقه اختلال سلوک قبل از ۱۵ سالگی.

اختلال شخصیت مرزی^۵

الگویی فراگیر از عدم کنترل خشم، ناپایداری عاطفی، رفتار تکانشی و روابط بین‌فردی

1- Schizoid personality disorder

2- Scizotypal personality disorder

3- Telepathy

4- Antisocial personality disorder

5- Borderline personality disorder

ناپایدار و بیش از حد پرشور و هیجان است. الگویی فراگیر از بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و عواطف، اقدام‌های دیوانه‌وار برای اجتناب از ترک شدن خیالی یا واقعی، الگوی بی‌ثبات و پرتنش روابط بین‌فردی، اختلال هویتی و رفتار تکانشی که حداقل در دو زمینه احتمال ضرر شخصی وجود دارد (نظیر ولخرجی، رابطه جنسی، سوء مصرف مواد، رانندگی بی‌احتیاط، و پر خوری)، تهدید ژست یا رفتارهای انتحاری مکرر یا رفتار جرح خویشتن، بی‌ثباتی عاطفه، احساس مزمن پوچی، خشم شدید و نامتناسب.

اختلال شخصیت نمایشی^۱

الگویی از رفتار توجه‌طلبی و هیجان‌پذیری بیش از حد و علایمی مانند نگرانی بیش از حد درباره وضعیت ظاهری و میل به قرار داشتن در مرکز توجه. توجه‌طلبی مفرط (بصورت ناراحتی در مواقعی که فرد در مرکز توجه نیست، داشتن رفتارهای اغواگرانه یا تحریک‌آمیز جنسی، استفاده از ظاهر جسمی برای جلب توجه)، هیجانی‌بودن (داشتن هیجان‌های سطحی که به سرعت تغییر می‌کند)، طرز تکلم مبتنی بر حدس و گمان و بدون جزئیات، تلقین‌پذیری و صمیمیت موجود در روابط بین‌فردی را بیش از حد واقعی پنداشتن.

اختلال شخصیت خودشیفته^۲

خودبزرگ‌بینی در عالم خیال یا در رفتار، مبالغه در توانایی‌ها و استعداد خود و انتظار برای برتر دانسته شدن، نیاز به تأیید دیگران، استثمار آنها و فقدان احساس همدلی با آنها.

اختلال شخصیت دوری‌گزین^۳

بی‌میلی به روابط اجتماعی و اجتناب از فعالیت‌های مستلزم روابط بین‌فردی به دلیل ترس از انتقاد، عدم پذیرش یا طرد شدن، احساس بی‌کفایتی و خودکم‌بینی، عدم معاشرت بدون اطمینان از اینکه مورد محبت قرار گیرد، محدودیت در روابط صمیمانه به دلیل ترس از شرمساری و مورد تمسخر واقع شدن، اشتغال ذهنی شدید با مورد انتقاد گرفتن و طرد شدن در موقعیت‌های اجتماعی، تردید در اقدام به خطرپذیری شخصی یا درگیر شدن در فعالیت‌های جدید به دلیل احتمال شرمندگی.

1- Histrionic personality disorder

2- Narcissistic personality disorder

3- Avoidant personality disorder

اختلال شخصیت وابسته^۱

نیاز مداوم و مفرط به مراقبت و کمک و اطمینان دیگران در تصمیمات روزمره و پذیرش مسئولیت، ناتوانی در ابراز مخالفت به دلیل ترس از دست دادن تأیید و حمایت دیگران، تلاش فراوان در جلب حمایت دیگران حتی به قیمت انجام رفتارهای ناخوشایند و ترس از تنهایی یا از دست دادن روابط صمیمانه.

اختلال شخصیت وسواسی - اجباری^۲

الگویی فراگیر از مشغولیت ذهنی با نظم و ترتیب، کمال گرایی و کنترل ذهنی و بین فردی به بهای از دست دادن انعطاف پذیری، گشاده رویی و کارایی، کارپرستی به بهای از دست دادن تفریح و روابط دوستانه، ناتوانی از دور ریختن اشیاء بی ارزش، اکراه در سپردن کارها به دیگران، خست، لجبازی، و نهایتاً خودرایی.

سایر اختلالات شخصیت^۳

سایر اختلالات روانی^۴

1- Dependent personality disorder
2- Obsessive-compulsive personality disorder
3- Other personality disorders
4- Other mental disorders

تعاریف مشکلات فردی

مشکلات فردی به وضعیتی اشاره دارد که مراجع واجد حداقل یک علامت^۱ یا معیار تشخیصی است؛ اما سایر معیارهای تشخیصی لازم برای تشخیص اختلال را برآورده نمی‌کند. این تعریف برای تک تک مشکلات صدق می‌کند. در این طبقه‌بندی متناظر با هر اختلال، مشکلی مرتبط ارائه شده است.

تعاریف مشکلات بین فردی

مشکلات بین فردی

روابط کلیدی، به ویژه روابط صمیمی با شریک زندگی در فرد بزرگسال و روابط والد/ مراقب با کودک تأثیر مهمی بر سلامت افراد دارند. این روابط می‌توانند در ارتباط با سلامت فرد ارتقا بخش و حفاظت‌گر، خنثی، یا زیان‌بار باشند. در شدیدترین حالت، این روابط نزدیک می‌توانند با آزار یا اهمال/ غفلت در ارتباط باشند که برای فرد پیامدهای جدی روانشناختی به دنبال دارد. یک مشکل بین فردی می‌تواند علت مراجعه فرد برای دریافت مشاوره باشد چرا که مسأله جدید در رابطه ایجاد کرده است و نیاز به مداخله مشاوره‌ای وجود دارد. تشخیص مشکل بین فردی را زمانی می‌توان مطرح کرد که مشکل در روابط بین فردی با اختلال یا مشکل فردی، بهتر قابل توجه نباشند.

مشکل آزار و غفلت

آزار توسط یکی از افراد خانواده (برای مثال مراقب یا شریک زندگی بزرگسال) یا توسط یک فرد غیر خویشاوند می‌تواند حوزه تمرکز مشاوره کنونی باشد یا چنین آزاری عامل مهمی در ارزیابی و درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های روانشناختی و پزشکی محسوب گردد.

آزار جسمی

آزار جسمی عبارت است از وارد کردن صدمه جسمی به فرد (اعم از اینکه کودک یا همسر

1- Symptom

یا سالمند یا همشیرگان و مانند آن باشد) به گونه‌ای غیرتصادفی. این صدمه می‌تواند در پیوستاری از کوفتگی‌های خفیف تا شکستگی‌های شدید یا حتی مرگ جای بگیرند که در اثر مشت‌زدن، کتک‌زدن، گاز گرفتن، تکان دادن، پرتاب کردن، چاقو زدن، خفه کردن، ضربه زدن (بادست، چوب طناب یا وسایل دیگر)، سوزاندن یا هر طریق دیگری توسط والد، مراقب، یا فرد دیگر روی دهند. این صدمات صرفنظر از اینکه فرد مراقب قصد صدمه زدن را داشته یا نداشته باشد آزار به حساب می‌آیند.

توجه: تنبیه بدنی در حد خفیف و منطقی که منجر به هیچگونه آسیب جسمانی نگردد جزء آزار محسوب نمی‌شود.

* این نوع از آزار را می‌توان به آزار جسمی بین پدر و فرزند، آزار جسمی بین مادر و فرزند، آزار جسمی بین همشیران، آزار جسمی بین همسران، آزار جسمی بین سایر افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه و معلم و ... و سایر افراد تقسیم کرد.

آزار جنسی

به هرگونه عمل جنسی که طی آن فرد هدف ارضای جنسی بدون خواست و آگاهی خود و با اجبار یا اغوا قرار می‌گیرد آزار جنسی گویند. نظایر آن عبارتند از نوازش کردن اندام تناسلی، دخول، محرم‌آمیزی، زنا به عنف، لواط به عنف و برهنه‌نمایی.

توجه: آزار جنسی بدون تماس فرد توسط والد یا مراقب را نیز شامل می‌گردد. برای مثال وادار کردن فرد به مشاهده صحنه‌های جنسی، فریب دادن، اغوا کردن، تهدید کردن یا تحت فشار گذاردن فرد برای مشارکت در اعمالی به منظور ارضای جنسی دیگران بدون تماس جسمی مستقیم میان فرد آزار دیده و فرد آزارگر.

* این نوع از آزار را می‌توان به آزار جنسی بین پدر و فرزند، آزار جنسی بین مادر و فرزند، آزار جنسی بین همشیران، آزار جنسی بین همسران، آزار جنسی بین سایر افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه و معلم و ... و سایر افراد تقسیم کرد.

آزار روانی

هرگونه عمل کلامی یا نمادین که توسط فرد به گونه‌ای عمدی و غیرتصادفی انجام شود و به صدمه روانی قابل ملاحظه یا احتمال مستدل صدمه روانی قابل ملاحظه به فرد دیگر منجر گردد. نظایر آن عبارتند از: سرزنش، توهین، تحقیر و تهدید. صدمه زدن یا رها کردن

افراد یا چیزهایی که برای فرد اهمیت دارند؛ حبس کردن (بستن دست و پا، بستن به مبلمان یا هر شی دیگر، یا حبس کردن در مکان‌های بسته کوچک مانند کمد). سپر بلا کردن فرد به گونه‌ای فاحش، مجبور کردن فرد برای وارد آوردن درد به خودش و نیز تأدیب شدید فرد از راه‌های جسمی و غیرجسمی (مثلاً حتی اگر به لحاظ شدت آزار جسمی به حساب نیاید اما بسامد و طول مدت آن شدیداً زیاد باشد).

* این نوع از آزار را می‌توان به آزار روانی بین پدر و فرزند، آزار روانی بین مادر و فرزند، آزار روانی بین همشیران، آزار روانی بین همسران، آزار روانی بین سایر افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه و معلم و ... و سایر افراد تقسیم کرد.

غفلت

قصور و اهمال در تدارک نیازهای اساسی فردی نظیر فرزند که تحت مراقبت دیگری است یا با او ارتباط و تعامل دارد (نظیر همسر). غفلت سطوح متفاوتی را در برمی‌گیرد که شامل غفلت هیجانی نظیر رهاسازی، طرد یا بی‌توجهی به نیازهای روانی فرد، غفلت مادی نظیر کوتاهی در تأمین خوراک و پوشاک) یا غفلت از خدمات نظیر محروم‌سازی فرد از خدمات آموزشی یا مراقبت‌های پزشکی می‌باشد.

* این نوع از آزار را می‌توان به غفلت بین پدر و فرزند، غفلت بین مادر و فرزند، غفلت بین همشیران، غفلت بین همسران، غفلت بین سایر افراد دارای رابطه مکرر مثل همسایه و معلم و ... و سایر افراد تقسیم کرد.

مشکل بین همسران

این مشکل هنگامی مطرح است که کیفیت رابطه صمیمی با همسر یا شریک زندگی کانون تمرکز مشاوره باشد، «بدون اینکه اختلالی در یکی از طرفین تشخیص داده شده باشد.»

این مشکلات با عملکرد معیوب در حوزه‌های رفتاری، شناختی و عاطفی مرتبط هستند. نظایر رفتاری آن عبارتند از: مشکل در حل تعارض‌ها، کناره‌گیری یا بیش‌درگیری در رابطه. نظایر شناختی عبارتند از: اسنادهای منفی همیشگی در مورد مقاصد طرف مقابل یا نادیده گرفتن رفتارهای مثبت همسر و نظایر عاطفی عبارتند از غمگینی همیشگی، بی‌احساسی، و خشم به همسر به صورت توأم یا هر یک به تنهایی.

مشکل در حل تعارض^۱

ناتوانی همسران از کاهش ناهماهنگی و اصطکاک بین خود از طریق راهبردهایی نظیر آشتی، مذاکره و چانه‌زنی.

بیش درهم‌بودگی^۲

وضعیتی که در آن زوجین رفتارهای مداخله‌گرانه مفرط در حریم خصوصی یکدیگر دارند و فضای شخصی و خصوصی آنها تحت تأثیر دیگری قرار گرفته و رفتارها و فعالیت‌های مستقلانه آنها کم است.

ابراز هیجان بالا^۳

وضعیتی با مشخصه ابراز هیجان‌های منفی به یکدیگر؛ هیجان‌هایی دال بر خصومت، انتقاد مفرط از یکدیگر و دخالت هیجانی مفرط در امور یکدیگر^۴.

سوءظن زناشویی^۵

وضعیتی است که در آن، یکی از طرفین به دیگری شک دارد که مبادا او بی‌وفایی^۶ کرده باشد، ولی هیچ شواهد قابل قبولی ارایه نمی‌کند و مشاور نیز در بررسی‌های خود شواهد قابل قبولی نمی‌یابد. این مشکل را زمانی می‌توان مطرح کرد که مراجع به اختلال یا مشکل فردی توجیه‌کننده بی‌اعتمادی او نظیر اختلال شخصیت بدگمان مبتلا نباشد.

بی‌وفایی

وضعیتی است که در آن، یکی از طرفین رابطه جنسی یا رابطه محبت‌آمیز نامعمول با فردی از جنس مخالف برقرار کرده باشد. منظور از رابطه محبت‌آمیز نامعمول رابطه‌ای است که همسر فرد از آن ناراضی است.

1- Conflict resolution problem

2- Over- involvement

3- High expressed emotion

4- Emotional overinvolvement

5- Conjugal paranoia

6- Infidelity

- توجه ۱): تشخیص بیوفایی را نمی‌باید صرفاً بر اساس مدعای همسر مطرح کرد.
- توجه ۲): مدعای همسر به شرطی پذیرفته است که او دچار سوءظن زناشویی نباشد.

طلاق عاطفی^۱

وضعیتی است که در آن، طرفین کاری به کار یکدیگر ندارند و تعامل معمول میان زوجین، بین آنها برقرار نیست.

جدایی^۲

زمانی که همسران به علت مشکلاتی که در رابطه وجود دارد جدا زندگی می‌کنند.

اقدام به طلاق^۳

زمانی که همسران درگیر فرایند طلاق هستند.

سایر مشکلات بین همسران

مشکل میان والد و فرزند/ فرزندخوانده

زمانی که تمرکز اصلی توجه مشاوره‌ای کیفیت رابطه والد- فرزند را لحاظ می‌کند.

این مشکلات با عملکرد معیوب در سطوح ذیل ارتباط دارند:

- سطح رفتاری: مشکلاتی از قبیل کنترل، نظارت و مشغولیت ناکافی والدینی با کودک، بیش محافظت‌گری، فشار بیش از اندازه والدینی، جروب‌های که در حد تهدیدهای خشونت فیزیکی بالا می‌گیرند و کناره‌گیری بدون حل مشکلات و غیره
- سطح شناختی: مشکلاتی از قبیل اسنادهای منفی به نیت طرف مقابل، خصومت نسبت به دیگران یا سپر بلاکردن آنها و احساس‌های بی‌جای بیگانگی و غیره.
- سطح عاطفی: مشکلاتی از قبیل احساس غمگینی، بی‌تفاوتی یا خشم نسبت به طرف مقابل و غیره

1- Emotional divorce

2- Separation

3- divorce attempt

توجه ۱: منظور از «والد» هر کدام از مراقبان اصلی کودک است که می‌تواند والد زیستی، والد فرزندپذیر یا رضاعی یا خویشاوندان دیگر (مثل پدربزرگ- مادربزرگ) باشد که نقش والد را برای کودک دارد.

توجه ۲: در زمینه مشکلات والد- فرزند، مشاوران باید نیازهای نموی کودک و بافتار فرهنگی را مدنظر داشته باشند.

مشکل میان همشیرها

زمانی که الگوی تعامل همشیرها کانون توجه مشاوره‌ای است و این الگوی ارتباطی با مشکل قابل ملاحظه در عملکرد فرد یا خانواده یا با ایجاد علامت‌ها در یک یا تعداد بیشتری از همشیرها ارتباط دارد.

مشکل میان فرد و خانواده ی همسر

مشکلاتی که خانواده اصلی یکی از زوجین برای عروس یا داماد خود ایجاد کرده باشد یا بر عکس مشکلاتی که عروس یا داماد برای خانواده اصلی طرف مقابل ایجاد کرده باشند. مصادیق آن عبارتند از پرخاشگری، تبعیض، مداخله مفراط، پرتوقعی، غفلت، غیبت یا عدم حمایت، محرم‌آمیزی، وابستگی، حمایت مفراط، مدیون‌سازی، و غیره.

مشکل میان فرد و محبوب

مشکلاتی که فرد می‌تواند با محبوب خود داشته باشد اعم از مشکل ارتباطی، عشق یکطرفه و بی‌وفایی

مشکل میان کودک و اولیای آموزشی (معلم و کارکنان)

زمانیکه مشکلات ارتباطی دانش‌آموز با معلمان یا کارکنان مدرسه در کانون توجه مشاوره‌ای باشد و منجر به ضعف ارتباطی یا سطح بالای ابراز هیجانی گردد اما در حدی نیست که جزو بدرفتاری، غفلت یا آزار قرار گیرد.

مشکل میان فرد و همتایان

مشکلاتی که فرد با افراد همسن خود داشته باشد.

مشکل میان فرد و همکاران (زیر دست، بالا دست و هم‌ردیف)

مشکلاتی که فرد با همکار زیردست (مانند مدیر با کارمند) یا زبردست (مانند کارمند با سرپرست مثلاً در اثر بی‌مهارتی) یا همکار هم‌ردیف (مانند مداخلهٔ مفرط) یا سرکارگر با کارگر خود داشته باشد.

مشکل میان فرد و همسایگان

زمانیکه اختلاف با همسایه‌ها در کانون توجه مشاوره ای باشد.

مشکل میان فرد و سایر افراد (سایر مشکلات بین‌فردی)

سایر مشکلات

عقیدتی / معنوی

منظور مشکلاتی در اثر پیدایش تردید و سؤال در ایمان دینی یا هر گونه نظام ارزشی شخصی، به گونه‌ای که معنای زندگی مراجع را متزلزل کرده و برایش فشار روانی – اجتماعی داشته باشد و او را دچار بیهودگی کرده و سازگارش را مختل نماید.

تمارض^۱

این طبقه اشاره به وضعیتی دارد که مراجع با اتخاذ نقش بیمار و آنهم به طور ساختگی و غیرواقعی از منافع قانونی، پزشکی، بیمه‌ای، و غیره بجز منافع روانشناختی می‌برد.

مسائل ویژهٔ فرزندخواندگی (فرزندپذیری)

این طبقه اشاره به مسائلی دارد که والدین فرزندپذیر با فرزند خوانده‌های خود تجربه می‌کنند. مواردی از قبیل تربیت فرزندان، بیان این واقعیت به فرزند که ایشان والدین اصلی او نیستند و همچنین مواردی از قبیل تبعیض‌هایی که ممکن است نسبت به فرزندخوانده و فرزند اصلی صورت گیرد، و ...

1- Malingering

تعریف ارایه راهنمایی

ارایه راهنمایی به وضعیتی در مراجع اشاره دارد که برای درمان اختلال یا حل مشکل به مرکز مشاوره مراجعه نکرده و صرفاً به دنبال کسب راهنمایی یا ارتقای کیفیت زندگی خویش است. بدیهی است چنین مراجعانی در طبقات تشخیصی اختلال یا مشکلات قرار نمی‌گیرند و تنها کدهای مربوط به طبقه ارایه راهنمایی را به خود اختصاص می‌دهند.

تعاریف نیمرخ موقعیتی مراجع

مواردی که در بخش نیمرخ موقعیتی مطرح می‌شوند تشخیص نیستند بلکه توصیفی از موقعیت فرد هستند که می‌تواند منجر به اختلال یا مشکل شده یا نشده باشد یا نیاز به راهنمایی داشته باشد یا هیچکدام از اینها دلیل مراجعه نباشد. این موقعیت‌ها بالقوه عامل فشار هستند و می‌توانند منجر به اختلال و مشکل شوند که در این صورت درمانگر یا مشاور می‌تواند این احتمال را با ذکر کد تشخیصی در ستون‌های مرتبط مطرح کند. در عین حال موقعیت می‌تواند وجود داشته باشد و منجر به هیچ یک نشده باشد که باید در ستون اول ذکر شود.

برای تکمیل نیمرخ موقعیتی مراجع لازم نیست تک تک موقعیت‌ها در مصاحبه بررسی شود، بلکه آنچه بالینگر در ضمن مصاحبه و در جلسات مختلف بدست می‌آورد و تشخیص می‌دهد، ثبت می‌نماید. تنها مورد استثناء موقعیت خانوادگی است که لازم است در همه مراجعان بررسی و ثبت شود.

۵۰۱- موقعیت‌های تحصیلی

۵۰۱-۰۱- کنکور یا امتحان

۵۰۱-۰۲- انتخاب یا تغییر رشته

۵۰۱-۰۳- تغییر محل تحصیل

۵۰۱-۰۴- ورود به دوره تحصیلی بالاتر

۵۰۱-۰۵- فارغ‌التحصیلی

۵۰۱-۰۶- محرومیت از تحصیل

فقدان تحصیلات به دلیل عدم وجود یا عدم دسترسی به مدرسه، کار کردن و فقر

۵۰۱-۰۷- عملکرد تحصیلی

شکست در امتحانات مدرسه، کسب نمره‌های ردی یا مردود شدن در یک مقطع تحصیلی یا افت تحصیلی مانند کسب نمرات پایین‌تر از حد انتظار با توجه به ظرفیت هوشی فرد

۵۰۱-۰۸- سایر موقعیت‌های تحصیلی

۵۰۲- موقعیت‌های شغلی

۵۰۲-۰۱- انتخاب شغل

۵۰۲-۰۲- تغییر شغل

۵۰۲-۰۳- بازنشستگی

۵۰۲-۰۴- ارتقاء شغلی

۵۰۲-۰۵- بیکاری

۵۰۲-۰۶- اخراج یا تهدید به آن

۵۰۲-۰۷- نارضایتی شغلی

نارضایتی شغلی که باعث تمایل به دست کشیدن از آن و در پیش گرفتن شغلی دیگر شود، ممکن است مراجع را دچار فشار روانی کند و فرآیند تصمیم‌گیری را برایش دشوار سازد.

۵۰۲-۰۸- سختی شغلی

برنامه کاری طاقت‌فرسا یا شرایط روانی- اجتماعی فشارزا که الزاماً ممکن است باعث نارضایتی شغلی نشود.

۵۰۲-۰۹- بی‌مهارتی شغلی

فقدان یا کمبود مهارت‌های شغلی لازم که منجر به ایجاد فشار روانی برای فرد گردیده است. بی‌مهارتی شغلی می‌تواند به صورت کلی یا در حوزه‌های خاصی در کار باشد.

۵۰۲-۱۰- سایر موقعیت‌های شغلی

تبصره: در رابطه با فرسودگی شغلی لازم به ذکر است که پیامدهای هر یک از موقعیت‌های شغلی فوق ممکن است منجر به درخواست راهنمایی، مشکل، یا اختلال گردد. مشکل ناشی از این موقعیت‌ها فرسودگی شغلی^۱ نام دارد که با توجه به تظاهرات آن به طور مثال ممکن است در دسته مشکل افسردگی قرار گیرد یا اختلال ناشی از این موقعیت‌ها می‌تواند به صورت اختلال فشار روانی پس از سانحه، اختلال خلقی، یا هر اختلال دیگری تظاهر کند.

۵۰۳- موقعیت‌های اقتصادی

۵۰۳-۰۱- ورشکستگی / افت سریع موقعیت اقتصادی

۵۰۳-۰۲- ارتقاء سریع موقعیت اقتصادی

۵۰۳-۰۳- درآمد پایین

فرد مشکلات جدی برای تهیه نیازهای اولیه نظیر غذا، مسکن، پوشاک، و ... دارد.

۵۰۳-۰۴- فقر

فرد قادر به تأمین نیازهای اولیه خود نظیر غذا، مسکن، پوشاک، و ... نیست.

۵۰۳-۰۵- سایر موقعیت‌های اقتصادی

۵۰۴- موقعیت‌های فرهنگی اجتماعی

۵۰۴-۰۱- تنها زندگی کردن

احساس تنهایی مزمن، انزوای اجتماعی، بی‌نظمی در انجام فعالیت‌های زندگی روزمره مانند برنامه‌نامظم خواب و خوراک و بی‌ثباتی در انجام امور منزل

۵۰۴-۰۲- فرهنگ پذیری

دشواری فرد در تطبیق با یک فرهنگ جدید مثلاً متعاقب مهاجرت

۵۰۴-۰۳- محیط طردکننده اجتماعی

عدم تعادل در قدرت اجتماعی که به طرد یا تحریم اجتماعی مکرر فرد از سوی دیگران منجر شود، نمونه‌های طرد اجتماعی عبارتند از قلدری، تمسخر، ارباب توسط دیگران، هدف بددهنی و تحقیر دیگران قرار گرفتن، محرومیت هدفمند از فعالیت همسالان، همکاران، یا دیگران در محیط اجتماعی فرد.

۵۰۴-۰۴- هدف تبعیض بودن

ادراک یا تجربه تبعیض فرد در یک گروه خاص از قبیل جنسیت یا هویت جنسی، نژاد، قوم، مذهب، کشور زادگاه، عقاید سیاسی، وضعیت از کارافتادگی، طبقه، وجهه و منزلت اجتماعی، وزن و ظاهر فیزیکی.

۵۰۴-۰۵- شکاف فرهنگی نسل‌ها

۵۰۴-۰۶- سایر موقعیت‌های فرهنگی اجتماعی

۵۰۵- موقعیت‌های مربوط به پیش از ازدواج

۵۰۵-۰۱- رسیدن به سنین ازدواج

۵۰۵-۰۲- آشنایی اولیه

۵۰۵-۰۳- نامزدی

۵۰۶- موقعیت‌های مربوط به ازدواج

۵۰۶-۰۱- حین ثبت عقد

۵۰۶-۰۲- عقد

۵۰۶-۰۳- ازدواج

۵۰۷- موقعیت‌های مربوط به طلاق و پساطلاق

۵۰۷-۰۱- طلاق

۵۰۷-۰۲- پساطلاق

۵۰۸- موقعیت‌های خانوادگی

۵۰۸-۰۱- الف- انواع خانواده

۱- خانواده والدینی

۵۰۸-۰۱-۰۱- رایج (تک همسری)

۵۰۸-۰۱-۰۲- سایر (ناپدری، نامادری، ناخواهری، نابرداری و مرگ والدین*)

۵۰۸-۰۱-۰۳- طلاق والدین

* منظور مرگ یا طلاق والدین در کودکی و نوجوانی است.

۲- وضع تأهل

▪ تجرد

۵۰۸-۰۱-۰۴- زندگی با خانواده والدینی

۵۰۸-۰۱-۰۵- زندگی مستقل

۵۰۸-۰۱-۰۶- همزیستاری^۱

همزیستاری یعنی حالت یا وضعیت دو فرد که بدون ازدواج رسمی یا عرفی، مانند افراد مزدوج رفتار می‌کنند، یعنی زیر یک سقف با هم زندگی می‌کنند، مسئولیت‌های خانه را مشترکاً بر عهده دارند، شریک جنسی یکدیگرند، و از نظر جنسی به هم وفادارند.

▪ تأهل

۵۰۸-۰۱-۰۷- ازدواج دائم

۵۰۸-۰۱-۰۸- ازدواج موقت

مراجع:

نوبت	نوع ازدواج		نتیجه		
	دائم	موقت	ادامه زندگی	طلاق	رجوع
اول	۱	۲	۱	۲	۳
دوم					۴

همسر (مراجع):

نوبت	نوع ازدواج		نتیجه		
	دائم	موقت	ادامه زندگی	طلاق	رجوع
اول					
دوم					

مثال : مراجع (مرد) که یک ازدواج دائم و همزمان با آن یک موقت داشته با زنی که در عقد موقت اوست و قبلاً بیوه شده (همسرش فوت شده)

مراجع: مرد

نوبت	نوع ازدواج		نتیجه		
	دائم	موقت	ادامه زندگی	طلاق	رجوع
اول	*		*		
دوم		*	*		

همسر (مراجع) : زن (دوم)

نوبت	نوع ازدواج		نتیجه		
	دائم	موقت	ادامه زندگی	طلاق	رجوع
اول	*		-----		*
دوم		*	*		

۵۰۸-۰۲-ب- انواع موقعیت‌های خانوادگی چالش‌برانگیز

- ۵۰۸-۰۲-۰۱- ناباروری
- ۵۰۸-۰۲-۰۲- چندقلویی
- ۵۰۸-۰۲-۰۳- دوری از اعضای خانواده (همسر/ فرزندان/ پدر و مادر/ خواهر و برادر)
- ۵۰۸-۰۲-۰۴- وجود فرد نیازمند به مراقبت :
- فرد معلول/ بیمار مزمن جسمی ۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۱
- فرد دچار بیماری شدید و مدید روانی ۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۲
- فرد سالمند ۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۳
- فرد معتاد ۵۰۸-۰۲-۰۴-۰۴

۵۰۹- موقعیت‌های چرخه زندگی

- ۵۰۹-۰۱- بلوغ (نوقاعدگی، نواحتلامی، تغییر ظاهر جسمی، بلوغ زودرس، بلوغ دیررس)
- ۵۰۹-۰۲- استقلال طلبی نوجوان از والدین
- ۵۰۹-۰۳- ورود به سن قانونی
- ۵۰۹-۰۴- سربازی
- ۵۰۹-۰۵- تغییر محل زندگی
- ۵۰۹-۰۶- بارداری/ دوره پسازایمان
- ۵۰۹-۰۷- والد شدن
- ۵۰۹-۰۸- میانسالی
- ۵۰۹-۰۹- یائسگی
- ۵۰۹-۱۰- آشیانه خالی
- ۵۰۹-۱۱- سالمندی
- ۵۰۹-۱۲- سایر موقعیت‌های چرخه زندگی

۵۱۰- موقعیت‌های غیرمترقبه و بحرانی

۵۱۰-۰۱- بلایای طبیعی

۵۱۰-۰۲- جنگ

۵۱۰-۰۳- ارباب (ترور) و شکنجه جنسی، جسمی، روانی

نکته قابل توجه در این طبقه تفکیک آن از طبقه تشخیصی آزار ذیل مشکلات بین فردی است. بدین صورت که موارد مربوط به این طبقه نبایستی مرتبط با یک رابطه طولانی مدت باشد. مثلاً فردی در موقعیتی مثل زندان گیر افتاده و به طور نظام‌دار به دست افراد مختلف و به روش‌های مختلف آزار می‌بیند در حالی که آزارهای ذیل مشکلات بین فردی محدود به یک رابطه دونفره است.

۵۱۰-۰۴- دیگر خصومت‌ها

۵۱۰-۰۵- سایر حوادث انسان ساخته نظیر تصادفات، آتش‌سوزی، و غیره

۵۱۰-۰۶- بیماری‌های وخیم و قطع عضو ناگهانی خود

۵۱۰-۰۷- بیماری‌های وخیم و قطع عضو ناگهانی دیگران

۵۱۰-۰۸- مرگ یکی از نزدیکان

۵۱۰-۰۹- اقدام جدی به خودکشی یا خودکشی نزدیکان

۵۱۰-۱۰- اقدام جدی به خودکشی در خود فرد

۵۱۰-۱۱- مشکلات انتظامی- قضایی ناگهانی نظیر احضار، بازجویی، دستگیری، بازداشت، و محکومیت قضایی ناگهانی

۵۱۰-۱۲- حاملگی ناخواسته در ازدواج

۵۱۰-۱۳- حاملگی ناخواسته بدون ازدواج در دوره نوجوانی

۵۱۰-۱۴- حاملگی ناخواسته بدون ازدواج در دوره‌های دیگر

۵۱۰-۱۵- سایر موقعیت‌های غیرمترقبه

۵۱۱- موقعیت‌های حقوقی و قضایی

داشتن مسائل حقوقی و قضایی و مشکل با مراجع قانونی اعم از شاکی بودن، احضار و بازجویی، بازداشت، و محکومیت‌هایی که غیرمترقبه نیستند.

۵۱۲- موقعیت‌های مرتبط با سلامت

۵۱۲-۰۱- حاد (کمتر از ۶ ماه)

۵۱۲-۰۲- مزمن (بیشتر از ۶ ماه)

در این طبقه مشکلات خفیف جسمی مد نظر نیست، بلکه بیماری‌های متوسط تا شدید طبّی منظور است که خود علائم، هزینه‌های آن، یا سایر پیامدهای آن چالشی ایجاد می‌کنند که می‌تواند تقاضای راهنمایی را در مراجع برانگیزد یا موجب مشکل یا اختلالی در فرد شود.

۵۱۳- سایر موقعیت‌ها

هرگونه موقعیتی که در موارد بالا ذکر نشده است.

پیوست

پیوست يك: ابزار خودسنجی برای علایم مشترک سطح یک - نسخه

بزرگسالان کتار - ۵

سطح یک از مقیاس اندازه‌گیری مقطعی علایم مشترک در DSM-5 مقیاسی است که مراجع یا یک شخص مطلع درجه‌بندی می‌کند و حوزه‌هایی از سلامت روانی را ارزیابی می‌نماید که در میان تشخیص‌های روانپزشکی مختلف با اهمیت تلقی می‌شوند. هدف از ارایه این مقیاس کمک به درمانگران برای شناسایی حوزه‌های اضافی جهت جستجو و بررسی است که ممکن است تأثیر قابل توجهی بر درمان و پیش‌آگهی مراجع داشته باشد. علاوه بر این مقیاس مذکور می‌تواند به منظور پیگیری تغییرات در بروز علایم فرد در طی زمان نیز استفاده شود.

جدول (۱): مقیاس DSM-5 برای خودسنجی بزرگسالان به منظور اندازه‌گیری علایم مشترک، سطح یک

سیزده حوزه؛ آستانه‌ها برای بررسی بیشتر و اندازه‌های مرتبط سطح دو در DSM-5

نام زمینه	آستانه برای هدایت کردن بررسی بیشتر
I. افسردگی	خفیف یا بالاتر
II. خشونت	خفیف یا بالاتر
III. شیدایی	خفیف یا بالاتر
IV. اضطراب	خفیف یا بالاتر
V. نشانه‌های جسمانی	خفیف یا بالاتر
VI. اندیشه‌پردازی خودکشی	جزئی یا بالاتر
VII. روان‌پریشی	جزئی یا بالاتر
VIII. مشکلات خواب	خفیف یا بالاتر
IX. حافظه	خفیف یا بالاتر
X. افکار و رفتارهای تکراری	خفیف یا بالاتر
XI. تجزیه	خفیف یا بالاتر
XII. عملکرد شخصیت	خفیف یا بالاتر
XIII. مصرف مواد	جزئی یا بالاتر

نمره گذاری:

در این مقیاس هر گویه بر طبق مقیاس پنج امتیازی به شرح ذیل ارزیابی می‌شود.
 صفر: هیچ یا اصلاً/ ۱: جزئی یا نادر، کمتر از یکروز/ ۲: خفیف یا چندروز/ ۳: متوسط یا افزون بر نیمی از روزها/ ۴: شدید یا تقریباً هر روز
 نمره هر گویه در درون یک حوزه باید بررسی شود. با وجود این هر پاسخ خفیف (یعنی دو) یا بیشتر در هر کدام از گویه‌ها در هر حوزه به جز مصرف مواد، اندیشه‌پردازی خودکشی و روان‌پریشی؛ برای پیگیری بیشتر باید ارزیابی در سطح دو لحاظ شود.
 در مورد مصرف مواد، اندیشه‌پردازی خودکشی، و روان‌پریشی، ارزیابی جزئی (یعنی یک) باید تحقیق بیشتر و پیگیری شود که آیا ارزیابی مشروح‌تر نیاز هست یا خیر.

ابزار خودسنجی برای علایم مشترک سطح یک - نسخه بزرگسالان DSM-5

نام: نام خانوادگی: سن: سال تاریخ: / /

جنسیت: زن مرد

اگر سنجه را فرد مطلعی به غیر از خود مراجع پر می‌کند نام و نام خانوادگی‌اش را بنویسید .

نام: نام خانوادگی: چه نسبتی با مراجع دارید؟

معمولاً در هفته چند ساعت با فرد موردنظر (مراجع) به سر می‌برید؟ ساعت در هفته

راهنمایی: سؤال‌های زیر در مورد چیزهایی است که شما را آزرده است. در مقابل هر سوال دور عددی خط بکشید که به بهترین وجه بیان می‌کند که در طول دو هفته گذشته (اخیر) چقدر یا چند بار بر اثر آن مشکل آزرده شده‌اید.

بالاترین نمره این حوزه (متخصص بالینی)	شدید تقریباً هر روز	متوسط بیش از نیمی از روزها	خفیف چند روز	ناچیز به ندرت، کمتر از یک یا دو روز	هیچ اصلاً	در طول دو هفته گذشته چقدر یا چند بار از مشکلات زیر آزرده شده اید؟		
	۴	۳	۲	۱	۰	علاقه‌ام به انجام کارها کم شده یا از انجام آنها کمتر از گذشته لذت می‌برم.	۱.	I
	۴	۳	۲	۱	۰	احساس ضعف، افسردگی، یا ناامیدی می‌کنم.	۲.	
	۴	۳	۲	۱	۰	بیشتر از معمول احساس تحریک‌پذیری، بدخلقی، یا خشم دارم.	۳.	II
	۴	۳	۲	۱	۰	کمتر از معمول می‌خوابم و با این حال بسیار انرژی دارم.	۴.	III
	۴	۳	۲	۱	۰	بیشتر از معمول طرح‌های مختلفی را شروع کرده‌ام یا کارهای خطرناک انجام می‌دهم.	۵.	

IV	۶.	احساس میکنم عصبی، مضطرب، ترسیده، یا نگرانم یا هر آن ممکن است حالم بد شود.	۰	۱	۲	۳	۴
	۷.	احساس هول و وحشت میکنم یا میترسم.	۰	۱	۲	۳	۴
	۸.	از موقعیتهای اضطراب‌آور اجتناب و دوری می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
V	۹.	دردهایی با علت ناشناخته دارم (مثلاً در سر، کمر، مفاصل، شکم، یا ساق پا).	۰	۱	۲	۳	۴
	۱۰.	احساس میکنم که بیماری‌ها و ناخوشی‌هایم را کسی جدی نمی‌گیرد.	۰	۱	۲	۳	۴
VI	۱۱.	فکر می‌کنم باید به خودم عملاً صدمه‌ای وارد کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
VII	۱۲.	صداهایی می‌شنوم که دیگران نمی‌توانند بشنوند؛ مثلاً در حالی که کسی دور و بزم نیست، صدای انسان می‌شنوم.	۰	۱	۲	۳	۴
	۱۳.	احساس می‌کنم کسی می‌تواند صدای افکارم را بشنود، یا خودم می‌توانم صدای افکار دیگران را بشنوم.	۰	۱	۲	۳	۴
VIII	۱۴.	مشکلاتی در خوابیدن دارم که بر کیفیت کلی خوابم (زندگیم) اثر گذاشته است.	۰	۱	۲	۳	۴
IX	۱۵.	مشکلاتی در حافظه دارم (مثلاً در آموختن مطالب جدید یا پیدا کردن راه خانه‌ام).	۰	۱	۲	۳	۴
X	۱۶.	افکار، تمایلات، یا تصاویر ذهنی ناخوشایندی دارم که به طور مکرر وارد ذهنم می‌شوند.	۰	۱	۲	۳	۴
	۱۷.	احساس می‌کنم، مجبورم رفتارها یا اعمال ذهنی خاصی را بارها و بارها انجام دهم.	۰	۱	۲	۳	۴
XI	۱۸.	احساس می‌کنم از خودم، بدنم، محیط مادی/ فیزیکی پیرامونم، یا خاطراتم جدا شده‌ام و دورم.	۰	۱	۲	۳	۴

XII	۱۹.	واقعا نمی‌دانم چه کسی هستم یا از زندگی چه می‌خواهم.	۰	۱	۲	۳	۴	
	۲۰.	با دیگران احساس صمیمیت نمی‌کنم یا از روابطم با آنها لذت نمی‌برم.	۰	۱	۲	۳	۴	
XIII	۲۱.	در یک روز حداقل چهار پیمانه ^۱ مشروب الکلی (از هر نوع) می‌نوشم.	۰	۱	۲	۳	۴	
	۲۲.	سیگار، سیگار برگ، پیپ، یا قلیان می‌کشم. یا توتون را به صورت انفیهای یا جویدنی مصرف می‌کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	
	۲۳.	به صورت خودسرانه یعنی بدون تجویز پزشک به مقدار یا مدتی بیش از آنچه او تجویز کرده، از داروهای زیر مصرف می‌کنم: داروهای مسکن (مانند استامینوفن کدئین) داروهای محرک مانند ریتالین)، داروهای رخوت‌زا یا آرام‌بخش (مانند دیازپام یا سایر داروهای خواب‌آور)، یا موادی مانند حشیش (گل، چرس، علف، گراس، یا ماری‌جوانا) کوکائین، اکس، یا اکستازی، مواد توهم‌زا (مثل LSD)، هروئین، تریاک، یا شیره، مواد استنشاقی یا حلال (نظیر چسب مایع) یا متامفتامین (مانند شیشه).	۰	۱	۲	۳	۴	

۱- پیمانه در هر مشروب الکلی، حجمی از آن است که حاوی ۱۴ گرم الکل باشد. این حجم در مورد عرق، ودکا، ویسکی و سایر مشروبات دارای ۴۰٪ الکل، برابر با ۴۵ سی سی (حدود یک پنجم لیوان معمولی آبخوری)، در مورد شراب و سایر مشروبات دارای ۱۲٪ الکل، برابر با ۱۵۰ سی سی (حدود ۶۰٪ یک لیوان معمولی آبخوری)، و در مورد آبجو و سایر مشروبات دارای ۵٪ الکل، برابر با ۳۵۰ سی سی (کمتر از یک‌ونیم لیوان معمولی آبخوری) است.

پیوست دو

معیارهای تشخیصی اختلالات اعتیاد رفتاری

انجام مداوم و مکرر رفتار X به نحوی که منجر به خلل^۱ یا رنج^۲ چشمگیر بالینی شده باشد و تظاهر آن وجود حداقل پنج معیار زیر در یک دوره دوازده ماهه است:

۱. اشتغال ذهنی با انجام رفتار X (فکر کردن به نوبت قبلی انجام رفتار، انتظار کشیدن برای نوبت بعدی انجام رفتار، تبدیل رفتار به فعالیت غالب در زندگی روزانه فرد)

۲. پیدایش علائم قطع رفتار وقتی فرد از انجام رفتار X دست می‌کشد (نوعاً به صورت بی‌قراری، برافروختگی، اضطراب، یا غم است و علائم جسمی وجود ندارد).

۳. تحمل^۳: ضرورت صرف وقت یا پول هرچه بیشتر برای انجام رفتار X

۴. اجبارگونه بودن رفتار: اقدامات مکرر ناموفق برای کنترل انجام رفتار X

۵. از دست دادن علاقه به رفتارهای دارای کارکرد مشابه و ترجیح رفتار X بر آنها (مثل تفریحات دیگر [در مورد اختلال بازی اینترنتی]، لذت‌های دیگر [در مورد اعتیاد جنسی یا اعتیاد به غذا]، دسترسی به منابع اطلاعاتی دیگر [در مورد اعتیاد به اینترنت])

۶. ادامه دادن به انجام مفرط رفتار X علیرغم اطلاع از مشکلات روانی - اجتماعی ناشی از آن.

۷. فریب دادن اعضای خانواده، درمانگران، یا دیگران در مورد مقدار یا مدت انجام رفتار X.

۸. انجام رفتار X برای رهایی یا کاستن از خلق منفی (مثل احساس بی‌کسی، احساس گناه، اضطراب، یا غم)

۹. به خطر انداختن یا از دست دادن یک رابطه، شغل، یا فرصت آموزشی یا شغلی مهم به علت انجام رفتار X

1- Impairment

2- Distress

3- Tolerance

اختلالات اعتیادی مرتبط با غیرمواد (اعتیادهای رفتاری)^۱

اختلال قماربازی^۲

اختلال هموابستگی^۳

اختلال اعتیادجنسی^۴ شامل: استمناء، رابطه جنسی اینترنتی^۵، فیلم‌های مستهجن^۶ و نظایر اینها ...

اختلال اعتیاد به غذا^۷

اختلال اعتیاد به کار^۸

اختلال اعتیاد به خرید^۹

اختلال بازی اینترنتی^{۱۰}: اتصال به اینترنت فقط برای بازی‌های اینترنتی

اختلال اعتیاد به اینترنت/ اختلال اعتیاد به وب‌گردی^{۱۱}: این اختلال در بردارنده اتصال به اینترنت فقط برای وب‌گردی است و نه بازی اینترنتی، یا رابطه جنسی، یا تماشای فیلم‌های مستهجن، یا حضور در شبکه‌های اجتماعی

اختلال اعتیاد به تلفن^{۱۲}: مکالمه یا پیامک زدن با تلفن همراه یا تلفن ثابت

اختلال اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی اینترنتی^{۱۳}: اتصال به اینترنت فقط برای حضور در شبکه‌های اجتماعی اینترنتی نظیر فیسبوک، تلگرام، اینستاگرام، و نظایر این‌ها) نه برای وب‌گردی، نه بازی‌های اینترنتی، نه رابطه جنسی، و نه تماشای فیلم‌های مستهجن

مشکل رفتار X: وقتی که کمتر از پنج معیار در یک دوره دوازده ماهه یا حداقل پنج

معیار ولی در یک دوره کمتر از دوازده ماه وجود دارد.

1- Non-Substance related addiction disorders (Behavioral addiction disorders)

2- Gambling disorder

3- Codependency disorder

4- Sex addiction disorder

5- Cybersex

6- Pornographic

7- Food Addiction disorder/overeating disorder

8- Work addiction disorder/ workaholic disorder

9- Shopaholic disorder/ Shopomaniac disorder/ Buying addiction disorder

10- Internet Gaming disorder

11- Net addiction disorder/Web addiction disorder

12- Phone addiction disorder

13- Internet social networks addiction disorder

منابع

- فرهنگ واژه‌های مصوب فرهنگستان زبان و ادب فارسی (۱۳۹۱). نشر آثار.
- هزار واژه پزشکی (۱۳۹۳). فرهنگستان زبان و ادب فارسی، نشر آثار.
- واژه‌نامه روانشناسی و زمینه‌های وابسته (۱۳۶۸). دکتر محمدنقی براهنی و همکاران، نشر فرهنگ معاصر.
- واژه‌نامه تطبیقی روانشناسی، روانپزشکی، و علوم تربیتی (۱۳۸۹). دکتر رضا زمانی، نشر قو.
- فرهنگ جامع علوم رفتاری (چاپ نشده). دکتر حسن رفیعی، سعید نوروزی جوینانی، انتشارات دانژه.
- راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم (DSM-5)، مترجم دکتر فرزین رضاعی و همکاران، نشر ارجمند، ۱۳۹۴.
- فنون خانواده درمانی تألیف سالوادور مینوچین، مترجم دکتر باقر ثنایی ذاکر، انتشارات امیرکبیر، ۱۳۸۰.
- APA Dictionary of psychology (2007). "American Psychological Association"
- Benjamine J. Sadock et al (2015). Synopsis of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins pub.
- Chen YF (2002). "Chinese classification of mental disorders (CCMD-3): towards integration in international classification". Psychopathology. 35 (2-3): 171-5. doi:10.1159/000065140 . PMID 12145505.
- Lee S (September 2001). "From diversity to unity. The classification of mental disorders in 21st-century China". Psychiatry. Clin. North Am. 24 (3): 421-31. doi:10.1016/S0193-953X(05)70238-0. PMID 11593854.

