

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی

DSM-5

ویرایش پنجم

مؤلف

انجمن روان‌پزشکی آمریکا

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کردستان

دکتر علی فخرایی

متخصص روان‌پزشکی

دکتر اتوسا فرمند

متخصص روان‌پزشکی

علی نیلوفری

دکتر زانت هاشمی‌آذر

عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر فرهاد شاملو

استادیار روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی قزوین



copyright© 2013 American Psychiatric Association

مجوز رسمی کپی‌رایت ترجمه فارسی این کتاب از سوی انتشارات American Psychiatric Publishing به کتاب ارجمند واگذار شده است.



عنوان و نام پدیدآور: راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5 / مؤلف انجمن روان‌پزشکی آمریکا؛ ترجمه فرزین رضاعی. . . . [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری: ۸۷۲ ص. وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۸۷-۴

یادداشت: عنوان اصلی:

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th, DSM-5, 2013.

موضوع: بیماری‌های روانی - رده‌بندی؛ بیماری‌های روانی - تشخیص.

شناسه افزوده: رضاعی، فرزین، ۱۳۴۹ - مترجم؛ انجمن روان‌پزشکی

آمریکا، American Psychiatric Association

رده‌بندی کنگره: الف ۱۳۹۳ ط۲/۴۵۵/۲ RC۴۵۵

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۰۷۵

شماره کتابشناسی ملی: ۳۶۲۳۴۶۸

انجمن روان‌پزشکی آمریکا

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5

ترجمه: دکتر فرزین رضاعی، دکتر علی فخرایی، دکتر آتوسا فرمند

علی نیلوفری، دکتر ژانت هاشمی‌آذر، دکتر فرهاد شاملو

فروست: ۸۶۳

ناشر: کتاب ارجمند

صفحه‌آرا: پرستو قدیم‌خانی

مدیر هنری: احسان ارجمند

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان، صحافی: افشین

چاپ اول، فروردین ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۸۷-۴

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۶۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست

طبقه‌بندی DSM-5 ۷

بخش ۱

مقدمه ۴۵
چگونگی استفاده از دستنامه ۵۹
ملاحظات احتیاطی مربوط به استفاده DSM در موارد پزشکی قانونی ۶۵

بخش ۲

اختلالات رشد عصبی ۷۱
طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشانه ۱۲۱
اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ۱۵۳
اختلالات افسردگی ۱۸۱
اختلالات اضطرابی ۲۱۱
اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط ۲۵۳
اختلال‌های مربوط به سانحه و عوامل استرس ۲۸۱
اختلالات تجزیه‌ای ۳۰۵
اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط ۳۲۱
اختلالات تغذیه و خوردن ۳۳۹
اختلالات دفعی ۳۶۳
اختلالات خواب - بیداری ۳۶۹
اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری جنسی) ۴۲۵
نارضایتی جنسیتی ۴۵۱
اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک ۴۶۱

۴۷۹.....	اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
۵۷۹.....	اختلالات عصبی شناختی
۶۳۱.....	اختلالات شخصیت
۶۶۹.....	اختلالات پارافیلیک
۶۸۹.....	سایر اختلالات روانی
۶۹۱.....	اختلالات حرکتی و سایر عوارض جانبی ناشی از داروها
۶۹۷.....	سایر حالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار بگیرند

بخش ۳

۷۱۱.....	مقیاس‌های اندازه‌گیری
۷۲۵.....	صورت‌بندی فرهنگی
۷۳۵.....	مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت
۷۵۳.....	اختلالاتی برای مطالعه بیشتر

ضمیمه

۷۷۷.....	رئوس تغییرات DSM-5 در مقایسه با DSM-IV
۷۸۷.....	فهرست واژگان فنی
۸۰۳.....	فهرست مفاهیم فرهنگی در مورد ناراحتی
۸۰۹.....	فهرست الفبایی تشخیص‌ها و کدهای DSM-5 (ICD-9-CM, ICD-10-CM)
۸۳۳.....	فهرست عددی تشخیص‌ها و کدهای DSM-5 (ICD-9-CM)
۸۴۷.....	فهرست عددی تشخیص‌ها و کدهای DSM-5 (ICD-10-CM)
۸۶۷.....	نمایه

مقدمه

روان‌پزشکی در ایران سابقه‌ای طولانی دارد. رازی و ابن‌سینا در کتاب‌هایشان به اختلالات روانی همچون مالیخولیا، شیدایی (مانیا) و سرسام (دلیریوم) اشاراتی داشته‌اند. کتاب‌های طب النفوس و طب الروحانی رازی از قدیمی‌ترین کتاب‌هایی است که در آنها درمان اختلالات روانی مطرح شده است. ابن‌سینا هم در کتاب قانون به تفصیل در مورد بیماری‌های روانی از جمله ترس مرضی، مالیخولیا و بی‌خوابی و نحوه درمان آنها توضیح داده است. روان‌پزشکی نوین با تأسیس دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ به صورت نظری در دروس دانشکده پزشکی و تأسیس اولین بخش روان‌پزشکی در سال ۱۳۲۹ وارد ایران شد و در اسفند ۱۳۴۵ انجمن روان‌پزشکی ایران به ثبت رسید. جامعه روان‌پزشکی ایران و دانشگاه‌های تربیت‌کننده دستیار روان‌پزشکی از سال‌ها پیش مبنای آموزش خود را بر اساس DSM بنا نهاده‌اند. و از همان سال‌های ابتدای ورود روان‌پزشکی نوین به ایران تلاش‌های زیادی برای ترجمه متون روان‌پزشکی و معادل‌گذاری با بهره‌گیری از زبان غنی و ریشه‌دار فارسی انجام شده است و کتاب پیش رو از زمره این تلاش‌ها و برگردان فارسی دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) تلاشی است از سوی انجمن روان‌پزشکان آمریکا برای یک‌دست کردن نظام تشخیصی بالینگران حوزه بهداشت روان و تا به حال پنج ویرایش آن منتشر شده است. این دستنامه با ویرایش‌های پیاپی در ۶۰ سال گذشته، در تلاش بوده که تعریفی عملیاتی و مستقل از نظرات فرد ارزیاب ارائه نماید و این نظام طبقه‌بندی به تدریج به یک مرجع استاندارد اقدامات بالینی در زمینه بهداشت روان تبدیل شده است. از آنجا که توصیف دقیق فرایندهای زمینه‌ای آسیب‌شناختی بیشتر اختلالات روانی امکان‌پذیر نیست، باید بر این نکته تأکید نمود که ملاک‌های تشخیصی فعلی بهترین توصیف موجود در مورد نحوه بروز و تشخیص‌گذاری اختلالات روانی توسط بالینگران آموزش دیده است. هدف از تدوین DSM ارائه یک راهنمای کاربردی، کارا و قابل‌انعطاف در سامان‌بخشی اطلاعاتی است که بتواند به تشخیص دقیق و درمان اختلالات روانی کمک کند. این راهنمای تشخیصی و آماری ابزاری برای بالینگران، یک منبع آموزشی اساسی برای دانشجویان و بالینگران و مرجعی برای پژوهش‌گران این رشته محسوب می‌شود. DSM مورد استفاده بالینگران و پژوهشگران زیادی با دیدگاه‌های مختلف (زیستی، روان‌پویشی، شناختی، رفتاری، بین‌فردی، خانواده / سیستم‌ها) است که همه آنها تلاش می‌کنند برای انتقال ویژگی‌های اساسی بیماران‌شان به یک زبان مشترک دست‌یابند. اطلاعات و یافته‌ها برای تمام متخصصینی که با جنبه‌های مختلف بهداشت روان سروکار دارند. ملاک‌های تشخیصی موجز و صریح هستند و هدف از ارائه آنها تسهیل ارزیابی عینی تظاهرات علائم در محیط‌های مختلف بالینی - بستری، سرپایی، بیمارستان روزانه، روان‌پزشکی رابط - مشاور، مطب‌های خصوصی، و مراقبت‌های اولیه و نیز مطالعات همه‌گیرشناختی اختلالات روانی جمعیت عمومی است. درعین حال DSM-5 ابزاری است در جهت گردآوری و ارائه آمارهای صحیح بهداشت عمومی در زمینه میزان‌های هم‌ابتلائی و مرگ‌ومیر اختلالات روانی. نهایتاً ملاک‌های تشخیصی و متون مربوطه به‌عنوان یک درس‌نامه عمل می‌کنند که برای دانشجویانی که در ابتدای دوره حرفه‌ای برای فهم و تشخیص اختلالات روانی نیاز به شیوه‌ای ساختار یافته دارند و نیز برای متخصصینی که برای اولین بار به یک اختلال نادر برمی‌خورند، کمک شایانی می‌کنند. هر چند انتقاداتی به این نظام طبقه‌بندی وارد شده است اما رشته روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی بدون تعریفی عملیاتی از موضوعات مورد مطالعه این حوزه، در دنیای امروز به سرعت جایگاه خود را از دست خواهند داد و انجام پژوهش‌های نظام‌دار در زمینه اثربخشی داروها و مداخلات درمانی دیگر غیر ممکن خواهد شد.

آموزش نظام طبقه‌بندی موجود در این کتاب بایستی بخشی مهم از آموزش تمامی دانشجویان رشته‌های مرتبط با سلامت روان باشد و به همین دلیل مطالعه آن به تمامی درمانگران، روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی و سایر افراد مرتبط با مسائل بهداشت روان توصیه می‌شود.

۱- محمدرضا محرری نگاهی بر تاریخ روان‌پزشکی و تاریخچه روان‌پزشکی در ایران اندیشه و رفتار ۱۳۷۳ شماره ۲ و ۳

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کردستان

طبقه‌بندی DSM-5

جلوی نام هر اختلال، کدهای عددی طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط - گونه‌بالینی - ویرایش نهم (ICD-9-CM) و کدهای عدد (ICD-10-CM) داخل پرانتز آورده شده است. خطوط فاصله (-/-) نشانگر این نکته هستند که کد عددی ICD-9 یا ICD-10 قابل استفاده نبوده‌اند. در مورد برخی از اختلالات کد مذکور فقط بر اساس زیرنوع یا مشخصه قابل ذکر بوده است. کدهای عددی ICD-9-CM در آمریکا تا سی‌ام سپتامبر ۲۰۱۴ همچنان استفاده خواهد شد و از ابتدای اکتبر سال مذکور جهت کدگذاری بیماری‌ها از کدهای ICD-10-CM استفاده خواهد شد. به‌دنبال عناوین فصول و نام اختلالات، شماره صفحه متن یا ملاک مربوط به آنها داخل پرانتز نوشته شده است. در مورد تمام اختلالات روانی ناشی از یک بیماری طبی دیگر توجه داشته باشید که: نام بیماری طبی را به صورت زیر همراه نام اختلال روانی ناشی از [بیماری طبی] ذکر نمایید. کد و نام بیماری طبی دیگر باید در ابتدا و قبل از اختلال روانی ناشی از بیماری طبی آورده شود.

اختلالات رشدی عصبی

کم‌توانی‌های ذهنی	
کم‌توانی ذهنی (اختلالات رشدی هوش)	۳۱۹ (-/-)
شدت فعلی را معین نمایید	
خفیف	(F۷۰)
متوسط	(F۷۱)
شدید	(F۷۲)
عمیق	(F۷۳)
تأخیر رشدی کلی	۳۱۵/۸ (F۸۸)
کم‌توانی ذهنی نامعین (اختلال رشدی هوشی)	۳۱۹ (F۷۹)

اختلالات ارتباطی

اختلال زبانی	۳۱۵/۳۹ (F۸۰/۹)
اختلال صوت تکلم	۳۱۵/۳۹ (F۸۰/۰)

(F۸۰/۸۱) اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکتت زبان)	۳۱۵/۳۵
نکته: مواردی که در سنین بالاتر شروع می‌شود به‌عنوان اختلال فصاحت با شروع بزرگسالی	
با کد ۳۰۷/۰ (F۹۸/۵) تشخیص‌گذاری می‌شوند	
(F۸۰/۸۹) اختلال ارتباطی اجتماعی (کاربردی)	۳۱۵/۳۹
(F۸۰/۹) اختلال ارتباطی نامعین	۳۰۷/۹
طیف اختلال در خودماندگی	
(F۸۴/۰) طیف اختلال در خودماندگی	۲۹۹/۰۰
معین کنید/اگر: همراه یک بیماری شناخته شده طبی یا ژنتیکی یا یک عامل محیطی است، همراه اختلال رشدی عصبی، روانی یا رفتاری دیگری است.	
شدت فعلی ملاک الف و یا ب را معین نمایید: نیاز به حمایت خیلی زیاد، نیاز به حمایت زیاد، نیازمند حمایت	
معین کنید/اگر: همراه تخریب هوشی یا بدون آن، همراه اختلالات زبانی یا بدون آن. همراه کاتاتونی (از یک کد اضافه استفاده نمایید [F۰۶/۱] ۲۹۳/۸۹)	

اختلال کم توجهی / بیش‌فعالی

(- / -) اختلال کم توجهی / بیش‌فعالی	- / -
معین نمایید/آیا:	
(F۹۰/۲) تظاهرات بالینی مرکب	۳۱۴/۰۱
(F۹۰/۰) بی‌توجهی وجه بارز تظاهرات بالینی	۳۱۴/۰۰
(F۹۰/۱) بیش‌فعالی / تکانشگری وجه بارز تظاهرات بالینی	۳۱۴/۰۱
معین کنید/اگر: در فروکش نسبی شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید	
(F۹۰/۸) سایر انواع معین اختلال کم توجهی / بیش‌فعالی	۳۱۴/۰۱
(F۹۰/۹) اختلال کم توجهی / بیش‌فعالی نامعین	۳۱۴/۰۱

اختلال یادگیری اختصاصی

(- / -) اختلال یادگیری اختصاصی	- / -
معین کنید/اگر:	
(F۸۱/۰) همراه نقایص خواندن است (معین کنید اگر: قرائت صحیح کلمات، حجم و فصاحت خواندن، درک مطلب)	۳۱۵/۰۰
(F۸۱/۸۱) همراه نقایص بیان نوشتاری است (معین کنید اگر: هجی صحیح کلمات، دستور زبان و نقطه‌گذاری جملات، وضوح و نظام‌مندی بیان نوشتاری)	۳۱۵/۲
(F۸۱/۲) همراه نقایص ریاضیات (معین کنید اگر: درک اعداد، حفظ کردن قواعد حساب، دقت یا روان بودن	۳۱۵/۱

محاسبات، صحت استدلال ریاضی)

شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید

اختلالات حرکتی

اختلال هماهنگی رشدی	(F۸۲)	۳۱۵/۴
اختلال حرکات قالبی	(F۹۸/۴)	۳۰۷/۳

معین کنید/اگر: همراه رفتارهای خودآسیبی، بدون رفتارهای خودآسیبی.

معین کنید/اگر: همراه یک بیماری طبی یا ژنتیک شناخته شده و اختلال رشدی عصبی یا عامل محیطی

شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید

اختلالات تیک

اختلال توره	(F۹۵/۲)	۳۰۷/۲۳
اختلال مداوم (مزمین) تیک حرکتی یا صوتی	(F۹۵/۱)	۳۷۰/۲۲
معین کنید/اگر: فقط تیک حرکتی، فقط تیک صوتی		
اختلال تیک موقت	(F۹۵/۰)	۳۰۷/۲۱
سایر اختلالات تیک معین	(F۹۵/۸)	۳۰۷/۲۰
اختلال تیک نامعین	(F۹۵/۹)	۳۰۷/۲۰

سایر اختلالات رشدی عصبی

سایر اختلالات معین رشدی عصبی	(F۸۸)	۳۱۵/۸
اختلال رشدی عصبی نامعین	(F۸۹)	۳۱۵/۹

طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشانه

مشخصه‌های زیر در موارد مناسب برای اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشانه به کار می‌روند:

^(الف) معین کنید/اگر: مشخصه‌های سیر بیماری که در زیر ذکر شده‌اند فقط پس از پایان یکسال از شروع بیماری به کار می‌روند: نخستین دوره بیماری، در حال حاضر در مرحله حاد؛ نخستین دوره بیماری، در حال حاضر فروکش نسبی؛ نخستین دوره بیماری، در حال حاضر در فروکش کامل؛ حملات متعدد، در حال حاضر در مرحله حاد بیماری؛ حملات متعدد، در حال حاضر در فروکش نسبی؛ حملات متعدد، در حال حاضر در فروکش کامل؛ مداوم؛ نامعین.

^(ب) معین کنید/اگر: همراه با کاتاتونی (کد اضافی ۲۹۳/۸۹ (F۰۶/۱) به کار برید)

^(ج) معین کنید: شدت فعلی هذیان‌ها، توهمات، تکلم نابسامان (آشفته)، رفتارهای حرکتی روانی ناپه‌نجان، علائم منفی، تخریب شناختی، افسردگی و علائم مانیا

اختلال شخصیت اسکیزوتیپی	(F۲۱)	۳۰۱/۲۲
اختلال هذیانی ^(الف، ج)	(F۲۲)	۲۹۷/۱

نوع را معین کنید: نوع اروتومانیک، نوع خودبزرگ‌بینی، نوع حسادت، نوع گزند و آسیب، نوع جسمی، نوع

مختلط، نوع نامعین

معین کنید/گر: همراه با محتوای غریب و ناممکن		
اختلال روان‌پریشی گذرا ^{ب،ج}	(F۲۳)	۲۹۸/۸
معین کنید/گر: همراه با عامل استرس‌زای آشکار، بدون عامل استرس‌زای آشکار، با شروع پس‌ازایمانی		
اختلال اسکیزوفرنی ^{ب،ج}	(F۲۰/۸۱)	۲۹۵/۴۰
معین کنید/گر: همراه با ویژگی‌های پیش‌آگهی خوب، بدون ویژگی‌های پیش‌آگهی خوب		
اسکیزوفرنی ^{الف،ب،ج}	(F۲۰/۹)	۲۹۵/۹۰
اختلال اسکیزوافکتیو ^{الف،ب،ج}	(- / -)	- / -
معین کنید آیا:		
نوع دوقطبی	(F۲۵/۰)	۲۹۵/۷۰
نوع افسرده	(F۲۵/۱)	۲۹۵/۷۰
اختلال روان‌پریشی ناشی از دارو / مواد ^ج	(- / -)	- / -
نکته: برای کدگذاری اختصاصی مواد و ICM-9-CM و ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مربوط به آن مراجعه نمایید.		
معین کنید/گر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت		
اختلال روان‌پریشی ناشی از یک بیماری طبی دیگر ^ج	(- / -)	- / -
معین کنید آیا:		
همراه هذیان	(F۰۶/۲)	۲۹۳/۸۱
همراه توهم	(F۰۶/۰)	۲۹۳/۸۲
کاتاتونی مربوط به یک اختلال روانی دیگر (مشخصه کاتاتونی)	(F۰۶/۱)	۲۹۳/۸۹
اختلال کاتاتونیک ناشی از یک بیماری طبی دیگر	(F۰۶/۱)	۲۹۳/۸۹
کاتاتونی نامعین	(F۰۶/۱)	۲۹۳/۸۹
توجه: نخست سایر علایم مربوط به دستگاه عصبی و عضلانی - اسکلتی را کدگذاری کنید		
	(F۲۹/۸۱۸)	۷۸۱/۹۹
سایر اختلالات طیف اسکیزوفرنی و روان‌پریشانه معین	(F۲۸)	۲۹۸/۸
طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشانه نامعین	(F۲۹)	۲۹۸/۹

اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط

مشخصه‌های زیر را در موارد مناسب برای اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط به کار برید.

^{الف} معین کنید: همراه ناراحتی اضطرابی (شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، متوسط تا شدید، شدید)؛ همراه ویژگی‌های مختلط؛ همراه تندچرخ؛ همراه ویژگی‌های ملانکولیک؛ همراه ویژگی‌های آتیبیک؛ همراه ویژگی‌های روان‌پریشانه هماهنگ با خلق؛ همراه ویژگی‌های روان‌پریشانه ناهماهنگ با خلق؛ همراه کاتاتونی (از کد اضافه ۲۹۳/۸۹ (F۰۶/۱) استفاده نمایید)؛ با شروع پس‌ازایمانی؛ با الگوی فصلی

اختلال دوقطبی I ^{الف}	(- / -)	- / -
دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری مانیا	(- / -)	- / -

	(F۳۱/۱۱)	خفیف	۲۹۶/۴۱
	(F۳۱/۱۲)	متوسط	۲۹۶/۴۲
	(F۳۱/۱۳)	شدید	۲۹۶/۴۳
	(F۳۱/۲)	با علایم روان‌پریشانه	۲۹۶/۴۴
	(F۳۱/۷۳)	در فروکش نسبی	۲۹۶/۴۵
	(F۳۱/۷۴)	در فروکش کامل	۲۹۶/۴۶
	(F۳۱/۹)	نامعین	۲۹۶/۴۰
	(F۳۱/۰)	دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری هیپومانیا	۲۹۶/۴۰
	(F۳۱/۷۳)	در فروکش نسبی	۲۹۶/۴۵
	(F۳۱/۷۴)	در فروکش کامل	۲۹۶/۴۶
	(F۳۱/۹)	نامعین	۲۹۶/۴۰
	(- / -)	دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری افسردگی	- / -
	(F۳۱/۳۱)	خفیف	۲۹۶/۵۱
	(F۳۱/۳۲)	متوسط	۲۹۶/۵۲
	(F۳۱/۴)	شدید	۲۹۶/۵۳
	(F۳۱/۵)	با علایم روان‌پریشانه	۲۹۶/۵۴
	(F۳۱/۷۵)	در فروکش نسبی	۲۹۶/۵۵
	(F۳۱/۷۶)	در فروکش کامل	۲۹۶/۵۶
	(F۳۱/۹)	نامعین	۲۹۶/۵۰
	(F۳۱/۹)	دوره فعلی یا آخرین دوره نامعین	۲۹۶/۷
	(F۳۱/۸۱)	اختلال دوقطبی II الف	۲۹۶/۸۹
معین کنید دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری: هیپومانیا، افسردگی			
سیر بیماری را معین نمایید اگر حائز ملاک‌های کامل یک دوره خلقی را نیست: در فروکش نسبی، در فروکش کامل			
شدت بیماری را معین نمایید اگر حائز ملاک‌های کامل یک دوره خلقی را نیست: خفیف، متوسط، شدید			
	(F۳۴/۰)	اختلال خلق ادواری (سیکلوتایمی)	۳۰۱/۱۳
معین کنید/اگر: همراه ناراحتی اضطرابی است			
	(- / -)	اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از دارو / مواد	- / -
نکته: برای کدهای اختصاصی مواد و کدهای ICD-9-CM، ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روش‌های ثبت مربوط به آن مراجعه نمایید			
معین کنید/اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت			
	(- / -)	اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از یک بیماری طبی دیگر	۲۹۳/۸۳
معین نمایید/اگر:			
	(F۰۶/۳۳)	با ویژگی‌های مانیا	

با دوره شبیه مانیا یا هیپومانیا (F۰۶/۳۳)	
با ویژگی‌های مختلط (F۰۶/۳۴)	
سایر اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط معین (F۳۱/۸۹)	۲۹۶/۸۹
اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط نامعین (F۳۱/۹)	۲۹۶/۸۰

اختلالات افسردگی

مشخصه‌های زیر را در موارد مناسب برای اختلالات افسردگی به کار برید:

^{الف} معین کنید: همراه ناراحتی اضطرابی (شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، متوسط شدید، شدید)؛ با ویژگی‌های مختلط؛ با ویژگی‌های ملانکولیک؛ با ویژگی‌های آنیبیک؛ با ویژگی‌های روان‌پریشانه هماهنگ با خلق؛ با ویژگی‌های روان‌پریشانه، ناهماهنگ با خلق؛ با کاتاتونیا (از کد اضافه استفاده نمایید ۲۹۲/۸۹ [F۰۶/۱])؛ با شروع پس‌ازایمانی؛ با الگوی فصلی

اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (F۳۴/۸)	۲۹۶/۹۹
اختلال افسردگی عمده ^{الف} (- / -)	- / -
دوره منفرد (- / -)	- / -
خفیف (F۳۲/۰)	۲۹۶/۲۱
متوسط (F۳۲/۱)	۲۹۶/۲۲
شدید (F۳۲/۲)	۲۹۶/۲۳
با ویژگی‌های روان‌پریشانه (F۳۲/۳)	۲۹۶/۲۴
در فروکش نسبی (F۳۲/۴)	۲۹۶/۲۵
در فروکش کامل (F۳۲/۵)	۲۹۶/۲۶
نامعین (F۳۲/۹)	۲۹۶/۲۰
دوره‌های راجعه (- / -)	- / -
خفیف (F۳۳/۰)	۲۹۶/۳۱
متوسط (F۳۳/۱)	۲۹۶/۳۲
شدید (F۳۳/۲)	۲۹۶/۳۳
با ویژگی‌های روان‌پریشانه (F۳۳/۳)	۲۹۶/۳۴
در فروکش نسبی (F۳۳/۴۱)	۲۹۶/۳۵
در فروکش کامل (F۳۳/۴۲)	۲۹۶/۳۶
نامعین (F۳۳/۹)	۲۹۶/۳۰
اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خوبی) ^{الف} (F۳۴/۱)	۳۰۰/۴

معین کنید/اگر: در فروکش نسبی، در فروکش کامل

معین کنید/اگر: با شروع زودرس، با شروع دیررس

معین کنید/اگر: فقط سندرم افسرده‌خوبی؛ همراه دوره مداوم افسردگی اساسی؛ همراه حملات متناوب

افسردگی اساسی، با دوره جاری موجود؛ همراه حملات متناوب افسردگی اساسی، بدون دوره جاری.

شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید		
اختلال ملال پیش از قاعدگی (F۹۴/۳)	۶۲۵/۴	
اختلال افسردگی ناشی از دارو / مواد (- / -)	- / -	
نکته: برای کدهای اختصاصی مواد و ICD-9-CM و ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مربوط به آنها مراجعه نمایید.		
معین کنید/اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت		
اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر (- / -)	۲۹۳/۸۳	
معین کنید/اگر:		
همراه ویژگی‌های افسردگی (F۰۶/۳۱)		
همراه دوره شبه‌افسردگی اساسی (F۰۶/۳۲)		
همراه ویژگی‌های مختلط (F۰۶/۳۴)		
سایر اختلالات افسردگی معین (F۳۲/۸)	۳۱۱	
اختلالات افسردگی نامعین (F۳۲/۹)	۳۱۱	

اختلالات اضطرابی

اختلال اضطراب جدایی (F۹۳/۰)	۳۰۹/۲۱	
گنگی انتخابی (F۹۴/۰)	۳۱۲/۲۳	
هراس اختصاصی (- / -)	۳۰۰/۲۹	
معین کنید/اگر:		
حیوانات (F۴۰/۲۱۸)		
محیط طبیعی (F۴۰/۲۲۸)		
خون - تزریق - آسیب (- / -)		
ترس از خون (F۴۰/۲۳۰)		
ترس از تزریق و انتقال خون (F۴۰/۲۳۱)		
ترس از سایر مراقبت‌های پزشکی (F۴۰/۲۳۲)		
ترس از جراحی (F۴۰/۲۳۳)		
موقعیتی (F۴۰/۲۴۸)		
سایر (F۴۰/۲۴۹)		
اختلال اضطراب اجتماعی (جمعیت هراسی) (F۴۰/۱۰)	۳۰۰/۲۳	
معین کنید/اگر: فقط در حین عملکرد		
اختلال پانیک (وحشتزدگی) (F۴۱/۰)	۳۰۰/۰۱	
مشخصه دوره پانیک (وحشتزدگی) (- / -)	- / -	
گذرهراسی (F۴۰/۰۰)	۳۰۰/۲۲	

اختلال اضطراب فراگیر (F۴۱/۱)	۳۰۰/۰۲
اختلال اضطراب ناشی از دارو / مواد (- / -)	- / -
نکته: برای کدهای اختصاصی مواد و ICD-9-CM و ICD-19-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مربوط به آنها مراجعه شود.	
معین کنید/اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت، شروع پس از مصرف داروها	
اختلال اضطرابی ناشی از یک بیماری طبی دیگر (F۶۰/۴)	۲۹۳/۸۴
سایر اختلالات اضطرابی معین (F۴۱/۸)	۳۰۰/۰۹
اختلال اضطراب نامعین (F۴۱/۹)	۳۰۰/۰۰

اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط

مشخصه‌های زیر را در هنگام مناسب برای اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط به آن به کار برید:

^(الف) معین کنید/اگر: همراه بینش خوب یا نسبی، با بینش ضعیف، بدون بینش / باورهای هذیانی

اختلال وسواس - جبری ^(الف) (F/۴۲)	۳۰۰/۳
معین کنید/اگر: با تیک همراه است	
اختلال بدریخت‌انگاری بدن ^(الف) (F۴۵/۲۲)	۳۰۰/۷
معین کنید/اگر: همراه با بدریخت‌انگاری عضلات است	
اختلال ذخیره‌سازی (احتکار)(Hoarding) ^(الف) (F/۴۲)	۳۰۰/۳
معین کنید/اگر: با خرید بیش از اندازه همراه است	
وسواس کندن مو (اختلال کندن - مو) (F۶۳/۲)	۳۱۲/۳۹
اختلال کندن پوست (L۹۸/۱)	۶۹۸/۴
اختلال وسواس جبری و اختلالات مرتبط ناشی از دارو / مواد (- / -)	- / -
توجه: برای کدهای اختصاصی مواد و ICD-9-CM و ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مربوط به آنها مراجعه نمایید.	
معین کنید/اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت، شروع پس از مصرف دارو	
اختلال وسواس جبری و اختلالات مرتبط با آن ناشی از یک بیماری طبی دیگر (F۰۶/۸)	۲۹۴/۸
معین کنید/اگر: همراه علائم شبه اختلال وسواس جبری، با مشغولیت ذهنی راجع به ظاهر، با علائم ذخیره‌سازی، با علائم کندن مو، با علائم کندن پوست	
سایر اختلالات وسواس جبری و اختلالات مرتبط معین (F۴۲)	۳۰۰/۳
اختلال وسواس جبری و اختلالات مرتبط نامعین (F۴۲)	۳۰۰/۳

اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا

اختلال دل‌بستگی واکنشی (F۹۴/۱)	۳۱۳/۸۹
معین کنید/اگر: مداوم	

شدت بیماری فعلی را معین نمایید: شدید		
اختلال ارتباط اجتماعی مهار گسیخته	(F۹۴/۲)	۳۱۳/۸۹
معین کنید/اگر: مداوم		
شدت بیماری فعلی را معین نمایید: شدید		
اختلال استرس پس از سانحه (شامل اختلال استرس پس از سانحهٔ کودکان ۶ ساله و کمتر)	(F۴۳/۱۰)	۳۰۹/۸۱
معین کنید/آیا: همراه علایم تجزیه‌ای است		
معین کنید/اگر: با بروز دیررس است		
اختلال استرس حاد	(F۴۳/۰)	۳۰۸/۳
اختلالات سازگاری	(- / -)	- / -
معین کنید/آیا:		
با خلق افسرده	(F۴۳/۲۱)	۳۰۹/۰
با اضطراب	(F۴۳/۲۲)	۳۰۹/۲۴
با ترکیبی از اضطراب و خلق افسرده	(F۴۳/۲۳)	۳۰۹/۲۸
با اختلال سلوک	(F۴۳/۲۴)	۳۰۹/۳
با ترکیبی از آشفتگی هیجانات و سلوک	(F۴۳/۲۵)	۳۰۹/۴
نامعین	(F۴۳/۲۰)	۳۰۹/۹
سایر اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زای معین	(F۴۳/۸)	۳۰۹/۸۹
اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زای نامعین	(F۴۳/۹)	۳۰۹/۹

اختلالات تجزیه‌ای

اختلال هویت تجزیه‌ای	(F۴۴/۸۱)	۳۰۰/۱۴
فراموشی تجزیه‌ای	(F۴۴/۰)	۳۰۰/۱۲
معین کنید/اگر:		
با گریز تجزیه‌ای	(F۴۴/۱)	۳۰۰/۱۳
اختلال گسست از خویشتن / گسست از واقعیت	(F۴۴/۸)	۳۰۰/۶
سایر اختلالات تجزیه‌ای معین	(F۴۴/۸۹)	۳۰۰/۱۵
اختلالات تجزیه‌ای نامعین	(F۴۴/۹)	۳۰۰/۱۵

اختلال علایم جسمی و اختلالات مرتبط

اختلال علایم جسمی	(F۴۵/۱)	۳۰۰/۸۲
معین کنید/اگر: با غلبه درد		
معین کنید/اگر: مداوم		
شدت بیماری فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید		

اختلال اضطراب بیماری	(F۴۵/۲۱)	۳۰۰/۷
معین کنید: نوع مراقبت خواه، نوع مراقبت گریز		
اختلال تبدیلی (اختلال علایم عصبی کارکردی)	(- / -)	۳۰۰/۱۱
نوع علایم را معین نمایید:		
با ضعف یا فلج	(F۴۴/۴)	
با ناهنجاری‌های حرکتی	(F۴۴/۴)	
با مشکلات بلع	(F۴۴/۴)	
با علایم تکلمی	(F۴۴/۴)	
با حملات یا تشنج	(F۴۴/۵)	
با بی‌هوشی یا نقصان حسی	(F۴۴/۶)	
با علایم خاص حسی	(F۴۴/۶)	
با علایم مختلط	(F۴۴/۷)	
معین کنید/گر: مرحله حاد، مداوم		
معین کنید/گر: با عوامل استرس‌زای روان‌شناختی (عامل استرس‌زا را معین کنید)، بدون عامل استرس‌زای روان‌شناختی		
عوامل روان‌شناختی که روی سایر بیماری‌های طبی تأثیر می‌گذارند	(F۵۴)	۳۱۶
شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید		
اختلال ساختگی (شامل اختلال ساختگی تحمیل کرده بر خود یا تحمیل کرده بر دیگری)	(F۶۸/۱۰)	۳۰۰/۱۹
معین کنید: دوره منفرد، دوره‌های متعدد		
سایر اختلالات علایم جسمی و اختلالات مرتبط معین	(F۴۵/۸)	۳۰۰/۸۹
اختلال علایم جسمی و اختلالات مرتبط نامعین	(F۴۵/۹)	۳۰۰/۸۲

اختلالات تغذیه و خوردن

مشخصه‌های زیر را در موارد مناسب برای اختلالات تغذیه و خوردن به کار برید:

^(الف) معین کنید/گر: در فروکش کامل

^(ب) معین کنید/گر: در فروکش نسبی، در فروکش کامل

^(ج) شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید

۳۰۷/۵۲ (- / -) هرزه‌خواری (pico)^(الف)

(F۹۸/۳) در کودکان

(F۵۰/۸) در بزرگسالان

۳۰۷/۵۳ (F۹۸/۲۱) اختلال نشخوار^(الف)

۳۰۷/۵۹ (F۵۰/۸) اختلال پرهیز / محدودیت غذا خوردن^(الف)

۳۰۷/۱ (- / -) بی‌اشتهایی عصبی^(ب، ج)

معین کنید آیا:		
نوع محدودیت مصرف غذا	(F۵۰/۰۱)	
نوع پر خوری / پاکسازی	(F۵۰/۰۲)	
پراشتهایی عصبی ^ب	(F۵۰/۲)	۳۰۷/۵۱
اختلال پر خوری ^ب	(F۵۰/۸)	۳۰۷/۵۱
سایر اختلالات تغذیه یا خوردن معین	(F۵۰/۸)	۳۰۷/۵۹
اختلالات تغذیه یا خوردن نامعین	(F۵۰/۹)	۳۰۷/۵۰

اختلالات دفعی

بی‌اختیاری ادرار	(F۹۸/۰)	۳۰۷/۶
معین کنید آیا: فقط شبانه، فقط روزانه، روزانه و شبانه		
بی‌اختیاری مدفوع	(F۹۸/۱)	۳۰۷/۷
معین کنید آیا: همراه یبوست و بی‌اختیاری سرریز، بدون یبوست و بی‌اختیاری سرریز		
سایر اختلالات دفعی معین	(- / -)	- / -
با علائم ادراری	(N۳۹/۴۹۸)	۷۸۸/۳۹
با علائم مدفوعی	(R۱۵/۹)	۷۸۷/۶۰
اختلال دفعی نامعین	(- / -)	- / -
با علائم ادراری	(R۳۲)	۷۸۸/۳۰
با علائم مدفوعی	(R۱۵/۹)	۷۸۷/۶۰

اختلالات خواب - بیداری

مشخصه‌های زیر را در موارد مناسب برای اختلالات خواب - بیداری به کار برید:

^(الف) معین کنید اگر: دوره‌ای، مداوم، راجعه

^(ب) معین کنید اگر: حاد، تحت حاد، مداوم

^(ج) شدت بیماری فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید

اختلال بی‌خوابی ^{الف}	(G۴۷/۰۰)	۷۸۰/۵۲
معین کنید: هم ابتدایی با اختلال روانی غیر از اختلال خواب، هم ابتدایی با سایر بیماری‌های طی، با سایر اختلالات خواب		
اختلال پر خوابی ^ب	(G۴۷/۱۰)	۷۸۰/۵۴
معین کنید اگر: همراه اختلال روانی، همراه بیماری طی، همراه یک اختلال خواب دیگر		
نارکولپسی (حمله خواب) ^ج	(- / -)	- / -
معین کنید:		
نارکولپسی بدون قوام باختگی (کاتاپلکسی) ولی با کمبود هیپوکرتین	(G۴۷/۴۱۹)	۳۴۷/۰۰

نارکولپسی با قوام باختگی (کاتاپلکسی) ولی بدون کمبود هیپوکرتین	۳۴۷/۰۱
بی‌تعادلی مخچه‌ای اتوزومال غالب، کری، و نارکولپسی	۳۴۷/۰۰
نارکولپسی اتوزومال غالب، چاقی و دیابت نوع ۲	۳۴۷/۰۰
نارکولپسی ثانویه به یک بیماری طبی دیگر	۳۴۷/۱۰

اختلالات خواب مرتبط با تنفس

وقفه / افت تنفسی انسدادی خواب ^ع	۳۲۷/۲۳
وقفه تنفسی (آپنه) مرکزی خواب	- / -
معین کنید آیا:	
وقفه تنفسی (آپنه) ایدیوپاتیک مرکزی خواب	۳۲۷/۲۱
تنفسی شین - استوک (R۰۶/۳)	۷۸۶/۰۴
وقفه تنفسی (آپنه) مرکزی خواب همراه با سوء‌مصرف مواد افیونی	۷۸۰/۵۷
نکته: ابتدا اختلال مصرف مواد افیونی را کدگذاری کنید (اگر وجود دارد)	
شدت بیماری فعلی را معین نمایید:	
هیپونتیلیاسیون (افت تهویه) مرتبط با خواب	- / -
معین کنید آیا:	
هیپونتیلیاسیون (افت تهویه) ایدیوپاتیک	۳۲۷/۲۴
هیپونتیلیاسیون (افت تهویه) آلئولی مرکزی مادرزادی	۳۲۷/۲۵
همراه با هیپونتیلیاسیون مرتبط با خواب	۳۲۷/۲۶
شدت بیماری فعلی را معین نمایید:	
اختلالات چرخه شبانه‌روزی خواب ^ف	- / -
معین کنید آیا:	
نوع تأخیر مرحله خواب	۳۰۷/۴۵
معین کنید اگر: خانوادگی، همپوشانی با نوع خواب- بیداری غیر ۲۴ ساعته	
نوع جلو افتادن مرحله خواب	۳۰۷/۴۵
معین کنید اگر: خانوادگی	
نوع الگوی خواب و بیداری نامنظم	۳۰۷/۴۵
نوع الگوی خواب و بیداری غیر ۲۴ ساعته	۳۰۷/۴۵
نوع نوبت کاری	۳۰۷/۴۵
نوع نامعین	۳۰۷/۴۵

بدخوابی‌ها (پاراسومنیا)

اختلالات برانگیختگی خواب مرحله غیر REM	- / -
معین کنید آیا:	
نوع راه رفتن در خواب (F۵۱/۳)	۳۰۷/۴۶
معین کنید اگر: همراه خوردن مرتبط با خواب، با رفتارهای جنسی مرتبط با خواب (sexsomnia)	

نوع وحشت شبانه (F۵۱/۴)	۳۰۷/۴۶
اختلال کابوس ^{ب، ج} (F۵۱/۵)	۳۰۷/۴۷
معین کنید/اگر: هنگام شروع خواب	
معین کنید/اگر: همراه اختلال غیرمرتبط با خواب، همراه یک بیماری طبی دیگر، همراه سایر اختلالات خواب	
اختلال رفتاری خواب مرحله REM (G۴۷/۵۲)	۳۲۷/۴۲
سندرم پاهای بی‌قرار (G۲۵/۸۱)	۳۳۳/۹۴
اختلال خواب ناشی از دارو / مواد (- / -)	- / -
نکته: برای کدهای اختصاصی مواد و ICD-9-CM و ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مربوط به آنها مراجعه نمایید	
معین کنید/اگر: نوع بی‌خوابی، نوع خواب‌آلودگی روزانه، نوع ناهنجاری خواب، نوع مختلط	
معین کنید/اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره قطع / محرومیت	
سایر اختلالات بی‌خوابی معین (G۴۷/۰۹)	۷۸۰/۵۲
اختلال خواب نامعین (G۴۷/۰۰)	۷۸۰/۵۲
سایر اختلالات پرخوابی معین (G۴۷/۱۹)	۷۸۰/۵۴
اختلال پرخوابی نامعین (G۴۷/۱۰)	۷۸۰/۵۴
سایر اختلالات خواب - بیداری معین (G۴۷/۸)	۷۸۰/۵۹
اختلال خواب - بیداری نامعین (G۴۷/۹)	۷۸۰/۵۹

کژکاری‌های جنسی (اختلالات عملکرد جنسی)

مشخصه‌های زیر را در موارد مناسب برای کژکاری‌های جنسی به کار برید:

^(الف) معین کنید/آیا: در تمام طول عمر، اکتسابی

^(ب) معین کنید/آیا: فراگیر، موقعیتی

^(ج) شدت بیماری فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید

انزال تأخیری ^{الف، ب، ج} (F۵۲/۳۲)	۳۰۲/۷۴
اختلال نعوظ ^{الف، ب، ج} (F۵۲/۲۱)	۳۰۲/۷۲
اختلال ارگاسم زنان ^{الف، ب، ج} (F۵۲/۳۱)	۳۰۲/۷۳
معین کنید/اگر: تحت هیچ شرایطی هیچگاه به ارگاسم نرسیده است	
تمایل جنسی زنان / اختلال انگیختگی جنسی ^{الف، ب، ج} (F۵۲/۲۲)	۳۰۲/۷۲
درد لگنی - تناسلی / اختلال دخول ^{الف، ب، ج} (F۵۲/۶)	۳۰۲/۷۶
اختلال تمایل جنسی ضعیف مردان ^{الف، ب، ج} (F۵۲/۰)	۳۰۲/۷۱
انزال زودرس ^{الف، ب، ج} (F۵۲/۴)	۳۰۲/۷۵
کژکاری جنسی ناشی از دارو / مواد ^ج (- / -)	- / -

نکته: برای کدهای اختصاصی مواد و ICD-9-CM و ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و

روند ثبت آنها مراجعه نمایید

معین کنید/اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت، شروع پس از مصرف دارو

سایر کژکاری‌های جنسی معین	(F۵۲/۸)	۳۰۲/۷۹
کژکاری جنسی نامعین	(F۵۲/۹)	۳۰۲/۷۰

نارضایتی جنسیتی

نارضایتی جنسیتی	(- / -)	- / -
نارضایتی جنسیتی در کودکان	(F۶۴/۲)	۳۰۲/۶
معین کنید/اگر: همراه یک اختلال رشد جنسی		
نارضایتی جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان	(F۶۴/۱)	۳۰۲/۸۵
معین کنید/اگر: همراه یک اختلال رشد جنسی		
نارضایتی جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان	(F۶۴/۱)	۳۰۲/۸۵
معین کنید/اگر: همراه یک اختلال رشد جنسی		
معین کنید اگر: بعد از تغییر جنسیت		
توجه: اگر علاوه بر نارضایتی جنسیتی، اختلال رشد جنسی نیز وجود دارد آن را کدگذاری نمایید.		
سایر نارضایتی‌های جنسیتی معین	(F۶۴/۸)	۳۰۲/۶
نارضایتی جنسیتی نامعین	(F۶۴/۹)	۳۰۲/۶

اختلالات کنترل تکانه، رفتارهای ایدایی و سلوک

اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه	(F۹۱/۳)	۳۱۳/۸۱
شدت بیماری فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید		
اختلال انفجاری متناوب	(F۶۳/۸۱)	۳۱۲/۳۴
اختلال سلوک	(- / -)	- / -
معین کنید /آیا:		
با شروع دوران کودکی	(F۹۱/۱)	۳۱۲/۸۱
با شروع دوران نوجوانی	(F۹۱/۲)	۳۱۲/۳۲
شروع نامعین	(F۹۱/۹)	۳۱۲/۸۹
معین کنید/اگر: اگر با هیجانات اجتماعی محدود همراه است		
شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید		
اختلال شخصیت ضداجتماعی	(F۶۰/۲)	۳۰۱/۷
جنون آتش‌افروزی	(F۶۳/۱)	۳۱۲/۳۳
جنون دزدی	(F۶۳/۳)	۳۱۲/۳۲

سایر اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک معین	(F۹۱/۸)	۳۱۲/۸۹
اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک نامعین	(F۹۱/۹)	۳۱۲/۹

اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد

مشخصه‌ها و نکات زیر را در موارد مناسب برای اختلالات اعتیاد و مرتبط با مواد به کار برید:

^{الف} معین کنید/اگر: در فروکش اولیه، در فروکش پایدار

^ب معین کنید/اگر: در یک محیط تحت کنترل است

^ج معین کنید/اگر: همراه آشفتگی‌های ادراکی است

^د کد ICD-10-CM نشانگر وجود همزمان اختلال مصرف مواد متوسط تا شدید است که وجود آن برای به‌کارگیری کد محرومیت مواد الزامی

است

اختلالات مرتبط با مواد

اختلالات مرتبط با الکل

- / -	اختلال مصرف الکل ^{الف، ب}	(- / -)
	شدت بیماری فعلی را معین نمایید:	
۳۰۵/۰۰	ضعیف	(F۱۰/۱۰)
۳۰۳/۹۰	متوسط	(F۱۰/۲۰)
۳۰۳/۹۰	شدید	(F۱۰/۳۰)
۳۰۳/۰۰	مسمومیت با الکل	(- / -)
	همراه اختلال مصرف، خفیف	(F۱۰/۱۲۹)
	همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید	(F۱۰/۲۲۹)
	بدون اختلال مصرف	(F۱۰/۹۲۹)
۲۹۱/۸۱	محرومیت الکل ^{ج و د}	(- / -)
	بدون آشفتگی‌های ادراکی	(F۱۰/۲۳۹)
	با آشفتگی‌های ادراکی	(F۱۰/۲۳۲)
- / -	سایر اختلالات ناشی از الکل	(- / -)
۲۹۱/۹	اختلال مرتبط با الکل نامعین	(F۱۰/۹۹)

اختلالات مرتبط با کافئین

۳۰۵/۹۰	مسمومیت کافئین	(F۱۵/۹۲۹)
۲۹۲/۰	محرومیت کافئین	(F۱۵/۹۳)
- / -	سایر اختلالات ناشی از کافئین	(- / -)
۲۹۲/۹	اختلال مرتبط با کافئین نامعین	(F۱۵/۹۹)

اختلالات مرتبط با کانابیس		
- / -	اختلال مصرف کانابیس ^{الف، ب}	(- / -)
شدت فعلی بیماری را معین نمایید:		
۳۰۵/۲۰	خفیف (F۱۲/۱۰)	
۳۰۴/۳۰	متوسط (F۱۲/۲۰)	
۳۰۴/۳۰	شدید (F۱۲/۳۰)	
۲۹۲/۸۹	مسمومیت با کانابیس ^ج	(- / -)
بدون آشفتگی‌های ادراکی		
	همراه اختلال مصرف، خفیف (F۱۲/۱۲۹)	
	همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید (F۱۲/۲۲۹)	
	همراه آشفتگی‌های ادراکی (F۱۲/۹۲۹)	
	همراه اختلال مصرف، خفیف (F۱۲/۱۲۲)	
	همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید (F۱۲/۲۲۲)	
	بدون اختلال مصرف (F۱۲/۹۲۲)	
۲۹۲/۰	محرومیت کانابیس ^د	(F۱۲/۲۸۸)
- / -	سایر اختلالات ناشی از کانابیس	(- / -)
۲۹۲/۹	اختلال مرتبط با کانابیس نامعین	(F۱۲/۹۹)
اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا		
- / -	اختلال مصرف فن‌سیکلیدین ^{الف، ب}	(- / -)
شدت فعلی بیماری را معین نمایید:		
۳۰۵/۹۰	خفیف (F۱۶/۱۰)	
۳۰۴/۶۰	متوسط (F۱۶/۲۰)	
۳۰۴/۶۰	شدید (F۱۶/۳۰)	
- / -	اختلال مصرف سایر مواد توهم‌زا ^{الف، ب}	(- / -)
نوع دقیق ماده توهم‌زا را معین نمایید		
	شدت فعلی بیماری را معین نمایید:	
۳۰۵/۳۰	خفیف (F۱۶/۱۰)	
۳۰۴/۵۰	متوسط (F۱۶/۲۰)	
۳۰۴/۵۰	شدید (F۱۶/۳۰)	
۲۹۲/۸۹	مسمومیت با فن‌سیکلیدین	(- / -)
	همراه اختلال مصرف، خفیف (F۱۶/۱۲۹)	
	همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید (F۱۶/۲۲۹)	
	بدون اختلال مصرف (F۱۶/۹۲۹)	
۲۹۲/۸۹	مسمومیت با سایر مواد توهم‌زا	(- / -)

	(F۱۶/۱۲۹) همراه اختلال مصرف، خفیف	
	(F۱۶/۲۲۹) همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید	
	(F۱۶/۹۲۹) بدون اختلال مصرف	
۲۹۲/۸۹	(F۱۶/۹۸۳) اختلال ادراکی پایدار ناشی از مواد توهم‌زا	
- / -	(- / -) سایر اختلالات ناشی از فن‌سیکلیدین	
- / -	(- / -) سایر اختلالات ناشی از مواد توهم‌زا	
۲۹۲/۹	(F۱۶/۹۹) اختلال مرتبط با فن‌سیکلیدین نامعین	
۲۹۲/۹	(F۱۶/۹۹) اختلال مرتبط با مواد توهم‌زا نامعین	
اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی		
- / -	(- / -) اختلال مصرف مواد استنشاقی الف، ب	
نوع دقیق ماده استنشاقی را معین نمایید		
شدت فعلی بیماری را معین نمایید:		
۳۰۵/۹۰	(F۱۸/۱۰) خفیف	
۳۰۴/۶۰	(F۱۸/۲۰) متوسط	
۳۰۴/۶۰	(F۱۸/۲۰) شدید	
۲۹۲/۸۹	(- / -) مسمومیت با مواد استنشاقی	
	(F۱۸/۱۲۹) همراه اختلال مصرف، خفیف	
	(F۱۸/۲۲۹) همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید	
	(F۱۸/۹۲۹) بدون اختلال مصرف	
- / -	(- / -) سایر اختلالات ناشی از مواد استنشاقی	
۲۹۲/۹	(F۱۸/۹۹) اختلال ناشی از مواد استنشاقی نامعین	
اختلالات مرتبط با مواد افیونی		
- / -	(- / -) اختلال مصرف مواد افیونی الف	
معین کنید/اگر: تحت درمان نگه‌دارنده، در یک محیط تحت کنترل		
شدت فعلی بیماری را معین نمایید:		
۳۰۵/۵۰	(F۱۱/۱۰) خفیف	
۳۰۴/۰۰	(F۱۱/۲۰) متوسط	
۳۰۴/۰۰	(F۱۱/۲۰) شدید	
۲۹۲/۸۹	(- / -) مسمومیت با مواد افیونی ج	
بدون آشفتگی‌های ادراکی		
	(F۱۱/۱۲۹) اختلال همراه مصرف، خفیف	
	(F۱۱/۲۲۹) همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید	
	(F۱۱/۹۲۹) همراه اختلال مصرف	
	همراه آشفتگی‌های ادراکی	

(F۱۱/۱۲۲) همراه اختلال مصرف، خفیف	
(F۱۱/۲۲۲) همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید	
(F۱۱/۹۲۲) بدون اختلال مصرف	
(F۱۱/۲۳) محرومیت مواد افیونی ^د	۲۹۲/۰
(- / -) سایر اختلالات ناشی از مواد افیونی	- / -
(F۱۱/۹۹) اختلال مرتبط با مواد افیونی نامعین	۲۹۲/۹
اختلالات مرتبط با ضد اضطراب‌ها، رخت‌زها یا خواب‌آورها	
(- / -) اختلال مصرف ضد اضطراب‌ها، رخت‌زها یا خواب‌آورها ^{الف، ب}	- / -
شدت بیماری فعلی را معین نمایید:	
(F۱۳/۱۰) خفیف	۳۰۵/۴۰
(F۱۳/۲۰) متوسط	۳۰۴/۱۰
(F۱۳/۳۰) شدید	۳۰۴/۱۰
(- / -) مسمومیت با ضد اضطراب‌ها، رخت‌زها، یا خواب‌آورها	۲۹۲/۸۹
(F۱۳/۱۲۹) همراه اختلال مصرف، خفیف	
(F۱۳/۲۲۹) همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید	
(F۱۳/۹۲۹) بدون اختلال مصرف	
(- / -) محرومیت از ضد اضطراب‌ها، رخت‌زها یا خواب‌آورها ^{ج، د}	۲۹۲/۰
(F۱۳/۲۳۹) بدون آشفتگی‌های ادراکی	
(F۱۳/۲۳۲) همراه آشفتگی‌های ادراکی	
(- / -) سایر اختلالات ناشی از ضد اضطراب‌ها، رخت‌زها یا خواب‌آورها	- / -
(F۱۳/۹۹) اختلال مرتبط با ضد اضطراب‌ها، رخت‌زها یا خواب‌آورها نامعین	۲۹۲/۹
اختلالات مرتبط با مواد محرک	
(- / -) اختلال استفاده از مواد محرک ^{الف، ب}	- / -
شدت بیماری فعلی را معین نمایید:	
(- / -) خفیف	- / -
(F۱۵/۱۰) مواد شبه آمفتامین	۳۰۵/۷۰
(F۱۴/۱۰) کوکائین	۳۰۵/۶۰
(F۱۵/۱۰) سایر مواد محرک یا مواد محرک نامعین	۳۰۵/۷۰
(- / -) متوسط	- / -
(F۱۵/۲۰) مواد شبه آمفتامین	۳۰۴/۴۰
(F۱۴/۲۰) کوکائین	۳۰۴/۲۰
(F۱۵/۲۰) سایر مواد محرک یا مواد محرک نامعین	۳۰۴/۴۰
(- / -) شدید	- / -
(F۱۵/۲۰) مواد شبه آمفتامین	۳۰۴/۴۰

کوکائین (F۱۴/۲۰)	۳۰۴/۲۰
سایر مواد محرک یا مواد محرک نامعین (F۱۵/۲۰)	۳۰۴/۴۰
مسمومیت با مواد محرک ^ع (- / -)	۲۹۲/۸۹
نوع ماده مسمومیت‌زا را معین نمایید	
آمفتامین یا سایر مواد محرک، بدون آشفتگی‌های ادراکی (- / -)	۲۹۲/۸۹
همراه اختلال مصرف، خفیف (F۱۵/۱۲۹)	
همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید (F۱۵/۲۲۹)	
بدون اختلال مصرف (F۱۵/۹۲۹)	
کوکائین، بدون آشفتگی‌های ادراکی (- / -)	۲۹۲/۸۹
همراه اختلال مصرف، خفیف (F۱۴/۱۲۹)	
همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید (F۱۴/۲۲۹)	
بدون اختلال مصرف (F۱۴/۹۲۹)	
آمفتامین یا سایر مواد محرک، همراه آشفتگی‌های ادراکی (- / -)	۲۹۲/۸۹
همراه اختلال مصرف، خفیف (F۱۵/۱۲۲)	
همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید (F۱۵/۲۲۲)	
بدون اختلال مصرف (F۱۵/۹۲۲)	
کوکائین، همراه آشفتگی‌های ادراکی (- / -)	۲۹۲/۸۹
همراه اختلال مصرف، خفیف (F۱۴/۱۲۲)	
همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید (F۱۴/۲۲۲)	
بدون اختلال مصرف (F۱۴/۹۲۲)	
محرومیت مواد محرک ^د (- / -)	۲۹۲/۰
نوع ماده خاصی را که سبب بروز سندرم محرومیت شده معین نمایید	
آمفتامین یا سایر مواد محرک (F۱۵/۲۳)	
کوکائین (F۱۴/۲۳)	
سایر اختلالات ناشی از مواد محرک (- / -)	- / -
اختلال مرتبط با مواد محرک نامعین (- / -)	۲۹۲/۹
آمفتامین یا سایر مواد محرک (F۱۵/۹۹)	
کوکائین (F۱۴/۹۹)	
اختلالات مرتبط با توتون	
اختلال مصرف توتون ^{الف} (- / -)	- / -
معین کنید/اگر: تحت درمان نگه‌دارنده، در یک محیط تحت کنترل	
شدت بیماری فعلی را معین نمایید:	
خفیف (Z۷۲/۰)	۳۰۵/۱
متوسط (F۱۷/۲۰۰)	۳۰۵/۱

	(F۱۷/۲۰۰) شدید	۳۰۵/۱
	(F۱۷/۲۰۳) محرومیت توتون ^د	۲۹۲/۰
	(-/-) سایر اختلالات مرتبط با توتون	-/-
	(F۱۷/۲۰۹) اختلالات مرتبط با توتون نامعین	۲۹۲/۹
اختلالات مرتبط با سایر مواد یا مواد نامعلوم		
	(-/-) اختلال مصرف سایر مواد یا مواد نامعلوم الف، ب	-/-
شدت بیماری فعلی را معین نمایید		
	(F۱۹/۱۰) خفیف	۳۰۵/۹۰
	(F۱۹/۲۰) متوسط	۳۰۴/۹۰
	(F۱۹/۲۰) شدید	۳۰۴/۹۰
	(-/-) مسمومیت با سایر مواد یا مواد نامعلوم	۲۹۲/۸۹
	(F۱۹/۱۲۹) همراه اختلال مصرف، خفیف	
	(F۱۹/۲۲۹) همراه اختلال مصرف، متوسط یا شدید	
	(F۱۹/۹۲۹) بدون اختلال مصرف	
	(F۱۹/۲۳۹) محرومیت سایر مواد یا مواد نامعلوم ^د	۲۹۲/۰
	(-/-) سایر اختلالات ناشی از سایر مواد یا مواد نامعلوم	-/-
	(F۱۹/۹۹) اختلال مرتبط با سایر مواد یا مواد نامعلوم	۲۹۲/۹
اختلالات غیرمرتبط با مواد		
	(F۶۳/۰) اختلال قماربازی الف	۳۱۲/۳۱
معین کنید/اگر: دوره‌ای، مداوم		
شدت بیماری فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید		

اختلالات عصب‌شناختی

	(-/-) دلیریوم	-/-
توجه: برای کدهای اختصاصی مواد و ICD-9-CM و ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مربوط به آنها مراجعه نمایید.		
معین کنید:		
	(-/-) دلیریوم ناشی از مسمومیت مواد الف	-/-
	(-/-) دلیریوم ناشی از محرومیت مواد الف	-/-
	(-/-) دلیریوم ناشی از دارو الف	۲۹۲/۸۱
	(F۰۵) دلیریوم ناشی از یک بیماری طبی دیگر	۲۹۳/۰
	(F۰۵) دلیریوم ناشی از علل متعدد	۲۹۳/۰
معین کنید/اگر: حاد، مداوم		

معین کنید/گزر: پر تحرک، کم تحرک، سطوح مختلف فعالیت

۷۸۰/۰۹ سایر انواع معین دلیریوم (R۴۱/۰)

۷۸۰/۰۹ دلیریوم نامعین (R۴۱/۰)

اختلالات عصبی شناختی خفیف و عمده

معین کنید *آیا ناشی از:* بیماری آلزایمر، اضمحلال لوب پیشانی - گیجگاهی، اجسام لویی، بیماری عروقی، آسیب‌های مغزی در اثر ضربه، استفاده از دارو / مواد، عفونت HIV، بیماری پریون، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون، یک بیماری طبی دیگر، به دلایل متعدد، نامعین^{الف} معین کنید: بدون آشفتگی‌های رفتاری، همراه آشفتگی‌های رفتاری. برای اختلال عصبی شناختی عمده ممکن و اختلال عصبی شناختی خفیف و آشفتگی‌های رفتاری نمی‌توان کدگذاری کرد ولی باید هنگام ثبت بیماری به آنها اشاره نمود.
^ب شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید. این مشخصه فقط در مورد اختلالات عصبی شناختی عمده به کار می‌رود (شامل موارد محتمل و ممکن)

نکته: همان‌گونه که برای هر زیرنوع ذکر شد یک کد طبی اضافه برای اختلال عصبی شناختی عمده یا اختلال عصبی شناختی عمده احتمالی نیاز می‌باشد. این کد اضافه طبی نباید برای اختلال عصبی شناختی ممکن و یا اختلال عصبی شناختی خفیف به کار برود.

اختلال عصبی شناختی عمده خفیف یا عمده ناشی از بیماری آلزایمر

- / - (- / -) اختلال عصبی شناختی عمده محتمل ناشی از بیماری آلزایمر^ب

نکته: ابتدا کد ۳۳۱/۰ (G۳۰/۹) را برای بیماری آلزایمر استفاده کنید

۲۹۴/۱۱ همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)

۲۹۴/۱۰ بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)

۳۳۱/۹ اختلال عصبی شناختی عمده که ممکن است ناشی از بیماری آلزایمر^{الف و ب} باشد (G۳۱/۹)

۳۳۱/۸۳ اختلال عصبی شناختی خفیف ناشی از بیماری آلزایمر^{الف} (G۳۱/۸۴)

اختلال عصبی شناختی عمده یا خفیف ناحیه پیشانی - گیجگاهی

- / - (- / -) اختلال عصبی شناختی محتمل ناشی از دژنراسیون (اضمحلال) قطعه پیشانی - گیجگاهی^ب

نکته: ابتدا کد ۳۳۱/۱۹ (G۳۱/۰۹) را برای بیماری ناحیه پیشانی - گیجگاهی به کار برید

۲۹۴/۱۱ همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)

۲۹۴/۱۰ بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)

۳۳۱/۹ اختلال عصبی شناختی عمده ممکن ناشی از دژنراسیون (اضمحلال) قطعه پیشانی - گیجگاهی^{الف و ب} (G۳۱/۹)

۳۳۱/۸۳ اختلال عصبی شناختی خفیف ناشی از دژنراسیون (اضمحلال) قطعه پیشانی - گیجگاهی^{الف} (G۳۱/۸۴)

اختلال عصبی شناختی خفیف یا عمده همراه با اجسام لویی

- / - (- / -) اختلال عصبی شناختی عمده همراه با اجسام لویی^{الف}

نکته: ابتدا کد بیماری جسم لویی ۳۳۱/۸۲ (G۳۱/۸۳) را بگذارید

۲۹۴/۱۱ همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)

۲۹۴/۱۰ بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)

۳۳۱/۹ اختلال عصبی شناختی عمده ممکن ناشی از بیماری جسم لویی^{الف و ب} (G۳۱/۹)

۳۳۱/۸۳ اختلال عصبی شناختی خفیف ناشی از بیماری جسم لویی^{الف} (G۳۱/۸۴)

اختلال عصبی‌شناختی عروقی خفیف یا عمده

- / - اختلال عصبی‌شناختی عروقی عمده محتمل^ب (- / -)

نکته: برای بیماری عروقی کد اضافه طبی نیازی نیست

۲۹۰/۴۰ همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۱۰/۵۱)

۲۹۰/۴۰ بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۱/۵۰)

۳۳۱/۹ اختلال عصبی‌شناختی عمده عروقی ممکن^{الف، ب} (G۳۱/۹)

۳۳۱/۸۳ اختلال عصبی‌شناختی عروقی خفیف^{الف} (G۳۱/۸۴)

اختلال عصبی‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از آسیب‌های مغزی در اثر ضربه

- / - اختلال عصبی‌شناختی عمده ناشی از آسیب‌های مغزی در اثر ضربه^ب (- / -)

نکته: در ICD-9-CM برای آسیب‌های داخل جمجمه‌ای بدون شکستگی استخوان‌های جمجمه ابتدا کد

۹۰۷/۰ را به کار برید. در ICD-10-CM در ابتدا از کد ۰۶/۲S×۹S برای آسیب‌های گسترده مغزی در اثر

ضربه که منجر به بیهوشی به مدت نامعین شده استفاده نمایید.

۲۹۴/۱۱ همراه با آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)

۲۹۴/۱۰ بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)

۳۳۱/۸۳ اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از آسیب‌های مغزی در اثر ضربه^{الف} (G۳۱/۸۴)

اختلالات عصبی‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از دارو / مواد^{الف}

نکته: کد اضافه طبی لازم نیست، برای کدهای اختصاصی مواد و ICD-9-CM و ICD-10-CM به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت

مربوط به آنها مراجعه نمایید.

معین کنید/اگر مداوم است

اختلال عصب‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از عفونت HIV

- / - اختلال عصبی‌شناختی عمده ناشی از عفونت HIV^ب (- / -)

نکته: ابتدا کد ۰۴۲ (B۲۰) را برای عفونت HIV به کار برید

۲۹۴/۱۱ همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)

۲۹۴/۱۰ بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)

۳۳۱/۸۳ اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از عفونت HIV^{الف} (G۳۱/۸۴)

اختلال عصبی‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از بیماری پریون

- / - اختلال عصبی‌شناختی عمده ناشی از بیماری پریون^ب (- / -)

نکته: ابتدا کد ۰۴۶/۷۹ (A۸۱/۹) را برای بیماری پریون به کار برید

۲۹۴/۱۱ همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)

۲۹۴/۱۰ بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)

۳۳۱/۸۳ اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از بیماری پریون^{الف} (G۳۱/۸۴)

اختلال عصبی‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از بیماری پارکینسون

- / - اختلال عصبی‌شناختی عمده که احتمالاً ناشی از بیماری‌های پارکینسون است^ب (- / -)

توجه: ابتدا کد ۳۳۲/۰ (G۲۰) را برای بیماری پارکینسون به کار برید

همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)	۲۹۴/۱۱
بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)	۲۹۴/۱۰
اختلال عصبی‌شناختی عمده که ممکن است ناشی از بیماری پارکینسون باشد ^{الف و ب} (G۳۱/۹)	۳۳۱/۹
اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از بیماری پارکینسون ^{الف} (G۳۱/۸۴)	۳۳۱/۸۳
اختلال عصبی‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از بیماری هانتینگتون	
اختلال عصبی‌شناختی عمده ناشی از بیماری هانتینگتون ^ب (- / -)	- / -
نکته: ابتدا کد ۳۳۳/۴ (G۱۰) را برای بیماری هانتینگتون به کار برید	
همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)	۲۹۴/۱۱
بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)	۲۹۴/۱۰
اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از بیماری هانتینگتون ^{الف} (G۳۱/۸۴)	۳۳۱/۸۳
اختلال عصبی‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از یک بیماری طبی دیگر	
اختلال عصبی‌شناختی عمده ناشی از یک بیماری طبی دیگر ^ب (- / -)	- / -
نکته: ابتدا بیماری طبی مذکور را کدگذاری نمایید.	
همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)	۲۹۴/۱۱
بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)	۲۹۴/۱۰
اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از یک بیماری طبی دیگر ^{الف} (G۳۱/۸۴)	۳۳۱/۸۳
اختلال عصبی‌شناختی خفیف یا عمده ناشی از علل چندگانه	
اختلال عصبی‌شناختی عمده ناشی از علل چندگانه (- / -)	- / -
نکته: ابتدا تمام بیماری‌های طبی عامل را کدگذاری نمایید (به استثناء بیماری عروقی)	
همراه آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۱)	۲۹۴/۱۱
بدون آشفتگی‌های رفتاری (F۰۲/۸۰)	۲۹۴/۱۰
اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از علل چندگانه ^{الف} (G۳۱/۸۴)	۳۳۱/۸۳
اختلال عصبی‌شناختی نامعین	
اختلال عصبی‌شناختی نامعین ^{الف} (R۴۱/۹)	۷۹۹/۵۹

اختلالات شخصیت

گروه A اختلالات شخصیت		
اختلال شخصیت پارانویید (F۶۰/۰)	۳۰۱/۰	
اختلال شخصیت اسکیزوئید (F۶۰/۱)	۳۰۱/۲۰	
اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (F/۲۱)	۳۰۱/۲۲	
گروه B اختلالات شخصیت		
اختلال شخصیت ضداجتماعی (F۶۰/۲)	۳۰۱/۷	
اختلال شخصیت مرزی (F۶۰/۳)	۳۰۱/۸۳	

۳۰ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5

اختلال شخصیت نمایشی (F۶۰/۴)	۳۰۱/۵۰
اختلال شخصیت خودشیفته (F۶۰/۸۱)	۳۰۱/۸۱
گروه C اختلالات شخصیت	
اختلال شخصیت دوری‌گزین (اجتنابی) (F۶۰/۶)	۳۰۱/۸۲
اختلال شخصیت وابسته (F۶۰/۷)	۳۰۱/۶
اختلال شخصیت وسواسی - جبری (F۶۰/۵)	۳۰۱/۴
سایر اختلالات شخصیت	
تغییر شخصیت ناشی از یک بیماری طبی دیگر (F۰۷/۰)	۳۱۰/۱
معین‌کننده: نوع بی‌ثبات (labile)، نوع مهارگسیخته، نوع پرخاشگر، نوع پارانویید، نوع بی‌عاطفه (apathetic)، سایر انواع، نوع ترکیبی، نوع نامعین	
سایر انواع معین اختلال شخصیت (F۶۰/۸۹)	۳۰۱/۸۹
اختلال شخصیت نامعین (F۶۰/۹)	۳۰۱/۹

اختلالات پارافیلیک

مشخصه زیر در موارد مناسب برای اختلالات پارافیلیک به کار می‌رود	
^{الف} معین‌کننده/گر: در یک محیط تحت کنترل، در فروکش کامل	
اختلال تماشاگری جنسی ^{الف} (F۶۵/۳)	۳۰۲/۸۲
اختلال نمایشگری (F۶۵/۲)	۳۰۲/۴
معین‌کننده/آیا: انگیزتگی جنسی با نمایش اعضا تناسلی به کودکان سنین قبل از بلوغ ایجاد می‌شود، انگیزتگی جنسی با نمایش اعضا تناسلی به افرادی که از نظر جسمی بالغ هستند ایجاد می‌شود، انگیزتگی جنسی با نمایش اعضای تناسلی به کودکان سن کمتر از بلوغ و افراد بالغ جنسی ایجاد می‌شود	
اختلال مالش دوستی ^{الف} (F۶۵/۸۱)	۳۰۲/۸۹
اختلال آزارخواهی جنسی ^{الف} (F۶۵/۵۱)	۳۰۲/۸۳
معین‌کننده/گر: همراه با خفگی خواهی	
اختلال آزارگری جنسی ^{الف} (F۶۵/۵۲)	۳۰۲/۸۴
اختلال بچه‌بازی (F۶۵/۴)	۳۰۲/۲
معین‌کننده/گر: نوع انحصاری، نوع غیرانحصاری	
معین‌کننده/گر: تمایل جنسی به جنس مذکر، تمایل جنسی به جنس مؤنث، تمایل جنسی به هر دو جنس	
معین‌کننده/گر: محدود به زنا با محارم	
اختلال یادگارخواهی ^{الف} (F۶۵/۰)	۳۰۲/۸۱
معین‌کننده: اعضا بدن، اشیای بی‌جان، سایر	
اختلال میدل‌پوشی ^{الف} (F۶۵/۱)	۳۰۲/۳

معین کنید/گر: همراه یادگارخواهی، همراه خود زن پنداری autogyneplilia

سایر اختلالات پارافیلیک معین (F۶۵/۸۹)	۳۰۲/۸۹
اختلال پارافیلیک نامعین (F۶۵/۹)	۳۰۲/۹

سایر اختلالات روانی

سایر اختلالات روانی معین ناشی از یک بیماری طبی دیگر (F۰۶/۸)	۲۹۴/۸
اختلالات روانی نامعین ناشی از یک بیماری طبی دیگر (F۰۹)	۲۹۴/۹
سایر اختلالات روانی معین (F۹۹)	۳۰۰/۹
اختلال روانی نامعین (F۹۹)	۳۰۰/۹
اختلالات حرکتی ناشی از دارو و سایر عوارض جانبی داروها	
پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک (G۲۱/۱۱)	۳۳۲/۱
پارکینسونیسم ناشی از سایر داروها (G۲۱/۱۹)	۳۳۲/۱
سندرم نورولپتیک بدخیم (G۲۱/۰)	۳۳۳/۹۲
دیستونی حاد ناشی از دارو (G۲۴/۰۲)	۳۳۳/۷۲
آکاتیژیا (ناآرامی) حاد ناشی از دارو (G۲۵/۷۱)	۳۳۳/۹۹
دیس‌کینزی دیررس (G۲۴/۰۱)	۳۳۳/۸۵
دیستونی دیررس (G۲۴/۰۹)	۳۳۳/۷۲
آکاتیژیا (ناآرامی) دیررس (G۲۵/۷۱)	۳۳۳/۹۹
لرزش وضعیتی ناشی از دارو (G۲۵/۸)	۳۳۳/۱
سایر اختلالات حرکتی ناشی از دارو (G۲۵/۷۹)	۳۳۳/۹۹
سندرم قطع داروهای ضدافسردگی (- / -)	- / -
برخورد اولیه (T۴۳/۲۰۵A)	۹۹۵/۲۹
مواجهه‌های بعدی (T۴۳/۲۰۵D)	۹۹۵/۲۹
آثار باقیمانده (Sequelae) (T۴۳/۲۰۵S)	۹۹۵/۲۹
سایر عوارض جانبی داروها (- / -)	- / -
برخورد اولیه (T۵۰/۹۰۵A)	۹۹۵/۲۰
مواجهه‌های بعدی (T۵۰/۹۰۵D)	۹۹۵/۲۰
آثار باقیمانده (T۵۰/۹۰۵S)	۹۹۵/۲۰

سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرند

مشکلات ارتباطی

مشکلات مرتبط با مسائل تربیتی خانواده

مشکلات ارتباطی والد - فرزند (Z۶۲/۸۲۰)	۷۶۱/۲۰
مشکلات ارتباطی با همسپرها (Z۶۲/۸۹۱)	۷۶۱/۸

۷۶۱/۸	(Z۶۲/۲۹) پرورش دور از والدین
۷۶۱/۲۹	(Z۶۲/۸۹۸) کودک متأثر از مشکلات ارتباط والدین
سایر مشکلات مرتبط با گروه حمایتی اصلی	
۷۶۱/۱۰	(Z۶۳/۰) پریشانی ارتباط با همسر یا شریک زندگی
۷۶۱/۰۳	(Z۶۳/۵) ازهم پاشیدگی خانواده به‌دنبال جدایی یا طلاق
۷۶۱/۸	(Z۶۳/۸) میزان بالای هیجانات ابراز شده درون خانواده
۷۶۲/۸۲	(Z۶۳/۴) داغ‌دیدگی بدون عارضه

سوءرفتار و غفلت

مشکلات غفلت و بدرفتاری با کودک

کودک آزاری جسمی

کودک آزاری جسمی، اثبات شده

۹۹۵/۵۴	(T۷۴/۱۲XA) برخورد اولیه
۹۵۵/۵۴	(T۷۶/۱۲XD) مواجهه‌های بعدی

کودک آزاری جسمی مشکوک

۹۵۵/۵۴	(T۷۶/۱۲XA) برخورد اولیه
۹۵۵/۵۴	(T۷۶/۱۲XD) مواجهه‌های بعدی

سایر شرایط مرتبط با کودک‌آزاری جسمی

۷۶۱/۲۱	(Z۶۹/۰۱۰) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با قربانی کودک‌آزاری توسط والدین
۷۶۱/۲۱	(Z۶۹/۰۲۰) مواجهه خدمات بهداشت روان با قربانی کودک‌آزاری توسط افرادی غیر از والدین
۷۱۵/۴۱	(Z۶۲/۸۱۰) سابقه فردی کودک‌آزاری جسمی در دوران کودکی
۷۶۱/۲۲	(Z۶۹/۰۱۱) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با والد مرتکب کودک آزاری
۷۶۲/۸۳	(Z۶۹/۰۲۱) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد غیر والد مرتکب کودک آزاری

کودک‌آزاری جنسی

کودک‌آزاری جنسی، اثبات شده

۹۹۵/۵۳	(T۷۴/۲۲XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۵۳	(T۷۴/۲۲XD) مواجهه‌های بعدی

کودک‌آزاری جنسی، مشکوک

۹۹۵/۵۳	(T۷۶/۲۲XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۵۳	(T۷۶/۲۲XD) مواجهه‌های بعدی

سایر شرایط مرتبط با کودک‌آزاری جنسی

۷۶۱/۲۱	(Z۶۹/۰۱۰) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با کودک قربانی آزار جنسی توسط والدین
۷۶۱/۲۱	(Z۶۹/۰۲۰) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با کودک قربانی آزار جنسی توسط افرادی غیر از والدین
۷۱۵/۴۱	(Z۶۲/۸۱۰) تاریخچه فردی (تاریخچه قبلی) بدرفتاری جنسی در کودکی

مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با والد مرتکب آزار جنسی کودک (Z۶۹/۰۱۱)	۷۶۱/۲۲
مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد غیر والد مرتکب آزار جنسی کودک (Z۶۹/۰۲۱)	۷۶۲/۸۳

غفلت از کودک

غفلت از کودک، اثبات شده

برخورد اولیه (T۷۴/۰۲XA)	۹۹۵/۵۲
مواجهه‌های بعدی (T۷۴/۰۲XD)	۹۹۵/۵۲

سایر شرایط مرتبط با غفلت از کودک

مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با کودک قربانی غفلت توسط والدین (Z۶۹/۰۱۰)	۷۶۱/۲۱
مواجهه گروه خدمات بهداشت روانی با کودک قربانی غفلت توسط افرادی غیر از والدین (Z۶۹/۰۲۰)	۷۶۱/۲۱
تاریخچه فردی (تاریخچه قبلی) غفلت در کودکی (Z۶۲/۸۱۲)	۷۱۵/۴۲
مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با والد مرتکب غفلت از با کودک (Z۶۹/۰۱۱)	۷۶۱/۲۲
مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد غیر والد مرتکب غفلت از کودک (Z۶۹/۰۲۱)	۷۶۲/۸۳

کودک آزاری روان‌شناختی

کودک آزاری روان‌شناختی، اثبات شده

برخورد اولیه (T۷۴/۳۲XA)	۹۹۵/۵۱
مواجهه‌های بعدی (T۷۴/۳۲XD)	۹۹۵/۵۱

کودک آزاری روان‌شناختی، مشکوک

برخورد اولیه (T۷۶/۳۲XA)	۹۹۵/۵۱
مواجهه‌های بعدی (T۷۶/۳۲XD)	۹۹۵/۵۱

سایر شرایط مرتبط با کودک‌آزاری روان‌شناختی

مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با کودک قربانی بدرفتاری روان‌شناختی توسط والدین (Z۶۹/۰۱۰)	۷۶۱/۲۱
مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با کودک قربانی بدرفتاری روان‌شناختی توسط افراد غیر از والدین (Z۶۹/۰۲۰)	۷۶۱/۲۱
سابقه فردی (تاریخچه قبلی) کودک‌آزاری روان‌شناختی در دوران کودکی (Z۶۲/۸۱۱)	۷۱۵/۴۲
مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با والد مرتکب کودک‌آزاری روان‌شناختی (Z۶۹/۰۱۱)	۷۶۱/۲۲
مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد غیر والد مرتکب کودک‌آزاری روان‌شناختی (Z۶۹/۰۲۱)	۷۶۲/۸۳

مشکلات غفلت و سوءرفتار بزرگسالان

خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی

خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی، اثبات شده

برخورد اولیه (T۷۴/۱۱XA)	۹۹۵/۸۱
مواجهه‌های بعدی (T۷۴/۱۱XD)	۹۹۵/۸۱

خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی، مشکوک

برخورد اولیه (T۷۶/۱۱XA)	۹۹۵/۸۱
مواجهه‌های بعدی (T۷۶/۱۱XD)	۹۹۵/۸۱

سایر شرایط مرتبط با خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی

۷۶۱/۱۱	(Z۶۹/۱۱) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با قربانی خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی
۷۱۵/۴۱	(Z۹۱/۴۱۰) سابقه فردی (تاریخچه قبلی) خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی
۷۶۱/۱۲	(Z۶۹/۱۲) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد مرتکب خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی

خشونت جنسی همسر یا شریک زندگی

خشونت جنسی همسر یا شریک زندگی، اثبات شده

۹۹۵/۸۳	(TY۴/۲۱XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۸۳	(TY۴/۲۱XD) مواجهه‌های بعدی

خشونت جنسی همسر یا شریک زندگی، مشکوک

۹۹۵/۸۳	(TY۶/۲۱XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۸۳	(TY۶/۲۱XD) مواجهه‌های بعدی

سایر شرایط مرتبط با خشونت جنسی همسر یا شریک زندگی

۷۶۱/۱۱	(Z۶۹/۱۱) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با قربانی خشونت جنسی همسر یا شریک زندگی
۷۱۵/۴۱	(Z۹۱/۴۱۰) سابقه فردی (تاریخچه قبلی) خشونت فیزیکی همسر یا شریک زندگی
۷۶۱/۱۲	(Z۶۹/۱۲) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد مرتکب خشونت جنسی همسر یا شریک زندگی

غفلت از همسر یا شریک زندگی

غفلت از همسر یا شریک زندگی، اثبات شده

۹۹۵/۸۵	(TY۶/۰۱XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۸۵	(TY۶/۰۱XD) مواجهه‌های بعدی

غفلت از همسر یا شریک زندگی، مشکوک شده

۹۹۵/۸۵	(TY۶/۰۱XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۸۵	(TY۶/۰۱XD) مواجهه‌های بعدی

سایر شرایط مرتبط با غفلت از همسر یا شریک زندگی

۷۶۱/۱۱	(Z۶۹/۱۱) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با قربانی غفلت از همسر یا شریک زندگی
۷۱۵/۴۲	(Z۹۱/۴۱۲) سابقه فردی (تاریخچه قبلی) غفلت از همسر یا شریک زندگی
۷۶۱/۱۲	(Z۶۹/۱۲) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد مرتکب غفلت از همسر یا شریک زندگی

بدرفتاری روانی شناختی همسر یا شریک زندگی

بدرفتاری روان شناختی همسر یا شریک زندگی، اثبات شده

۹۹۵/۸۲	(TY۴/۳۱XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۸۲	(TY۴/۳۱XD) مواجهه‌های بعدی

بدرفتاری روان شناختی همسر یا شریک زندگی، مشکوک

۹۹۵/۸۲	(TY۶/۳۱XA) برخورد اولیه
۹۹۵/۸۲	(TY۶/۳۱XD) مواجهه‌های بعدی

سایر شرایط مرتبط با بدرفتاری روان شناختی همسر یا شریک زندگی

۷۶۱/۱۱	(Z۶۹/۱۱) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با قربانی بدرفتاری روان‌شناختی همسر یا شریک زندگی
۷۱۵/۴۲	(Z۹۱/۴۱۱) سابقه فردی (تاریخچه قبلی) بدرفتاری روان‌شناختی همسر یا شریک زندگی
۷۶۱/۱۲	(Z۶۹/۱۲) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد مرتکب بدرفتاری روان‌شناختی همسر یا شریک زندگی

بدرفتاری بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی

بدرفتاری بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی، اثبات شده

۹۹۵/۸۱ (TY۴/۱۱XA) برخورد اولیه

۹۹۵/۸۱ (TY۴/۱۱XD) مواجهه‌های بعدی

بدرفتاری بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی، مشکوک

۹۹۵/۸۱ (TY۶/۱۱XA) برخورد اولیه

۹۹۵/۸۱ (TY۶/۱۱XD) مواجهه‌های بعدی

بدرفتاری جنسی بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی، اثبات شده

۹۹۵/۸۳ (TY۴/۲۱XA) برخورد اولیه

۹۹۵/۸۳ (TY۴/۲۱XD) مواجهه‌های بعدی

بدرفتاری جنسی بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی، مشکوک

۹۹۵/۸۳ (TY۶/۲۱XA) برخورد اولیه

۹۹۵/۸۳ (TY۶/۲۱XD) مواجهه‌های بعدی

بدرفتاری روان‌شناختی بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی، اثبات شده

۹۹۵/۸۲ (TY۴/۳۱XA) برخورد اولیه

۹۹۵/۸۲ (TY۴/۳۱XD) مواجهه‌های بعدی

بدرفتاری روان‌شناختی بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی، مشکوک

۹۹۵/۸۲ (TY۶/۳۱XA) برخورد اولیه

۹۹۵/۸۲ (TY۶/۳۱XD) مواجهه‌های بعدی

سایر شرایط مرتبط با بدرفتاری بزرگسال توسط فردی غیر از همسر یا شریک زندگی

۷۶۵/۴۹ (Z۶۹/۸۱) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با قربانی بدرفتاری بزرگسال توسط فردی غیر از همسر

۷۶۲/۸۳ (Z۶۹/۸۲) مواجهه گروه خدمات بهداشت روان با فرد مرتکب بدرفتاری بزرگسال توسط فردی غیر از همسر

مشکلات تحصیلی و شغلی

مشکلات تحصیلی

۷۶۲/۳ (Z۵۵/۹) مشکلات تحصیلی یا دانشگاهی

مشکلات شغلی

۷۶۲/۲۱ (Z۵۶/۸۲) مشکلات مرتبط با وضعیت فعلی خدمت نظامی

۷۶۲/۲۹ (Z۵۶/۹) سایر مشکلات مرتبط با استخدام

مشکلات اقتصادی و مسکن

مشکلات مسکن

۷۶۰/۰ (Z۵۹/۰) بی‌خانمانی

نداشتن مسکن مناسب (Z۵۹/۱)	۷۶۰/۱
ناسازگاری با همسایه، مستأجر یا صاحب‌خانه (Z۵۹/۲)	۷۶۰/۱۹
مشکلات مرتبط با سکونت در مؤسسات نگهداری (Z۵۹/۳)	۷۶۰/۶
مشکلات اقتصادی	
فقدان غذا یا آب آشامیدنی سالم کافی (Z۵۹/۴)	۷۶۰/۲
فقر شدید (Z۵۹/۵)	۷۶۰/۲
درآمد پایین (Z۵۹/۶)	۷۶۰/۲
عدم وجود بیمه اجتماعی یا حمایت‌های بهداشتی مناسب (Z۵۹/۷)	۷۶۰/۲
مشکلات اقتصادی یا مسکن نامعین (Z۵۹/۹)	۷۶۰/۹
سایر مشکلات مرتبط با شرایط اجتماعی	
مشکلات مراحل زندگی (Z۶۰/۰)	۷۶۲/۱۹
مشکلات مرتبط با تنها زندگی کردن (Z۶۰/۲)	۷۶۰/۳
مشکل فرهنگ پذیری (Z۶۰/۳)	۷۶۲/۴
طرد یا انزوای اجتماعی (Z۶۰/۴)	۷۶۲/۴
هدف تبعیض یا گزند و آسیب قرار گرفتن (استنباط شده) (Z۶۰/۵)	۷۶۲/۴
مشکلات مرتبط با شرایط اجتماعی نامعین (Z۶۰/۹)	۷۶۲/۹
مشکلات مرتبط با تبهکاری و درگیری با دستگاه قضایی	
قربانی تبهکاری بودن (Z۶۵/۴)	۷۶۲/۱۹
محکومیت به دلیل اعمال جنایی یا مدنی بدون زندانی شدن (Z۶۵/۰)	۷۶۲/۵
زندانی شدن یا سایر انواع حبس (Z۶۵/۱)	۷۶۲/۵
مشکلات مرتبط با آزاد شدن از زندان (Z۶۵/۲)	۷۶۲/۵
مشکلات مرتبط با سایر مسائل قانونی (Z۶۵/۳)	۷۶۲/۵
سایر مواجهات خدمات بهداشتی برای مشورت یا توصیه‌های پزشکی	
مشاوره مسائل جنسی (Z۷۰/۹)	۷۶۵/۴۹
سایر انواع مشاوره یا مشورت (Z۷۱/۹)	۷۶۵/۴۰
مشکلات مرتبط با سایر موارد روان‌شناختی - اجتماعی، شخصی یا محیطی	
مشکلات مذهبی یا معنوی (Z۶۵/۸)	۷۶۲/۱۹
مشکلات مرتبط با حاملگی ناخواسته (Z۶۴/۰)	۷۶۱/۷
مشکلات مرتبط با حاملگی‌های متعدد (Z۶۴/۱)	۷۶۱/۵
ناسازگاری با کارکنان خدمات اجتماعی، شامل مسئول دوره مجازات تعلیقی، مراجع گردان (case manager) یا مددکار اجتماعی (Z۶۴/۴)	۷۶۲/۱۹
قربانی شکنجه یا تروریسم (Z۶۵/۴)	۷۶۲/۱۹
مواجهه با بلایا و مصائب، جنگ یا سایر انواع خصومت (Z۶۵/۵)	۷۶۲/۲۲
سایر مشکلات مرتبط با شرایط روان‌شناختی - اجتماعی (Z۶۵/۸)	۷۶۲/۱۹

مشکلات نامعین مرتبط با شرایط روان‌شناختی - اجتماعی نامعین (Z۶۵/۹) ۷۶۲/۹

سایر شرایط مربوط به تاریخچه فردی

سابقه فردی سایر آسیب‌های روان‌شناختی (Z۹۱/۴۹) ۷۱۵/۴۹

سابقه فردی آسیب به خود (Z۹۱/۵) ۷۱۵/۵۹

سابقه فردی خدمت نظامی (Z۹۱/۸۲) ۷۶۲/۲۲

سایر عوامل خطر شخصی (Z۹۱/۸۹) ۷۱۵/۸۹

مشکلات مرتبط با شیوه زندگی (Z۷۲/۹) ۷۶۹/۹

رفتار ضداجتماعی بزرگسالی (Z۷۲/۸۱۱) ۷۷۱/۰۱

رفتار ضداجتماعی کودکی یا نوجوانی (Z۷۲/۸۱۰) ۷۷۱/۰۲

مشکلات مرتبط با دسترسی به خدمات پزشکی و سایر خدمات بهداشتی

عدم وجود یا عدم دسترسی به تسهیلات خدمات بهداشتی (Z۷۵/۳) ۷۶۳/۹

عدم وجود یا عدم دسترسی به سایر نهادهای امدادی (Z۷۵/۴) ۷۶۳/۸

عدم همراهی با درمان پزشکی

عدم همراهی با درمان پزشکی (Z۹۱/۱۹) ۷۱۵/۸۱

چاقی یا اضافه وزن (E۶۶/۹) ۲۷۸/۰۰

تمارض (Z۷۶/۵) ۷۶۵/۲

آوارگی مرتبط با اختلالات روانی (Z۹۱/۸۳) ۷۴۰/۳۱

عملکرد هوش مرزی (R۴۱/۸۳) ۷۶۲/۸۹

پیشگفتار

بهداشت عمومی در زمینه میزان‌های هم‌ابتلائی و مرگ و میر اختلالات روانی. نهایتاً ملاک‌های تشخیصی و متون مربوطه به‌عنوان یک درسنامه عمل می‌کنند که برای دانشجویانی که در ابتدای دوره حرفه‌ای برای فهم و تشخیص اختلالات روانی نیاز به شیوه‌ای ساختاریافته دارند و نیز برای متخصصانی که برای اولین بار به یک اختلال نادر برمی‌خورند، کمک شایانی می‌کنند. خوشبختانه تمام موارد فوق با هم سازگاری دارند.

در تدوین DSM-5 به همه این نیازها و علائق متنوع توجه کافی مبذول شده است. تقسیم‌بندی DSM با تقسیم‌بندی بین‌المللی بیماری‌های (ICD) سازمان بهداشت جهانی (WHO) که در آمریکا سامانه کدگذاری رسمی محسوب می‌شود هماهنگ شده است، به طوری که ملاک‌های DSM اختلالاتی را تعریف می‌کنند که در ICD با نام‌های تشخیصی و کدهای رقمی شناسایی شده‌اند. در DSM-5 هم کدهای ICD-9-CM و هم کدهای ICD-10-CM هنگام تقسیم‌بندی بیماری‌ها کدهای تشخیصی به همراه بیماری‌های مربوطه آورده می‌شود (ICD-10) در اکتبر ۲۰۱۴ به کار گرفته خواهد شد.

گرچه DSM-5 یک تقسیم‌بندی قطعی اختلالات مجزا محسوب می‌شود، ولی ما می‌دانیم که اختلالات روانی همیشه به‌طور کامل در مرزبندی‌های یک اختلال واحد قرار نمی‌گیرند. حوزه برخی علائم، مانند اضطراب و افسردگی در چند گروه تشخیصی دیده می‌شوند و شاید بازتاب زمینه مشترک آسیب‌پذیری به یک گروه بزرگتر اختلالات باشد. در راستای به رسمیت شناختن این واقعیت، اختلالاتی که در DSM-5 آورده شده‌اند در یک ساختار سامان یافته‌ی بازبینی شده مرتب شده‌اند تا بستر دیدگاه‌های جدید بالینی را مهیا سازند. این ساختار جدید مطابق شکل ساماندهی بیماری‌ها در ICD-11 که در سال ۲۰۱۵ منتشر خواهد شد، طراحی شده است. سایر تغییرات ایجاد شده در جهت تسهیل کار در تمام زمینه‌ها عبارتند از:

- **ارائه مسائل رشدی مرتبط با تشخیص:** تغییر در سامان‌دهی فصول، رویکرد معطوف به چرخه حیات را بهتر معین می‌کند، یعنی اختلالاتی که بیشتر در کودکی تشخیص داده می‌شوند (مانند اختلالات رشدی عصبی) در فصول اولیه دستنامه و اختلالاتی که بیشتر در کهنسالی دیده می‌شوند (مانند اختلالات

دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) انجمن روان‌پزشکی آمریکا یک نظام تقسیم‌بندی اختلالات روانی بر اساس ملاک‌های تشخیصی است که برای تسهیل تشخیص صحیح‌تر این اختلالات طراحی شده است. این دستنامه با ویرایش‌های پیاپی در ۶۰ سال گذشته، به یک مرجع استاندارد اقدامات بالینی در زمینه بهداشت روان تبدیل شده است. از آنجا که توصیف دقیق فرایندهای زمینه‌ای آسیب‌شناختی بیشتر اختلالات روانی امکان‌پذیر نیست، باید بر این نکته تأکید نمود که ملاک‌های تشخیصی فعلی بهترین توصیف موجود در مورد نحوه بروز و تشخیص‌گذاری اختلالات روانی توسط بالینگران آموزش دیده است. هدف از تدوین DSM ارائه یک راهنمای کاربردی، کارا و قابل انعطاف در سامان‌بخشی اطلاعاتی است که بتواند به تشخیص دقیق و درمان اختلالات روانی کمک کند. این راهنمای تشخیصی و آماری ابزاری برای بالینگران، یک منبع آموزشی عمده برای دانشجویان و بالینگران و مرجعی برای پژوهشگران این رشته محسوب می‌شود.

هرچند هدف اصلی از تدوین این ویراست DSM این بوده که راهنمایی مفید برای کار بالینی باشد، اما به‌عنوان یک نظام طبقه‌بندی رسمی باید در طیف وسیعی از زمینه‌ها و موقعیت‌ها نیز کاربرد داشته باشد. DSM مورد استفاده بالینگران و پژوهشگران زیادی با دیدگاه‌های مختلف (زیستی، روان‌پوشی، شناختی، رفتاری، بین‌فردی، خانواده/سیستم‌ها) است که همه آنها تلاش می‌کنند برای انتقال ویژگی‌های عمده بیمارانشان به یک زبان مشترک دست یابند. اطلاعات و یافته‌ها برای تمام متخصصانی که با جنبه‌های مختلف بهداشت روان سروکار دارند شامل: روان‌بالینگران، سایر بالینگران، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، مشاوران، متخصصان حقوقی و بالینگر قانونی، کاردرمانگران و متخصصان توانبخشی و سایر متخصصان بهداشت از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. ملاک‌های تشخیصی موجز و صریح هستند و هدف از ارائه آنها تسهیل ارزیابی عینی تظاهرات علائم در محیط‌های مختلف بالینی (بستری، سرپایی، بیمارستان روزانه، روان‌پزشکی رابط-مشاور، مطب‌های خصوصی، و مراقبت‌های اولیه) و نیز مطالعات همه‌گیرشناختی اختلالات روانی جمعیت عمومی است. در عین حال DSM-5 ابزاری است در جهت گردآوری و ارائه آمارهای صحیح

اهمیت زیادی دارد. به‌جای جداسازی تعاریف حملات مانیای هیپومانیا و افسردگی عمده از تعاریف اختلال دوقطبی I و اختلال دوقطبی II و اختلال افسردگی عمده همان‌گونه که در ویرایش قبلی انجام شده بود، ما تمام اجزاء تشخیصی هر اختلال را در ملاک‌های تشخیصی مرتبط گنجانده‌ایم. این رویکرد، تشخیص و درمان این اختلالات مهم را تسهیل می‌کند. همچنین نکات توضیحی بیشتری برای افتراق داغیدگی و اختلال افسردگی عمده نسبت به قبل ارائه شده است (قبلاً در ملاک‌های تشخیصی صرفاً رد کردن داغیدگی ساده تصریح شده بود). مشخصه‌های جدید ناراحتی اضطرابی، و ویژگی‌های مختلط نیز در حال حاضر به شکل کامل در هنگام توضیح تفاوت‌های مشخصه‌های همراه ملاک‌های تشخیصی این اختلالات شرح داده شده‌اند.

- **ساختاربندی جدید اختلالات مصرف مواد به منظور انسجام و شفافیت بیشتر:** گروه‌های تشخیصی سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد کنار گذاشته شده‌اند و به‌جای آنها طبقه جدید اختلالات مصرف مواد در نظر گرفته شده است و نام ماده خاص مصرفی در عنوان اختصاصی اختلال لحاظ شده است. "وابستگی" به‌راحتی با کلمه "اعتیاد" اشتباه گرفته می‌شود، چرا که تحمل و محرومیت که قبلاً به‌عنوان مشخصات وابستگی تلقی می‌شدند در مصرف بسیاری از داروهای که روی دستگاه اعصاب مرکزی اثر می‌گذارند دیده می‌شوند بدون اینکه الزاماً نشانگر وجود اعتیاد باشند. با بازنگری و ابهام‌زدایی از این ملاک‌ها در DSM-5، ما امیدواریم که برخی از سوءتفاهمات گسترده‌ای که در این زمینه وجود دارد برطرف گردد.
- **افزایش ویژگی اختلالات عمده و خفیف عصبی شناختی:** با توجه به پیشرفت‌های چشمگیر علوم اعصاب، عصب-روانشناسی و تصویربرداری مغزی در دو دهه گذشته، بیان روش‌های نوین تشخیص گروهی از اختلالات که قبلاً زوال ذهن (دمانس) یا بیماری‌های عضوی مغز نامیده می‌شد از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار بود. نشانگرهای زیستی یافت شده در تصویربرداری‌های مغزی بر روی اختلالات عروقی یا آسیب‌های ناشی از ضربه و یافته‌های اختصاصی ژنتیک مولکولی در انواع نادر بیماری آلزایمر و بیماری هانتینگتون،

عصبی شناختی) در فصول پایانی دستنامه آورده شده‌اند. همچنین در متن دستنامه، زیر عنوان سیر و بروز راجع به نحوه امکان تغییرات تظاهرات بیماری‌ها در طول عمر توضیحاتی ارائه شده است. عوامل تشخیصی وابسته به سن (مانند تظاهر علایم و تفاوت شیوع در گروه‌های سنی خاص) نیز در متن آورده شده است. برای تأکید بیشتر، این عوامل وابسته به سن در هر موردی که مناسبت داشته به ملاک‌های تشخیصی اضافه شده‌اند (برای مثال در گروه ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌خوابی و اختلال استرس پس از سانحه، ملاک‌های تشخیصی اختصاصی نحوه تظاهر این علایم در کودکان را توصیف می‌کند). به همین منوال مسائل فرهنگی و جنسیتی در موارد لزوم در اختلالات مربوطه آورده شده‌اند.

- **الحاق آخرین یافته‌های علمی تحقیقات ژنتیک و تصویربرداری عصبی:** ساختار فصول به‌گونه‌ای بازبینی شده است که آخرین نتایج تحقیقات علوم عصبی و پیوستگی ژنتیکی بین گروه‌های تشخیصی را دربرگیرد. عوامل خطر فیزیولوژیک و ژنتیکی و نشانگرهای پیش‌آگهی و برخی شاخص‌های تشخیصی مطرح در متن مورد تأکید قرار گرفته است. این ساختار جدید باید توانایی بالیگران را در تشخیص یک اختلال از بین طیف یک گروه تشخیصی که پایه مشترک در مدارهای عصبی، آسیب‌پذیری ژنتیک و عوامل آشکارساز محیطی دارند بالا ببرد.
- **ترکیب اختلال در خودماندگی، اختلال اسپرگر و اختلال نافذ رشد در طیف اختلال در خودماندگی (اوتیسم):** علایم این اختلالات معرف طیف واحدی از نقص خفیف تا شدید در دو مقوله ارتباطات اجتماعی و رفتارها و علایق محدود تکراری است و به نظر می‌رسد اختلالات مجزایی نیستند. هدف از این تغییر افزایش حساسیت و اختصاصی بودن ملاک‌های تشخیصی طیف اختلال در خودماندگی و شناسایی اهداف درمانی متمرکزتر برای این تخریب‌های شناسایی شده است.
- **تقسیم‌بندی سراسرتر و ساده‌تر اختلالات دوقطبی و افسردگی:** اختلالات افسردگی و دوقطبی شایع‌ترین اختلالات تشخیصی روان‌پزشکی هستند. لذا جمع و جور کردن تظاهرات این اختلالات هم از نظر بالینی و هم از نظر آموزشی

می‌کند. مقیاس‌های متقاطع و تشخیص شدت دیگری به‌صورت آن‌لاین (online) در دسترس است (www.psychiatry.org/dsm5) و با اختلالات مربوطه پیوند دارند. به‌علاوه مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی، مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی - نسخه مربوط به افراد مطلع و مقیاس‌های ضمیمه‌ای این مصاحبه صورت‌بندی (formulation) فرهنگی نیز در www.psychiatry.org/dsm5 در دسترس هستند.

این نوآوری‌ها زیر نظر صاحب‌نظران برجسته اختلالات روانی در جهان برنامه‌ریزی شده‌اند و با توجه به بازبینی تخصصی آنها، نظرات عمومی و نظرات مستقل هم‌تایان اجرا شده است. ۱۳ گروه کاری تحت سرپرستی هیئت اجرایی (task force) DSM-5، همراه سایر اعضای بازبینی و نهایتاً هیئت امنای APA (انجمن روان‌پزشکی آمریکا) همگی معرف تبحری جهانی در زمینه این رشته تخصصی هستند. این تلاش توسط گروه زیادی از رایزنان و کادر تخصصی شاخه تحقیقاتی APA حمایت شده است. ذکر نام تمام افرادی که در این کار بزرگ سهیم بوده‌اند، در اینجا امکان ندارد ولی فهرست آنها در ضمیمه کتاب آورده شده است. ما صمیمانه از کلیه کسانی که ساعات بی‌شماری را صرف اینکار کرده و تلاش نموده‌اند که تشخیص اختلالات روانی روند بهتری داشته باشد، تشکر می‌نماییم. ما قدردانی ویژه‌ای از هیئت رئیسه، تنظیم‌کننده‌های متن و اعضای هر ۱۳ گروه که اسامی آنها در ابتدای کتاب فهرست شده‌اند می‌نماییم، آنها طی ۶ سال گذشته ساعات زیادی را داوطلبانه صرف بهبود پایه و اساس علمی کار بالینی روان‌پزشکی نموده‌اند. دکتر سوزان. ک. شولتز، سر ویراستار کتاب، همراه دکتر امیلی، الف. کوهل نویسنده ارشد و دستیار ویراستار DSM-5 در جهت یکسان‌سازی و انسجام اقدامات کارگروه‌های مختلف تلاش زیادی به‌خرج داده‌اند. دکتر ویلیام، ای. نارو وظیفه راهبری گروه پژوهشی را به‌عهده داشت. این گروه راهبرد کلی پژوهش در DSM شامل کارآزمایی‌های میدانی را تدوین نمود که شواهد پایه این ویراست را تقویت کرد. به‌علاوه ما مدیون افرادی هستیم که در بازنگری مستقل طرح‌های پیشنهادی جدید این ویرایش زمان زیادی صرف کرده‌اند از جمله: دکتر کیت، اس. کیندلر و دکتر رابرت فریدمن، اعضای کمیته بازنگری علمی؛ دکتر جان، اس. مکین‌تایر و دکتر جوئل یاگر اعضای کمیته بهداشت عمومی و بالینی و دکتر گلن‌مارتین رئیس انجمن فرایند بازنگری APA. ما از دکتر هلنا، سی. گرامر برای مشاوره‌های آماری دقیق و عالی

سبب پیشرفت قابل ملاحظه در تشخیص بالینی این بیماری‌ها و تقسیم آنها به زیر‌گروه‌های اختصاصی شده است.

- **تغییر در مفهوم پردازی اختلالات شخصیت:** علیرغم اینکه در ویرایش‌های قبلی به مزایای رویکردی ابعادی و طیفی در مورد اختلالات شخصیت اشاره شده بود، اما انتقال از یک سامانه تشخیصی دسته‌بندی مجزای اختلالات به سامانه‌ای که بر مبنای توزیع نسبی صفات شخصیتی باشد مورد اقبال گسترده قرار نگرفت. لذا در DSM-5 این دسته‌بندی مجزای اختلالات شخصیت بدون تغییر باقی مانده است ولی یک مدل جایگزین ترکیبی نیز در بخش ۳ پیشنهاد شده است تا راهنمای تحقیقات آتی تفکیک ارزیابی‌های عملکرد بین فردی و تظاهرات صفات شخصیتی مرضی را در ۶ اختلال اختصاصی باشد. نیمرخ ابعادی و طیفی بروز صفات شخصیتی، در قالب رویکردی بر مبنای صفات شخصیتی نیز در نظر گرفته شده است.
- **بخش ۳: اختلالات و ویژگی‌های جدید:** یک بخش جدید (بخش ۳) افزوده شده است تا بر اختلالاتی تأکید شود که نیاز به مطالعه بیشتر دارند و هنوز به‌عنوان بخشی از تقسیم‌بندی رسمی اختلالات روانی در کار بالینی روزمره پذیرفته نشده‌اند. مقیاس‌های بُعدی و طیفی در مورد شدت علائم در ۱۳ حوزه علائم نیز افزوده شده است تا سنجش میزان علائم در همه گروه‌های تشخیصی فراهم شود. به همین منوال به‌جای مقیاس ارزیابی کلی کارکردی (GAF) که محدودیت‌هایی را دربرداشت، جدول ارزیابی ناتوانی سازمان بهداشت جهانی (WHODAS) ارائه شده که یک روش استاندارد ارزیابی کلی سطوح مختلف ناتوانی ناشی از اختلالات روانی بوده و بر اساس تقسیم‌بندی بین‌المللی کارکرد، ناتوانی و سلامت (ICF) طراحی شده است و در کل پزشکی کاربرد دارد. ما امیدواریم که به مرور زمان با به‌کارگیری بیشتر این مقیاس‌ها در هنگام ارزیابی‌های تشخیصی، توصیف بالینی تک تک علائم دیده شده و ناتوانی همراه آنها با دقت و انعطاف بیشتری همراه باشد.
- **امکانات آن‌لاین:** DSM-5 بر اطلاعات تکمیلی آن‌لاین تأکید

وی، دکتر مایکل، بی. فیرست برای کدگذاری و بازنگری ملاک‌های تشخیصی که بی‌نهایت ارزشمند بوده است و دکتر پُل، اسی اپل‌بوم برای بازخوردهای وی در مسائل قانونی صمیمانه تشکر می‌کنیم. ماریا، ان. وارد نیز کمک زیادی در رسیدگی به کلیه کدهای ICD نموده‌اند. هیئت رئیسه شامل اعضای زیر: رؤسای تمام گروه‌های بازنگری، اعضای هیئت اجرایی (task force) و مسئولان اجرایی APA و به ریاست دکتر فیلیپ وی ژسته وظیفه هدایت و جمع‌بندی نظرات و تأیید مطالب را به‌عهده داشته است. این میزان تعهد سبب ایجاد عینیت و توازی شده است که به‌نظر ما شاخص DSM-5 محسوب می‌شود.

ما قدردان اعضای شاخه پژوهشی APA هستیم که اسامی آنها در فهرست هیئت اجرایی و کار گروه‌ها ذکر شده در ابتدای کتاب موجود است، کسانی که در تعامل با هیئت اجرایی، گروه‌های کاری، مشاوران و گروه بازنگری به شکل خستگی‌ناپذیر فعالیت نموده تا به‌عنوان رابط بین این گروه‌ها مشکلات را برطرف کرده، مدیریت و هدایت کارآزمایی‌های آکادمیک و معمول بالینی را به‌عهده داشته‌اند و تمام تصمیمات اتخاذ شده در این فرایند مهم را ثبت کرده‌اند. ما به‌ویژه

خود را مدیون حمایت‌ها و راهنمایی‌های دکتر جیمز، اچ. اسکولن، جی. آر. مدیر پزشکی و دبیر کل اجرایی انجمن روان‌پزشکان آمریکا (APA) می‌دانیم که در طی این سال‌ها مشقت فرایند این کار عظیم را برای ما کم کرده است. در آخر ما از همکاران ویراستاری و تولید انتشارات روان‌پزشکان آمریکا، به‌خصوص ربکا رینه هارت، ناشر؛ جان مک دافی، سرویرستار؛ آن اینگ، دستیار ویراستار؛ گریک گُنی، مدیریت ویراستار؛ و تایی کوردووا، مدیر طراحی گرافیک به‌خاطر راهنمایی‌هایشان در گردآوری همه مطالب و آماده‌سازی محصول نهایی تشکر می‌نماییم. این کتاب محصول تلاش افراد برجسته زیادی است که وقت، تبحر و علاقه خود را وقف تهیه DSM کردند.

دکتر دیوید، جی. کوپفر

ریاست هیئت اجرایی DSM-5

دکتر دارل، آر. رژیِر M. P. H.

نایب رئیس هیئت اجرایی DSM-5

۱۹ دسامبر ۲۰۱۲

بخش ۱

اصول DSM-5

۴۵	مقدمه
۵۹	چگونگی استفاده از دستنامه
۶۵	ملاحظات احتیاطی مربوط به استفاده DSM در موارد پزشکی قانونی

این بخش ما را با اهداف، ساختار، محتوا و موارد استفاده DSM-5 آشنا می‌سازد. البته هدف این نبوده که با توضیحات بیش از اندازه در مورد چگونگی آماده شدن DSM-5 خواننده را خسته نماید، بلکه بیشتر چکیده‌ای از عناصر پایه‌ای را ارائه می‌دهد. بخش مقدماتی توصیف‌کننده فرایندهای بازنگری عمومی، تخصصی و گروه خبرگان است که به شکل گسترده‌ای در ارزشیابی ملاک‌های تشخیصی ذکر شده در بخش ۲ به کار گرفته شده‌اند. خلاصه‌ای از ساختار DSM-5، هماهنگ‌سازی با ICD-11 و گذار به یک سامانه غیرمحوری با رویکردی جدید برای ارزیابی کم‌توانی نیز ارائه شده است. «بخش نحوه استفاده از دستنامه» شامل موارد زیر است: تعریف اختلال روانی، ملاحظات قانونی و مرور مختصر فرایند تشخیصی و نحوه استفاده از کدها و روند ثبت.

مقدمه

پژوهشی بالینی که در این حوزه انجام شده تکامل پیدا کند. یک جنبه مهم این روند گذرا، توجه فراگیر به این حقیقت است که سامانه طبقه‌بندی غیرقابل انعطاف، تجارب بالینی و مشاهدات علمی مهم را پوشش نمی‌دهد. نتایج مطالعات زیادی که در مورد هم‌ابتلائی و انتقال بیماری‌ها در خانواده‌ها صورت گرفته است مانند مطالعات دوقلوها و ژنتیک مولکولی، بحث‌های زیادی را در مورد آنچه بسیاری از بالینگران هوشمند و دقیق از مدت‌ها قبل مشاهده کرده بودند به‌وجود آورده است: مرزبندی بین بسیاری از طبقات اختلالات در طول عمر بسیار سیال‌تر از آن چیزی است که در DSM-IV ذکر شده است و بسیاری از علایمی که به یک اختلال اختصاص داده شده می‌تواند با شدت‌های متفاوتی در بسیاری از اختلالات دیگر نیز بروز نماید. این یافته‌ها به معنای آن است که DSM مانند سایر طبقه‌بندی‌های بیماری‌های طبی باید شیوه‌هایی برای ارائه رویکردهای طیفی و بُعدی نسبت به اختلالات روانی ارائه نماید (شامل ابعادی که در بین طبقات اختلالات مشترک بوده و مرزهای این طبقات را درنوردند). چنین رویکردی باید اجازه توصیف دقیق‌تر علایم بیماران را به ما بدهد و اعتبار تشخیصی را بالا ببرد (منظور از اعتبار تشخیصی این است که ملاک‌های تشخیص مورد نظر تا چه حد بازتاب آسیب روانی زیربنای اختلال است). DSM-5 به‌گونه‌ای طراحی شده است که بتواند نیاز بالینگران، بیماران، خانواده‌ها و پژوهشگران را برای توصیف دقیق هر اختلال روانی توسط ملاک‌های تشخیصی صریح، متمم‌ها، و در موارد لزوم با کمک معیارهای ابعادی و طیفی متقاطع (که مرزهای تشخیصی را در می‌نوردند) و چکیده‌ای از اطلاعات مربوط به تشخیص، عوامل خطر، ویژگی‌های همراه، پیشرفت‌های پژوهشی و تظاهرات مختلف اختلال برآورده سازد.

استفاده از DSM برای تعیین تشخیص مستلزم آموزش بالینی و تجربه کاری است. ملاک‌های تشخیصی شامل شناسایی علایم، رفتارها، اعمال شناختی، صفات شخصیتی، نشانه‌های جسمی، ترکیب‌های مختلف سندرم و مدت بیماری هستند که افتراق آنها از نوسانات زندگی طبیعی و پاسخ‌های موقتی به استرس‌ها نیازمند تبحر بالینی است. برای تسهیل معاینه دقیق طیف علایم موجود، DSM

پدیدآوردن ویرایش پنجم دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) کار عظیمی بود که صدها نفر را با هدفی مشترک در طی دوره‌ای ۱۲ ساله به خود مشغول کرد. در ارزیابی ملاک‌های تشخیصی، توجه به ساماندهی همه جوانب دستنامه و پدید آوردن ویژگی‌های جدیدی با بیشترین فایده برای بالینگران اندیشه و تعمق زیادی صرف شد. هدف تمام این تلاش‌ها افزایش سودمندی بالینی DSM-5 به‌عنوان راهنمایی برای تشخیص اختلالات روانی بوده است.

تشخیص موثق از ضروریات توصیه‌های درمانی صحیح، معین نمودن شیوع اختلالات روانی برای برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی، یافتن گروه‌های بیماران به منظور تحقیقات بالینی و پایه‌ای، و مستند ساختن اطلاعات مهم بهداشت عمومی (مانند میزان مرگ و میر و ازکارافتادگی) محسوب می‌شود. به موازات تکامل دانش ما از اختلالات روانی و درمان آنها، دانشمندان و متخصصین پزشکی و بالینی تمرکز بیشتری روی مشخصات هر اختلال خاص و تأثیر آنها بر درمان و پژوهش نموده‌اند.

در عین حال که DSM پایه و اساس پیشرفت چشمگیر پایایی تشخیص در روان‌پزشکی بوده است، هم انجمن روان‌پزشکان آمریکا (APA) و هم اعضای هیئت علمی که در زمینه اختلالات روانی کار می‌کنند می‌دانند که دانش فعلی ما به آن اندازه رشد نکرده که به تشخیص‌های کاملاً معتبر بینجامد، یعنی برای هر اختلال در DSM ملاک‌های معتبر علمی، عینی، قوی و پایداری وجود نداشته است. دانش اختلالات روانی در حال تکامل روزافزون است. در دو دهه گذشته پس از انتشار DSM-IV، پیشرفت‌های ارزشمندی در زمینه‌هایی مانند علوم عصبی شناختی، تصویربرداری مغزی، همه‌گیرشناسی و ژنتیک به وقوع پیوسته است. هیئت اجرایی ناظر ویرایش جدید DSM-5 می‌دانستند: در صورتی که DSM بخواهد در آینده جایگاه خود را به‌عنوان تقسیم‌بندی استاندارد اختلالات روانی حفظ نماید، باید در بازنگری خود تغییرات پیوسته این پیشرفت‌های پژوهشی را با دقت لحاظ کند. یافتن تعادل صحیح اهمیت حیاتی دارد. نتایج فرضی و احتمالی جایی در یک تقسیم‌بندی رسمی بیماری‌ها ندارند ولی در عین حال DSM باید از بستر ابتکارات

شد) در جهت ارائه راهنمایی تشخیصی منتشر شده است که بتواند به تصمیمات درمانی و مدیریت بیماری کمک کند.

روند تجدیدنظر DSM-5

در سال ۱۹۹۹ انجمن روان‌پزشکان آمریکا نقاط قوت و ضعف DSM را مورد بررسی قرار دارد زیرا پژوهش‌های جدید مرزبندی‌های تثبیت شده برخی اختلالات روانی را تأیید نمی‌کرد. این بررسی‌ها با هماهنگی سازمان بهداشت جهانی (WHO) (شاخه بهداشت روان)، انجمن جهانی روان‌پزشکان و مؤسسه ملی بهداشت روان (NIMH) در طی چند گردهمایی انجام گرفت و صورت‌جلسات این جلسات در تک نگاره‌ای با عنوان دستورالعمل پژوهشی برای DSM-V در سال ۲۰۰۲ منتشر گردید. پس از آن، از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸ طی موافقت‌نامه همکاری با انجمن روان‌بالینگران آمریکا و سازمان بهداشت جهانی تحت حمایت مؤسسه ملی بهداشت روان (NIMH)، مؤسسه ملی سوءمصرف دارو (NIDA) و مؤسسه ملی سوءمصرف الکل و الکلیسم (NIAAA)، سیزده گردهم‌آیی پژوهشی بین‌المللی برنامه‌ریزی DSM-5 با شرکت ۴۰۰ نفر از ۳۹ کشور، جهت مرور مقالات جهانی حوزه‌های تخصصی تشخیصی که زمینه آماده‌سازی DSM-5 و ICD-11 (طبقه‌بندی جهانی بیماری‌ها و ویرایش یازدهم) را فراهم کردند، برگزار گردید. گزارشاتی که از این گردهم‌آیی‌ها به دست آمد، اساس و مبنای کار هیئت اجرایی DSM-5 در جهت آماده‌سازی مراحل بعد انتشار DSM-5 شد.

در سال ۲۰۰۶، انجمن روان‌پزشکان آمریکا دیوید جی کوپفر را به‌عنوان رئیس و دکتر دارل، آ. رجیر را به‌عنوان نایب رئیس هیئت اجرایی DSM-5 انتخاب کردند. مسئولیت تعیین رؤسای سیزده کارگروه و اعضای دیگر هیئت اجرایی مشتمل بر افرادی با تخصص‌های مختلف برای نظارت بر تدوین DSM-5 بر عهده این افراد قرار گرفت. هیئت امنای انجمن روان‌پزشکان آمریکا برای معین شدن منابع درآمدی و پیشگیری از تعارض منافع در هیئت اجرایی و اعضای کارگروه‌ها یک فرآیند بازرسی جداگانه‌ای را در نظر گرفت. افزایش کلیه درآمدها و بودجه‌های اعطایی پژوهشی حاصله از منابع تجاری، شامل کارخانجات دارویی در سه سال گذشته و وضع محدودیت برای درآمدهای حاصله از تمام منابع تجاری و انتشار این اطلاعات در یک تارنما (web site) استاندارد جدیدی را در این زمینه

می‌تواند به‌عنوان یک راهنما، بالینگران را در شناسایی بارزترین علایمی که باید برای تشخیص یک اختلال مورد ارزیابی قرار گیرند کمک نماید. هرچند برخی از اختلالات روانی مرزهای معینی حول خوشه‌ای از علایم دارند، شواهد علمی موجود در مورد بسیاری از اختلالات، اگر نگوئیم تقریباً همه، نشانگر قرارگیری آنها بر طیفی از اختلالات نزدیک به هم هستند که علایم مشترک، عوامل خطر محیطی و ژنتیکی مشترک و احتمالاً بن‌مایه‌های عصبی مشترکی دارند (این نکته شاید بیش از همه با توجه به تصویربرداری و مدل‌های حیوانی در مورد اختلالات اضطرابی به اثبات رسیده است). در مجموع به‌نظر می‌رسد که اختلالات روانی بیش از آنچه در گذشته تصور می‌شد با یکدیگر تداخل و اشتراک دارند.

بسیاری گروه‌های آموزشی و متخصصان بهداشتی، از جمله بالینگران، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، مشاوران، همه‌گیرشناسان، متخصصان آمار، متخصصان علوم اعصاب و روانشناسی عصبی در تدوین و آزمون DSM-5 دخالت داشتند. نکته آخر اینکه بیماران، خویشاوندان آنها، وکلا، سازمان‌های مصرف‌کننده و گروه‌های حقوق بیماران نیز با ارائه بازخورد در مورد اختلالات روانی توصیف شده در این ویراست در تجدید نظر DSM-5 نقش داشته‌اند. نظارت گروه‌های فوق بر توصیفات و توضیحات متون اهمیت زیادی در بهبود درک، کاهش انگ بیماری، پیشرفت درمان و بهبودی قطعی این اختلالات دارد.

تاریخچه مختصر

در سال ۱۸۴۴، انجمن روان‌پزشکان آمریکا تقسیم‌بندی از بیماران روانی مستقر در مراکز نگهداری را چاپ کرد که سلف DSM محسوب می‌شود. این تقسیم‌بندی برای ارتقاء ارتباط درمانگران در مورد این نوع بیماران طراحی شد. همچنین این پیش‌قراول DSM به‌عنوان یکی از اجزاء سرشماری در تمام آمریکا مورد استفاده قرار گرفت. پس از جنگ جهانی دوم DSM طی چهار ویرایش اصلی خود، به یک سامانه تقسیم‌بندی تشخیصی معتبر برای روان‌پزشکان بالینگران سایر رشته‌ها و سایر متخصصان بهداشت روان تبدیل شد که ویژگی‌های اصلی گستره کامل اختلالات روانی را پوشش می‌داد. ویرایش حاضر، DSM-5، در تداوم اهداف ویرایش‌های قبلی خود (آخرین آنها DSM-IV-TR یا بازبینی متن که در سال ۲۰۰۰ چاپ

با بررسی اولیه مقالات موجود، کارگروه‌ها نکات کلیدی حوزه تشخیصی خود را پیدا کردند. به علاوه کارگروه‌ها ملاحظات روش شناختی گسترده‌تری مانند وجود یافته‌های متضاد بین مقالات، تعاریف دقیق‌تر اختلالات روانی، مسائل مشترک مربوط به تمام اختلالات و بازنگری گروهی از اختلالات که در DSM-IV به گروه "نامعین" (NOS) معروف است را مدنظر قرار دادند. در بخش ۲ برای اینکه یک طرح پیشنهادی مشمول موارد بازنگری قرار گیرد ملاحظاتی مانند فواید و مضرات آن برای بهداشت عمومی و کاربرد بالینی، قوت شواهد موجود و میزان تغییر لازم را در نظر گرفتند. در مورد تشخیص‌ها، زیرنوع‌های اختلالات و مشخصه‌های جدید شروط اضافه‌تری را در نظر گرفتند مانند معین نمودن میزان پایایی (reliability) (یعنی: چقدر ممکن است دو بالینگر مستقل از یکدیگر در مورد یک بیمار واحد به یک تشخیصی یکسان برسند). اختلالاتی که کاربرد بالینی کمی داشته و از اعتبار بالایی برخوردار نبودند برای حذف در نظر گرفته شدند. بخش ۳ "اختلالاتی برای مطالعات بیشتر" به میزان شواهد تجربی در مورد تشخیص مورد نظر، میزان اعتبار و پایایی تشخیصی، وجود نیاز بالینی بارز و فواید محتمل آن در پژوهش‌های آتی موکول شد.

کارآزمایی‌های میدانی DSM-5

استفاده از کارآزمایی‌های میدانی (field) برای اثبات تجربی پایایی، پیشرفت شایان توجهی بود که در DSM-III اعمال شد. روش طراحی و اجرای کارآزمایی‌های میدانی DSM-5 نشانگر چندین تغییر نسبت به رویکردی است که در DSM-III و DSM-IV به کار می‌رفته است. این نکته به خصوص در کسب یافته‌های مربوط به دقت تخمین پایایی کاپا (یک مقیاس آماری که میزان توافق بین ارزیاب‌ها را می‌سنجد و سبب تصحیح احتمال توافق تصادفی در مورد میزان شیوع‌ها می‌شود) در موقعیت‌های بالینی که با هم‌ابتلائی تشخیصی بالایی همراه‌اند اهمیت می‌یابد. در DSM-5 کارآزمایی‌های میدانی به دو شکل کاملاً متفاوت طراحی شدند. یکی در مراکز دانشگاهی پزشکی بزرگ مختلف و دیگری در کار روزمره بالینی. نوع اول برای آزمون پایایی و کارکرد بالینی تشخیص‌های متفاوت در گروه‌های مختلف بیماران که نیاز به حجم نمونه بزرگی داشت در مراکز دانشگاهی برگزار شد. نوع دوم اطلاعات ارزشمندی در مورد نحوه

به وجود آورد. سپس در سال ۲۰۰۷، بیست و هشت عضو هیئت اجرایی تعیین و در سال ۲۰۰۸ اعضای کارگروه‌ها که بیش از صد و سی نفر بودند منصوب شدند. بیش از ۴۰۰ نفر دیگر به عنوان مشاوران کارگروه‌ها (بدون حق رأی) نیز در این روند همکاری داشته‌اند. دستیابی به مفهوم روشی از مرحله تکاملی بعدی برای تقسیم‌بندی اختلالات روانی، محور اقدامات هیئت اجرایی و کارگروه‌ها بود. این دیدگاه با توجه به بازخوانی نقاط قوت و ضعف DSM-IV و بررسی تاریخچه آن توسط هیئت اجرایی و کارگروه‌ها به وجود آمد. روند کاری فشرده ۶ ساله شامل مطالعه و مرور مقالات و تجزیه و تحلیل ثانویه آنها، انتشار گزارشات پژوهشی در مجلات علمی، تدوین پیش‌نویس ملاک‌های تشخیصی، انتشار این پیش‌نویس‌ها در تارنمای DSM-5 برای نظردهی عمومی، ارائه یافته‌های مقدماتی در جلسات تخصصی، برگزاری کارآزمایی‌های میدانی و بازنگری ملاک‌ها و متن‌ها بوده است.

طرح‌های پیشنهادی برای بازنگری

طرح‌های پیشنهادی بازنگری ملاک‌های تشخیصی در DSM-5 توسط اعضای کارگروه‌ها بر اساس منطق، امکان تغییر، تأثیرات مورد انتظار بر تدابیر بالینی و بهداشت عمومی، قوت شواهد پژوهشی تأیید کننده، شفافیت کلی و کاربرد بالینی ارائه شده است. این پیشنهادات عبارت بودند از تغییر ملاک‌های تشخیصی، اضافه شدن اختلالات جدید، زیرنوع‌ها و مشخصه‌ها و حذف اختلالات موجود. در طرح‌های پیشنهادی بازنگری در وهله اول نقاط قوت و ضعف ملاک‌های تشخیصی و طبقه‌بندی موجود در نظر گرفته شد. یافته‌های جدید علمی دو دهه گذشته مدنظر قرار گرفت و بر مبنای مرور مقالات و تجزیه و تحلیل مجدد آنها، طرح‌های پژوهشی جدیدی پی‌ریزی شد. در تهیه پیش‌نویس بازنگری‌ها چهار اصل مدنظر بود: (۱) DSM-5 در وهله نخست دستنامه‌ای است که باید توسط بالینگران به کار گرفته شود لذا بازنگری‌ها باید در کار بالینی روزمره قابل اجرا باشند. (۲) توصیه‌های ارائه شده برای بازنگری باید مستند به شواهد پژوهشی باشد. (۳) در صورت امکان پیوستگی با ویراست‌های قبلی DSM حفظ شود (۴) هیچ پیش‌شرطی نباید برای میزان تفاوت بین DSM-IV و DSM-5 تحمیل گردد.

اجرای تجدیدنظرهای پیشنهادی توسط کاربران مختلف DSM در کار بالینی روزمره به ما ارائه می‌داد. پیش‌بینی می‌شود که مطالعات پژوهشی بالینی و پایه‌آتی بر اعتبار ملاک‌های تشخیصی طبقه‌ای بازنگری شده و مشخصه‌های ابعادی زمینه‌ای این اختلالات (شامل آنهایی که در حال حاضر توسط طرح شاخه پژوهشی ملاک‌های NIMH در حال بررسی هستند) متمرکز خواهد شد.

کارآزمایی‌های میدانی دانشگاهی - طبی در یازده مرکز پزشکی دانشگاهی آمریکای شمالی برگزار شد و پایایی، امکان‌پذیری و کاربرد بالینی بازنگری‌های انتخابی مورد ارزیابی قرار گرفت. اولویت با تغییراتی بود که نسبت به DSM-IV بیشترین تغییرات را داشتند یا بالقوه بیشترین تأثیر را روی بهداشت عمومی می‌گذاشتند. تمام گروه‌های بیماران بالینی که به هر مرکز مراجعه می‌کردند از نظر تشخیصی‌های DSM-IV و یا علایم اعتبار بخش (qualifying) که احتمالاً می‌توانستند چند اختلال خاص مورد نظر DSM-5 را پیش‌بینی کنند غربالگری شدند. نمونه‌های طبقه‌بندی شده ۴ تا ۷ اختلال خاص به اضافه یک گروه دیگر که شامل نمونه‌های معرف تمام تشخیص‌های دیگر بودند در هر مرکز شناسایی شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه از بیماران، جهت مصاحبه بالینی به صورت تصادفی به بالینگرانی که از تشخیص بیماری آنان آگاه نبودند ارجاع داده شدند، مصاحبه دومی نیز توسط بالینگر دیگری که از تشخیص مصاحبه اول آگاه نبود انجام شد. قبل از این مصاحبه‌ها بیماران یک پرسشنامه رایانه‌ای علایم متقاطع (cross-cutting) بیش از دوازده حوزه روان‌شناختی را تکمیل نمودند. این پرسشنامه‌ها توسط یک کارساز مرکزی نمره‌گذاری می‌شد و نتایج آن قبل از اتمام مصاحبه بالینی معمول در اختیار بالینگران قرار می‌گرفت (بدون هیچگونه دستورالعمل ساختار یافته‌ای). بالینگران ملزم بودند که با یک فهرست تشخیصی (checklist) رایانه‌ای DSM-5 وجود علایم اعتباربخش را نمره‌گذاری کرده، تشخیص را تعیین کرده، شدت تشخیص را نمره‌گذاری کنند و تمام داده‌ها را به سرور (server) مرکزی تارنمای مربوطه منتقل کنند. این شکل تحقیق اجازه مقایسه توافقی تشخیصی دو بالینگر مستقل در مورد یک بیمار خاص (با استفاده از معیار آماری کاپا درون‌رده‌ای) و میزان توافق یک بیمار خاص یا دو بالینگر متفاوت در دو درجه‌بندی مجزای علایم هم‌پوشان، صفات شخصیتی، کم‌توانی و مقیاس‌های شدت تشخیص (با استفاده از ضریب

همبستگی درون‌رده‌ای) را همراه با اطلاعات مربوط به دقت این تخمین‌های پایایی را به ما می‌داد. با این روش در عین حال ارزیابی میزان شیوع اختلالات DSM-IV و DSM-5 در گروه‌های بالینی مربوطه نیز امکان‌پذیر می‌شد.

کارآزمایی‌های میدانی کار بالینی روزمره با کمک روان‌پزشکان و سایر بالینگران بهداشت روان انجام شد. یک گروه داوطلب شامل روان‌پزشکان عمومی و تخصصی، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی بالینی مجاز، مشاوران، درمانگران ازدواج و خانواده درمانگران و پرستاران بهداشت روان متبحر در روان‌پزشکی به کار گرفته شد. کارآزمایی‌های میدانی سبب شد تشخیص‌های DSM-5 و مقیاس‌های ابعادی به طیف گسترده‌ای از بالینگران ارائه شده و عملی بودن و سودمندی بالینی آنها ارزیابی شود.

بازبینی‌های عمومی و تخصصی

در سال ۲۰۱۰، انجمن روان‌پزشکان آمریکا تارنمایی راه‌اندازی کرد که دریافت نظرات عمومی و تخصصی در مورد DSM-5 را تسهیل می‌کرد. تمام پیش‌نویس ملاک‌های تشخیصی و پیشنهادات تغییرات پیشنهادی در نظام DSM به مدت ۲ ماه در www.dsm5.org گذاشته شد. بیش از ۸۰۰۰ بازخورد ارائه شد که همگی به صورت منظم توسط هر یک از ۱۳ گروه کاری بررسی شد و اعضای گروه‌ها در صورت لزوم سؤالات و نکات ارائه شده را در مباحثات پیش‌نویس بازنگری‌ها طراحان کارآزمایی‌های میدانی لحاظ کردند. پس از بازنگری، پیش‌نویس ملاک‌ها و تغییرات نظام فصول DSM، در تارنمای فوق در سال ۲۰۱۱ به نمایش عمومی گذاشته شد. کارگروه‌ها هنگام نگارش ملاک‌های نهایی پیشنهادی، بازخوردهای ارسال شده برای تارنمای مزبور و نتایج کارآزمایی‌های میدانی DSM-5 را مدنظر قرار دادند و آخرین بار این ملاک‌ها در سال ۲۰۱۲ در تارنمای فوق قرار داده شد. این سه بار بازبینی بیرونی در مجموع بیش از ۱۳۰۰۰ پیشنهاد و بازخورد اینترنتی در اختیار کارگروه‌ها قرار داد که مورد بررسی قرار گرفتند، به علاوه هزاران نامه رسمی امضا شده بر له یا علیه بازنگری‌های پیشنهادی دریافت شد و همگی اینها به هیئت اجرایی این امکان را داد که بتوانند فعالانه نگرانی‌های کاربران DSM، بیماران و گروه‌های هوادار حقوق بیماران را مورد توجه قرار دهند و مطمئن شوند که سودمندی بالینی مقدم بر همه چیز باشد.

که کاستی‌های شناخته شده‌ای داشتند و برای این نقائص در روند بازنگری‌های قبلی DSM نه راهکاری پیشنهاد شده بود و نه موضوع پژوهش‌های تکرار شونده قرار گرفته بودند. این اختلالات منتخب توسط چهار یا پنج نفر خارج از این کمیته، به شکل مستقل مورد بازبینی قرار گرفته و نتایج کور همه آنها توسط اعضای CPHC بررسی شده و توصیه‌های حاصل این بررسی‌ها به هیئت امنای انجمن روان‌پزشکان آمریکا و کارگروه‌ها ارسال می‌شد.

بازبینی مسائل قانونی به‌عهده اعضای شورای روان‌پزشکی و قانون انجمن روان‌پزشکان آمریکا بود، اختلالاتی که بیشتر در محیط‌های حقوقی و دادگاهی مطرح می‌شد و می‌توانستند در صدور احکام جنایی و مدنی در دادگاه‌ها تأثیرگذار باشند. به‌علاوه کار گروه‌ها در موارد لازم جهت پیگیری دقیق‌تر نکات ارسالی شورای روان‌پزشکی و قانون فوق از افراد خبره در مسائل قانونی به‌عنوان مشاور استفاده می‌کردند.

خود کارگروه‌ها موظف بودند که بازبینی کامل در مورد حوزه تشخیصی واگذار شده به آنها شامل ملاک‌های تشخیصی قدیمی، بازنگری شده و جدید را طی فرایند ۶ ساله بازبینی فشرده انجام دهند تا نقاط قوت و ضعف هر تصمیم درباره تغییرات کوچک تکراری یا تغییرات مفهومی عمده را بررسی نموده و تغییرات عینی اجتناب‌ناپذیری که در مفاهیم تشخیصی پایداری که چند دهه تداوم داشته، رخ می‌دهد را بررسی نمایند. این تغییرات شامل ادغام چند تشخیص مجزا در یک طیف با ابعاد گسترده‌تر بود، مانند آنچه در طیف اختلال درخودماندگی، اختلالات مصرف مواد، کژکاری‌های جنسی، و اختلال علایم جسمی و اختلالات مرتبط دیده می‌شد. سایر تغییرات شامل اصلاح کاستی‌هایی بود که در گذر زمان در انتخاب ملاک‌های عملیاتی برخی از اختلالات روانی مشاهده می‌شد. این‌گونه تغییرات چالش‌های خاصی را به روندهای بازنگری کمیته‌های SRC و CPHC تحمیل کرد زیرا این روندها به منظور ارزیابی اعتبار تشخیص‌های DSM-IV طراحی نشده بودند. با این اوصاف، هیئت اجرایی DSM-5، که اصلاحات پیشنهادی را بازبینی کرده بود و همزمان با کار گروه‌ها مسئولیت بازبینی توصیفات ارائه شده برای هر اختلال را نیز به‌عهده داشت، تنها مرجعی بود که می‌توانست تصمیم صحیحی در مورد علمی بودن چنین اصلاحاتی بگیرد. به‌علاوه بسیاری از این تغییرات عمده موضوع آزمون کارآزمایی‌های میدانی

بازبینی خبرگان

اعضای گروه‌های ۱۳ گانه همگی در رشته کاری خود خبره و برگزیده بوده و در نگارش ملاک‌های تشخیصی و متون مربوطه تحت نظارت کلی هیئت اجرایی از همکاری مشاوران و داوران بهره جستند. این روند با پشتیبانی اعضای شاخه پژوهشی انجمن روان‌پزشکان آمریکا انجام می‌شد و شبکه‌ای متشکل از اعضای منتخب همه گروه‌ها وظیفه یکسان‌سازی متون را به‌عهده داشتند. آماده‌سازی متون با هماهنگی و براساس مسئولی که همکاری نزدیکی با کار گروه‌ها داشت و تحت هدایت رؤسای هیئت اجرایی انجام می‌شد. کمیته بازبینی علمی (SRC) برای مهیاسازی بستر روند بازبینی علمی همتایان تشکیل شد که خارج از کارگروه‌ها انجام می‌شد. ریاست، نایب رئیس و شش عضو کمیته SRC مسئول بررسی این نکته بودند که تا چه‌اندازه شواهد علمی تغییرات پیشنهادی در DSM-IV را تأیید می‌کنند. لازمه هر پیشنهاد و بازنگری تشخیصی، نامه درخواست کارگروه بود که شواهد علمی حامی آن را به پیوست همراه داشت. همچنین خلاصه‌ای از یافته‌های مثبت عوامل اعتباربخشی برای ملاک تشخیصی پیشنهادی نیز همراه نامه درخواست بود (یعنی عوامل اعتباربخش پیشایند مانند تجمع خانوادگی، عوامل اعتباربخشی فعلی نظیر نشانگرهای زیستی، و عوامل اعتباربخشی آینده‌نگر مانند پاسخ به درمان یا سیر بیماری). درخواست‌های واصله توسط کمیته بازبینی علمی (SRC) مورد بررسی قرار می‌گرفت و با توجه به میزان یافته‌های علمی مؤید، آنها را نمره‌دهی می‌کردند. سایر تعدیل‌های لازم برای تغییر، مانند آنهایی که از تجارب بالینی یا نیاز بالینی یا بازسازی مفهومی طبقات تشخیصی احساس می‌شد، معمولاً خارج از وظایف SRC در نظر گرفته می‌شد. نمرات بازبین‌ها که در مورد پیشنهاد‌های مختلف تفاوت‌های چشمگیری داشتند و خلاصه نظرات همراه جهت ملاحظه و اخذ دستورات لازم به هیئت امنای انجمن روان‌پزشکان آمریکا ارسال می‌شد.

کمیته بهداشت عمومی و بالینی (CPHC) متشکل از رئیس، نایب رئیس و شش عضو اصلی وظیفه جمع‌آوری مدارک اضافه‌تر سودمندی بالینی، ملاحظات بهداشت عمومی و دلایل منطقی تغییر ملاک‌هایی را به‌عهده داشت که تا آن لحظه از دید کمیته SRC جهت تغییر آن ملاک کافی به‌نظر نمی‌رسید. این روند بازنگری به‌خصوص در مورد آن دسته از اختلالات DSM-IV اهمیت داشت

بود، هر چند به دلیل محدودیت زمانی و منابع در دسترس آزمودن جامع تمام اصلاحات پیشنهادی امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد نهایی هیئت اجرایی به هیئت امنای انجمن روان‌پزشکان آمریکا و کمیته تلفیق DSM-5 انجمن روان‌پزشکان آمریکا فرستاده می‌شد تا برخی کاربردهای بالینی و عملی بودن ویژگی‌های اصلاحات پیشنهادی را مورد بررسی قرار دهند. کمیته تلفیق انجمن روان‌پزشکان آمریکا بخشی از بدنه اصلی آن است که از شاخه‌های مجزا و اعضای بی‌شمار انجمن، متشکل از روان‌پزشکان سرتاسر آمریکا با تجارب بالینی، علایق کاری و نواحی جغرافیایی مختلف به وجود آمده است. کمیته DSM-5 کمیته‌ای است که گروه متنوعی از رهبران تلفیق شامل می‌شود.

به دنبال تمام مراحل بازمینی ذکر شده، جهت تحکیم اطلاعات ارائه شده از سوی رؤسای کمیته بازمینی و تلفیق، رؤسای هیئت اجرایی، یک نفر مشاور حقوقی و یک مشاور آماری و بازمینی مقدماتی هر اختلال جلسه‌ای "کمیته سران" با شرکت کمیته تلفیق و هیئت امنای انجمن روان‌پزشکان آمریکا تشکیل می‌شد. این کار مقدمه‌ای برای بازمینی بعدی همه اعضای هیئت امنای بود. رأی‌گیری مجمع در نوامبر ۲۰۱۲ انجام شد و اعلام نمود که اعضای آن انتشار DSM-5 را تصویب کرده‌اند و سپس هیئت امنای APA انتشار آن را در دسامبر ۲۰۱۲ تأیید نمود. فهرست خبرگان، داوران و مشاوران زیادی که در این فرایند مشارکت داشتند در ضمیمه کتاب موجود است.

ساختار تشکیلاتی (Organization)

تعاریف تک تک اختلالات که شامل مجموعه‌ای عملیاتی از ملاک‌های تشخیصی هستند هسته مرکزی اهداف بالینی و پژوهشی DSM-5 را تشکیل می‌دهند. این ملاک‌ها (البته به درجات متفاوت) مورد بازمینی‌های علمی قرار گرفته‌اند و بسیاری از اختلالات جهت بررسی پایایی بین ارزیابان تحت آزمون‌های میدانی قرار گرفته‌اند. در مقابل، تقسیم‌بندی اختلالات روانی (روشی که در آن اختلالات دسته‌بندی می‌شوند که سازماندهی سطح بالایی برای دستنامه فراهم می‌کند) عموماً از نظر علمی مهم تلقی نشده است، هرچند در DSM-III باید همان موقع که آنها را به فصول مختلف دسته‌بندی می‌کردند دقت نظر زیادی مبذول می‌داشتند.

DSM یک تقسیم‌بندی طبی اختلالات است و به عنوان یک طرح‌واره شناختی تاریخی عمل می‌کند که به اطلاعات علمی و بالینی اضافه شده تا جامعیت و سودمندی آنها را افزایش دهد. جای تعجبی نیست همان‌طور که علوم پایه بنیان‌گذار DSM-III به پنجاه سالگی رسیده‌اند، چالش‌هایی برای بالینگران و پژوهشگران در باب ساختار DSM و نه در توصیف هر یک از اختلالات به وجود آمده باشد. این چالش‌ها شامل میزان بالای هم‌ابتلائی درون و بین فصول DSM، نیاز به استفاده بیش از حد ملاک‌های "جای دیگر معین نشده است" (NOS) و ناتوانی رو به رشد همگامی اختلالات DSM با نتایج مطالعات ژنتیک و سایر یافته‌های علمی است.

هم انجمن روان‌پزشکان آمریکا و هم سازمان بهداشت جهانی هم‌زمان با برنامه‌ریزی ویرایش‌های پایایی DSM و ICD با بهره‌گیری از تجدیدنظر در ساختار تشکیلاتی آنها، امکان افزایش بهره‌وری بالینی (مثلاً با توضیح هم‌ابتلائی‌های بارز) و تسهیل پژوهش‌های علمی را فراهم آورده‌اند. در این بازمینی‌ها سعی شده است که در عین حفظ نظام خطی کدهای الفبایی، توالی فصول نیز به شکل منطقی و مرتبط با یکدیگر باشد. بازنگری در نظام طبقه‌بندی به گونه‌ای که بهره‌وری بالینی را افزایش دهد و در عین حال از محدودده یافته‌های علمی جا افتاده خارج نشود هم از نظر هیئت اجرایی DSM و هم از نظر گروه بین‌المللی مشاوران بازنگری بخش اختلالات روانی و رفتاری ICD-10 سازمان بهداشت جهانی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار بوده است. گرچه نیاز به اصلاحات ضروری به نظر می‌رسید، توجه به پایه‌های علمی و نیز توجه به چالش‌هایی که تغییرات سریع بر محافل علمی و بالینی تحمیل می‌کرد اهمیت داشت. در چنین حال و هوایی، با بازنگری نظام DSM به گونه‌ای یک اصلاح تکاملی محافظه‌کارانه تشخیصی برخورد شد که تحت هدایت شواهد علمی نوظهور در مورد وجود ارتباط بین گروه‌های مختلف اختلالات انجام گرفت. با نظمی و گروه‌بندی مجدد اختلالات موجود، ساختار بازنگری شده چشم‌اندازهای بالینی جدیدی را امید می‌دهد و پژوهشگران را تشویق می‌نماید تا عوامل هم‌پوشان روان‌شناختی و فیزیولوژیکی را که در مرزبندی‌های خشک فعلی نمی‌گنجد شناسایی نمایند.

فایده آشکار استفاده از ملاک‌های DSM، خلق زبانی مشترک برای ارتباط بالینگران مختلف درباره اختلالات است. ملاک‌های رسمی و