

معیارهای اختلالات روانی بر اساس DSM-5-TR ضمیمه کتاب

آسیب شناسی روانی روان آموز

برگرفته از کتاب راهنمای تشخیصی و آماری
اختلالات روانی نسخه پنجم تجدیدنظر شده
(DSM - 5 - TR) نوشته شده توسط
انجمن روان پزشکی آمریکا، ترجمه مهدی گنجی

دکتر زینب خجوی

اختلالات اضطرابی

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل دوم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۳۴ تا ۵۲)

اختلال اضطراب جدایی

A: ترس یا اضطراب بسیار زیاد و بی‌تناسب با مرحله رشدی که فرد در آن قرار دارد، به علت جداشدن از کسانی که به آن‌ها دل‌بستگی دارد. این ترس با اضطراب افراطی حداقل با سه مورد از هشت مورد زیر مشخص می‌شود:

۱. هنگامی که فرد از خانه یا افراد مهمی که به آن‌ها دل‌بستگی دارد جدا می‌شود یا احساس می‌کند که به زودی جدا خواهد شد، به طور مکرر دچار استرس شدید می‌شود.
۲. به طور دائم و به شدت نگران است که مبادا یکی از افراد مهمی را که به آن‌ها دل‌بستگی دارد از دست بدهد یا بلایی سر او بیاید، مثلاً: بیمار، مجروح، قربانی بلایای طبیعی شود، یا بمیرد.
۳. به طور دائم و به شدت نگران رویدادهایی است که می‌توانند به جداشدن او از یکی از افراد مهمی که به آن‌ها دل‌بسته است منجر شوند. (مثلاً گم‌شدن، آدم‌ربایی، تصادف، یا مرگ)
۴. همیشه با بی‌میلی حاضر می‌شود از خانه بیرون برود، از خانه دور شود، به مدرسه، محل کار یا هر جای دیگری برود، زیرا از جداشدن می‌ترسد.
۵. به طور دائم و به شدت می‌ترسد یا میل ندارد در خانه یا جاهای دیگر تنها یا بدون یکی از افراد مهمی که به او دل‌بسته است بماند.
۶. به طور دائم تمایل ندارد یا می‌ترسد در جای دیگری به جز خانه خودش بخوابد یا اصلاً دوست ندارد بدون حضور یکی از افراد مهمی که به او دل‌بستگی دارد بخوابد.
۷. به طور مکرر کابوس‌هایی می‌بیند که موضوع آن‌ها جدایی است.
۸. هنگامی که از خانه یا افراد مهمی که به آن‌ها دل‌بستگی دارد جدا می‌شود یا احساس می‌کند که به زودی جدا خواهد شد به طور مکرر سمپتوم‌های فیزیکی تجربه می‌کند. (مثلاً: سردرد، معده درد، تهوع یا استفراغ)

B: ترس، اضطراب یا اجتناب به طور مکرر و پیوسته وجود دارد، در کودکان و نوجوانان حداقل چهار هفته، و در بزرگسالان معمولاً شش ماه یا بیشتر ادامه می‌یابد.

C: این اختلال باعث می‌شود در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و سایر زمینه‌های مهم زندگی استرس یا نابسامانی عملکردی شدید و از لحاظ بالینی معناداری به وجود آید.

D: یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای این آشفتگی نیست، مثلاً: امتناع از ترک خانه به علت مقاومت مفرط به تغییر در اختلال طیف اوتیسم؛ دیلورن‌ها یا هالوسینیشن‌های مرتبط با جدایی در اختلالات سایکوتیک؛ امتناع از بیرون رفتن از خانه بدون یک همراه مورد اعتماد در آگورافوبیا؛ یا نگرانی درباره داشتن یک بیماری در اختلال اضطراب بیماری.

اختلال وحشت‌زدگی (پانیک)

A: حملات وحشت‌زدگی مکرر و غیرمنتظره. حمله وحشت‌زدگی عبارت است از ترس شدید یا ناراحتی شدید و ناگهانی، که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد، و در طی آن، چهار مورد (یا بیشتر) از سمپتوم‌های زیر روی می‌دهند:

نکته: افزایش ناگهانی می‌تواند از یک حالت یا وضعیت آرام، یا از یک حالت اضطراب شروع شود.

۱. تپش سریع و نامنظم قلب، تپش سریع قلب با صدای بلند، یا افزایش سرعت تپش قلب.
۲. عرق کردن
۳. لرزیدن
۴. احساس تنگی نفس یا خفگی
۵. احساس گیج‌کردن چیزی در گلو
۶. درد یا ناراحتی در قفسه سینه
۷. تهوع یا درد در ناحیه شکم
۸. احساس سرگیجه، عدم تعادل، سبکی سر یا غش
۹. احساس سرد یا گرم شدن بدن (لرز یا گرگرفتگی)
۱۰. پaresthesias (احساس بی‌حس شدن یا سوزن سوزن شدن بدن)
۱۱. دی‌ریالیزیشن (واقعیت‌زدایی) یا دیپرسونالیزیشن (شخص‌زدایی)
۱۲. ترس از دست دادن کنترل یا «دیوانه شدن»
۱۳. ترس از مردن

سمپتوم‌های مختص فرهنگ ممکن است دیده شوند که نباید به عنوان یکی از چهار سمپتوم ضروری در نظر گرفته شوند (مثل تینیٹوس، خشکی و گرفتگی گردن، سردرد، جیغ کشیدن یا گریه غیرقابل کنترل)

B: بعد از حداقل یکی از این حملات وحشت‌زدگی، فرد به مدت یک ماه (یا بیشتر) یکی از موارد زیر یا هر دو را تجربه کرده است:

نگرانی مکرر و مداوم درباره وقوع مجدد حملات وحشت‌زدگی و پیامدهای آن‌ها (مثلاً: از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی شدن، «دیوانه شدن»)

تغییرات ناسازگارانه و چشمگیر یا معنادار در رفتار که با این حملات مرتبط هستند (مثلاً فرد رفتارهایی در پیش می‌گیرد تا از حملات وحشت‌زدگی اجتناب کند. برای مثال، از ورزش کردن یا از قرارگرفتن در موقعیت‌های ناآشنا حذر می‌کند.)

C: این اختلال را نمی‌توان به تأثیر مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: هایپرتیروئیدیسم، فتوکروموسیتوما، اختلالات تشنجی و اختلالات قلبی-ریوی) نسبت داد.

D: برای این اختلال نمی‌توان علت‌های مناسب‌تری پیدا کرد. مثلاً: حملات وحشت‌زدگی فقط در واکنش به موارد زیر روی نمی‌دهند: بعضی موقعیت‌های اجتماعی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از آن‌ها می‌ترسد، اشیا یا موقعیت‌های فوبیک که فرد را محدود و ناراحت می‌کنند مثلاً در فوبیاهای خاص، وسواس‌ها مثلاً در اختلال وسواسی-اجباری، محرک‌هایی که رویدادهای تروماتیک در اختلال PTSD را به یاد فرد می‌اندازند، جدایی از افرادی که فرد به آن‌ها دل بستگی دارد در اختلال اضطراب جدایی)

اسپس‌فایر حمله وحشت‌زدگی (حمله پانیک)

نکته: حمله پانیک یک اختلال روانی نیست و نمی‌تواند کدگذاری شود. حملات پانیک در همه اختلالات اضطرابی و همچنین در سایر اختلالات روانی (مثلاً: افسردگی، استرس پس از تروما و مصرف ماده) و بعضی عارضه‌های پزشکی (مثلاً: عارضه‌های قلبی تنفسی) می‌توانند روی‌دهند.

ترس شدید و ناگهانی، یا ناراحتی شدید که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد و در طول آن، حداقل چهار مورد از سمپتوم‌های زیر روی‌می‌دهند.

توجه: ترس یا ناراحتی شدید و ناگهانی ممکن است زمانی که فرد آرام است یا زمانی که در وضعیت اضطراب به سر می‌برد، شروع شود.

۱. تپش نامنظم قلب، تپش سنگین قلب با صدای زیاد، یا افزایش سرعت تپش قلب

۲. عرق کردن

۳. لرزش خفیف با شدید

۴. تنگی نفس یا احساس خفگی

۵. احساس گیرکردن چیزی در گلو و ناتوانی در نفس کشیدن

۶. درد یا ناراحتی در قفسه سینه

۷. تهوع یا درد در ناحیه شکم

۸. احساس سرگیجه، عدم تعادل، سبکی سر، یا غش

۹. احساس سرما یا گرما

۱۰. احساس بی‌حس شدن یا سوزن سوزن شدن اعضای بدن

۱۱. واقعیت‌زدایی و شخص‌زدایی

۱۲. ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل

۱۳. ترس از مردن

توجه: سمپتوم‌های مختص فرهنگ نباید به عنوان یکی از چهار سمپتوم الزامی محسوب شوند.

اختلال آگورافوبیا

A: ترس یا اضطراب شدید درباره دو موقعیت (یا بیشتر) از پنج موقعیت زیر:

۱. استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی (مثلاً: اتوموبیل، اتوبوس، قطار، کشتی، یا هواپیما)

۲. فضاهای باز (پارکینگ‌های عمومی، مراکز خرید سرباز، یا پل عابر پیاده یا ماشین‌رو)

۳. فضاهای سرپشته (فروشگاه، تئاتر یا سینما)

۴. ایستادن در صف یا قرارگرفتن در داخل جمعیت

۵. تنهایی بودن در خارج از خانه

B: فرد از این موقعیت‌ها می‌ترسد یا از آن‌ها اجتناب می‌کند زیرا فکر می‌کند که در صورت مواجه شدن با سمپتوم‌هایی شبیه سمپتوم‌های حمله وحشت‌زدگی یا سایر سمپتوم‌هایی که او را از پا می‌اندازند یا باعث خجالت‌زدگی او می‌شوند، به آسانی نمی‌تواند فرار کند یا رسیدن نیروهای کمکی دشوار خواهد بود. (مثلاً: سالمندان ممکن است از زمین خوردن بترسند، یا بعضی افراد از اینکه ناگهان نتوانند ادرار یا مدفوع خود را کنترل کنند، می‌ترسند.)

C: موقعیت‌های آگورافوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

D: فرد تمام سعی خود را می‌کند تا از موقعیت‌های آگورافوبیک اجتناب کند، همیشه می‌خواهد یک نفر همراهش برود، یا اگر در این موقعیت‌ها قرار گیرد دائم در حال ترس یا اضطراب شدید قرار دارد.
E: شدت ترس یا اضطراب فرد با شدت خطری که موقعیت‌های آگورافوبیک ایجاد می‌کنند تناسب ندارد. توجه داشته باشید که «تناسب‌نداشتن» به شرایط حاکم، محیط، و زمینه فرهنگی-اجتماعی اشاره دارد.
F: ترس، اضطراب، یا اجتناب، پیوسته و مکرر است و معمولاً شش ماه یا بیشتر طول می‌کشد.
G: ترس، اضطراب، یا اجتناب، باعث می‌شود فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.
H: اگر یک عارضه پزشکی دیگر حضور دارد (مثلاً: بیماری التهاب روده، یا پارکینسون)، ترس، اضطراب، یا اجتناب فرد به وضوح افراطی است.
A: سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر نمی‌توانند توضیح بهتری برای ترس، اضطراب، یا اجتناب فرد باشند. (برای مثال: سمپتوم‌ها به فوبیای خاص، از نوع فرعی موقعیتی محدود نمی‌شوند، فقط در موقعیت‌های اجتماعی روی نمی‌دهند. (آن‌طور که در اختلال اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شود)، و صرفاً به وسواس‌های فکری (مثلاً: در اختلال وسواسی-اجباری)، عیب یا نقص‌های تخیلی در ظاهر فیزیکی (مثلاً: در اختلال بادی دیسمورفیک)، یادآورهای رویدادهای تروماتیک (در اختلال استرس پس از تروما)، یا ترس از جدایی (در اختلال اضطراب جدایی) مربوط نمی‌شوند.

اختلال فوبیای خاص

A: ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک شیء یا یک موقعیت خاص (مثلاً: پرواز با هواپیما، ارتفاع، حیوانات، آمپول، مشاهده خون) توجه: کودکان ممکن است این ترس یا اضطراب را با گریه، قشقرق، بی‌حرکت ماندن، یا چسبیدن به بزرگ‌ترها نشان دهند.
B: شیء یا موقعیت فوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب بلافاصله می‌شود.
C: فرد تمام تلاش خود را به کار می‌برد تا از شیء یا موقعیت فوبیک اجتناب کند یا این شیء یا موقعیت فوبیک را با ترس یا اضطراب بسیار زیاد تحمل می‌کند.
D: شدت ترس یا اضطراب با شدت خطری که از طرف اشیاء یا موقعیت‌های خاص او را تهدید می‌کند تناسب ندارد. توجه داشته باشید که «تناسب‌نداشتن» به شرایط اجتماعی-فرهنگی اشاره دارد.
E: ترس، اضطراب، یا اجتناب، دائمی و تکراری است و معمولاً شش ماه یا بیشتر طول می‌کشد.
F: ترس، اضطراب، یا اجتناب، باعث می‌شود فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.
G: این اختلال را نمی‌توان با سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر توضیح داد. از جمله، ترس، اضطراب، و اجتناب از موقعیت‌های مرتبط با سمپتوم‌های پانیک مانند یا سایر سمپتوم‌های ناتوان‌کننده (مثلاً: در آگورافوبیا) اشیاء یا موقعیت‌های مرتبط با وسواس‌ها (مثلاً: در اختلال وسواسی-اجباری)؛ یادآورهای رویدادهای تروماتیک (مثلاً: در اختلال PTSD)؛ جدایی از خانه یا افراد دل‌بسته (مثلاً: در اختلال اضطراب جدایی)، یا موقعیت‌های اجتماعی (در اختلال اضطراب اجتماعی)

اسپسیفایرها (براساس محرک فوبیک):

حیوان

محیط طبیعی (مثلاً ارتفاع، طوفان، آب‌های عمیق)

خون، آمپول، زخم

موقعیتی (مثلاً هواپیما، آسانسور، مکان‌های بسته)

سایر موارد

اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی)

A: ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن، فرد در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد. بعضی نمونه‌ها عبارت‌اند از: تعاملات اجتماعی (مثلاً: حرف‌زدن با دیگران، ملاقات یا آشناسدن با دیگران)، تحت‌نظارت دیگران قرارداشتن (مثلاً: به‌هنگام خوردن یا نوشیدن)، یا انجام‌دادن کاری در جلوی دیگران (مثلاً: سخنرانی کردن) نکته: درمورد کودکان، اضطراب باید درحضور دوستان هم‌سن‌وسال نیز روی‌دهد نه فقط درطول تعامل با بزرگسالان.

B: فرد می‌ترسد که طوری عمل کند، یا سمپتوم‌های اضطراب از خود نشان دهد که باعث شود مردم برداشت منفی از او داشته‌باشند. (مثلاً: مسخره شود، خجالت‌زده شود، یا تحویل‌گرفته نشود؛ یا باعث توهین به دیگران یا ناراحت‌شدن آن‌ها شود.)

C: موقعیت یا (موقعیت‌های) اجتماعی تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند. توجه: در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه‌کردن، قشقرق راه‌انداختن، بی‌حرکت ماندن، کز کردن یا حرف‌زدن در موقعیت‌های اجتماعی نشان داده‌شود.

D: فرد از موقعیت (یا موقعیت‌های) اجتماعی اجتناب می‌کند یا اگر مجبور شود آن‌ها را با ترس و اضطراب بسیار زیاد تحمل می‌کند.

E: ترس یا اضطراب او با خطری که از طرف موقعیت اجتماعی موردنظر او را تهدید می‌کند تناسب ندارد. توجه داشته‌باشید که «تناسب‌نداشتن» به متن و زمینه فرهنگی-اجتماعی اشاره دارد.

F: ترس، اضطراب، یا اجتناب موردنظر، پیوسته و مکرر است و معمولاً شش‌ماه یا بیشتر طول می‌کشد.

G: ترس، اضطراب، یا اجتناب باعث می‌شود فرد به رنج شخصی یا نابسامانی شدید و از لحاظ بالینی معنادار در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

H: ناراحتی فرد را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

ا: یک اختلال ذهنی دیگر نمی‌تواند علت مناسب‌تری برای این ناراحتی باشد، مثل اختلال وحشت‌زدگی، اختلال بادی دیسمورفیک، یا اختلال طیف اوتیسم.

ا: اگر یک عارضه پزشکی دیگر وجود دارد. (مثلاً: بیماری پارکینسون، چاقی، زشت‌شدن صورت یا بدن به‌خاطر سوختگی یا زخم)، ترس، اضطراب، یا اجتناب موردنظر ربطی به این موضوع ندارد یا مفرط است.

اسپسیفایر:

فقط اجرا (پرفورمانس): ترس به حرف‌زدن یا اجرا (اجرای کار یا فعالیتی خاص) درمقابل دیگران محدود می‌شود.

اختلال اضطراب تعمیم یافته

A: اضطراب و نگرانی شدید و مفرط (دل شوره) درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها (مثلاً: عملکرد شغلی یا تحصیلی) در اکثر روزهای هفته و به مدت حداقل شش ماه.

B: فرد نمی‌تواند این نگرانی را کنترل کند.

C: اضطراب و نگرانی با سه سمپتوم (یا بیشتر) از شش سمپتوم زیر همراه است. (حداقل چند مورد از این سمپتوم‌ها در اکثر روزها در شش ماه گذشته حضور داشته‌اند):

توجه: در مورد کودکان فقط به یک سمپتوم نیاز است.

۱. فرد بی‌قرار است، یا احساس عصبی بودن دارد، یا به خاطر نگرانی بی‌دلیل، بد اخلاق است.

۲. به آسانی خسته و بی‌رمق می‌شود.

۳. نمی‌تواند حواس خود را متمرکز کند یا ذهنش یک دفعه خالی می‌شود.

۴. زودرنج است و زود عصبانی می‌شود.

۵. تنش ماهیچه‌ای دارد.

۶. خوابش مختل شده است. (نمی‌تواند بخوابد، یا از خواب می‌پرد، یا خواب ناآرام دارد که خستگی را برطرف نمی‌کند.)

D: اضطراب، نگرانی، یا سمپتوم‌های فیزیکی باعث می‌شوند فرد به رنج یا نابسامانی شدید (بالینی) در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

E: ناراحتی فرد را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: هایپرتیروئیدسم) نسبت داد.

F: یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند دلیل موجه‌تری برای این ناراحتی باشد. (مثلاً: اضطراب درباره حملات وحشت‌زدگی در اختلال وحشت‌زدگی، ارزیابی منفی دیگران در اختلال اضطراب اجتماعی، وسواس کثیف‌شدن یا سایر وسواس‌ها در اختلال وسواسی-اجباری، جدایی از افراد مهمی که فرد به آن‌ها دل‌بستگی دارد در اختلال اضطراب جدایی، رویدادهایی که فرد را به یاد رویدادهای تروماتیک می‌اندازند در PTSD، چاق شدن در آنورکسیا نروزا، دردها و ناراحتی‌های فیزیکی در اختلال سوماتیک سمپتوم، نقص‌هایی که فرد فکر می‌کند در ظاهرش دارد در اختلال بادی دیسمورفیک، ابتلا به یک بیماری جدی در اختلال اضطراب بیماری، یا محتوای باورهای هذیانی در اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی)

اختلال لالی انتخابی

A: فرد در همه موقعیت‌های اجتماعی خاصی که در آن‌ها از او انتظار می‌رود حرف بزند (مثلاً: در مدرسه) ساکت می‌ماند اما در سایر مواقع حرف می‌زند.

B: این موضوع در موفقیت و پیشرفت تحصیلی یا شغلی یا در ارتباط اجتماعی اختلال به وجود می‌آورد.

C: این مشکل حداقل یک ماه ادامه می‌یابد. (به اولین ماه مدرسه محدود نمی‌شود.)

D: در مدرسه، این حرف‌زدن را نمی‌توان به آشنا یا راحت نبودن، با زبانی که در محیط مدرسه صحبت می‌شود نسبت داد.

E: این مشکل را نمی‌توان با یک اختلال ارتباطی (مثلاً: اختلال سیالی کلامی با شروع در کودکی (لکنت)) بهتر توضیح داد یا این مشکل صرفاً در طول اختلال طیف اوتیسم، اسکیزوفرنی، یا یک اختلال سایکوتیک دیگر روی نمی‌دهد.

اختلال اضطراب ناشی از ماده/دارو

A: حملات وحشت‌زدگی یا اضطراب در تصویر بالینی غالب هستند.
B: از روی سوابق فرد، معاینهٔ جسمی، یا نتایج آزمایشگاهی، شواهدی به‌دست آمده‌است که نشان می‌دهد موارد (۱) و (۲) هر دو، وجود دارند:
۱. سمپتوم‌های معیار A در طول (یا کمی بعد از) مسمومیت با ماده یا ترک مصرف آن یا بعد از قرارگرفتن در معرض دارو، به وجود آمده‌اند.
۲. ماده/داروی مصرف‌شده توانایی ایجاد سمپتوم‌های معیار A را دارد.
C: علت ناراحتی موردنظر نمی‌تواند یک اختلال اضطرابی دیگر، که در اثر مصرف ماده/دارو به وجود نمی‌آید، باشد. برای مطمئن شدن از این موضوع که یک اختلال اضطرابی دیگر باعث ناراحتی موردنظر نیست، بعضی شواهد عبارت خواهند بود:
سمپتوم‌های موردنظر قبل از شروع مصرف ماده/دارو وجود داشته‌اند؛ سمپتوم‌ها به مدتی طولانی (مثلاً: حدود یک‌ماه) بعد از پایان یافتن ترک مصرف سریع (پرهیز ناگهانی) یا مسمومیت شدید، ادامه یافته‌اند؛ یا شواهد دیگری وجود دارد که نشان می‌دهد ممکن است یک اختلال اضطرابی مستقل و غیرمرتبط با اختلال اضطراب ناشی از ماده/دارو وجود داشته‌باشد. (مثلاً: گذشته‌ای از اپیزودهای مکرر و نامرتب با سمپتوم‌های مصرف ماده/دارو)
D: اختلال اضطرابی موردنظر صرفاً در طول یک دورهٔ دلیریوم روی نمی‌دهد.
E: اختلال اضطرابی موردنظر باعث رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی می‌شود.
اسپسیفایرها:
شروع اختلال در طول دورهٔ مصرف (مسمومیت)
شروع اختلال در طول دورهٔ ترک (پرهیز)
شروع اختلال بعد از مصرف داروی پزشکی (با آغاز مصرف، با تغییر در مصرف، یا در طول ترک مصرف دارو)

اختلال اضطراب ناشی از یک عارضهٔ پزشکی دیگر

A: حملات وحشت‌زدگی یا اضطراب در تصویر بالینی غالب هستند.
B: شواهد به‌دست آمده از سوابق، معاینهٔ فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند که آشفتگی فرد پیامد فیزیولوژیک و مستقیم یک عارضهٔ پزشکی دیگر هستند.
C: یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آشفتگی فرد نیست.
D: آشفتگی فرد صرفاً در طول ابتلای او به دلیریوم روی نمی‌دهد.
E: آشفتگی فرد باعث رنج و ناراحتی از لحاظ بالینی معنادار یا نابسامانی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود.

دیگر اختلال اضطراب مشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال اضطرابی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه تشخیصی را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند.

برخی نمونه‌ها عبارت‌اند از:

۱. حملات با سمپتوم‌های محدود.
۲. اضطراب تعمیم‌یافته که کمتر از اکثر روزها رخ می‌دهد.
۳. حملات باد (khyal caps): در فهرست مفاهیم فرهنگی دیسترس قرار دارد.
۴. حمله اعصاب (ataque de nervios): در بخش فرهنگ و تشخیص اختلالات روانی قرار دارد.

اختلال اضطرابی نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های اصلی و مشخصه یک اختلال اضطرابی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما همه معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی را برآورده نمی‌کند و معیارهای لازم برای اختلال سازگاری با اضطراب یا اختلال سازگاری با ترکیب اضطراب و افسردگی را برآورده نمی‌کند. این طبقه، زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص برآورده نشدن معیارهای هیچ‌یک از اختلالات اضطرابی را به اطلاع نرساند و شامل سمپتوم‌هایی می‌شود که برای آن‌ها اطلاعات کافی وجود ندارد تا بتوان یک تشخیص مشخص‌تر ارائه کرد.

اختلالات وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل سوم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۶۰ تا ۷۲)

اختلال وسواسی-اجباری

A: حضور وسواس‌ها، اجبارها، یا هردو:

۱. افکار، امیال، یا تصاویر ذهنی تکراری و دائمی، که فرد، در برهه‌ای در طول ناراحتی، آن‌ها را ناخواسته و مزاحم می‌داند، و در اکثر افراد اضطراب یا استرس شدید به وجود می‌آورند.

۲. فرد تلاش می‌کند تا این افکار، امیال، یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، یا به وسیله یک فکر یا یک عمل دیگر، آن‌ها را خنثی کند. (یعنی، با انجام دادن یک اجبار)

اجبارها با (۱) و (۲) تعریف می‌شوند:

۱. رفتارهای تکراری (مثلاً: شستن دست‌ها، مرتب کردن، چک کردن) یا اعمال ذهنی تکراری (مثلاً دعا کردن، شمردن، تکرار کلمات در ذهن) که فرد احساس می‌کند، در واکنش به یک وسواس، یا مطابق با قوانینی که باید به طور سفت و سخت اعمال شوند، باید به اجرا درآورد.

۲. هدف فرد از این اعمال ذهنی یا رفتارهای فیزیکی عبارت است از جلوگیری یا کاهش اضطراب یا استرس، یا پیشگیری از یک رویداد یا موقعیت که فرد آن را ترسناک می‌داند؛ اما این اعمال ذهنی یا رفتارهای فیزیکی، با مواردی که قرار است آن‌ها را خنثی یا پیشگیری کنند هیچ ارتباط واقع‌بینانه‌ای ندارند، یا رفتارها و اعمالی که به وضوح افراطی هستند.
نکته: کودکان خردسال ممکن است نتوانند اهداف این رفتارها یا اعمال ذهنی را بیان کنند.

B: وسواس‌ها یا اجبارها وقت‌گیر هستند. (برای مثال، هر روز بیش از یک ساعت از وقت فرد را می‌گیرند.) یا در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی رنج شخصی و نابسامانی شدید به وجود می‌آورند.

C: سمپتوم‌های وسواسی-اجباری را نمی‌توان به تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

D: سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر نمی‌توانند توضیح بهتری برای ناراحتی فرد باشند، مثلاً: نگرانی‌های مفرط در اختلال اضطراب تعمیم‌یافته؛ اشتغال فکری به ظاهر خود در اختلال بادی دیسمورفیک؛ ناتوانی در دور انداختن اشیاء یا جداسدن از آن‌ها در اختلال احتکار؛ کشیدن مو در اختلال مو کندن؛ کندن پوست در اختلال پوست کندن؛ رفتارهای کلیشه‌ای در اختلال حرکت کلیشه‌ای؛ رفتارهای مراسمی (آئینی) خوردن در اختلالات خورد و خوراک؛ اشتغال فکری به مواد یا قمار در اختلالات مصرف مواد و اختلالات مرتبط؛ اشتغال فکری به بیماری جدی در اختلال اضطراب بیماری؛ اشتغال فکری به امیال یا خیال پردازی‌های سکشوال در پارافیلیاها؛ اشتغال فکری به امیال در اختلالات کنترل تکانه و سلوک؛ نشخوار فکری به همراه احساس عذاب وجدان در اختلال افسردگی عمده؛ تزریق فکری یا افکار هذیانی دائمی در اختلالات سایکوتیک؛ یا رفتارهای تکراری در اختلال طیف اوتیسم.

اسپسیفایر:

به همراه بینش خوب یا کافی: فرد می‌داند که باورهای OCD او قطعاً یا احتمالاً واقعیت ندارند، یا این که شاید واقعی باشند و شاید واقعی نباشند.

به همراه بینش ضعیف: فرد فکر می‌کند که باورهای OCD او احتمالاً واقعی هستند.

به همراه عدم بینش/باورهای هذیانی: فرد کاملاً مطمئن است که باورهای OCD او واقعی هستند.

اسپسیفایر:

مرتبط با تیک: فرد در حال حاضر یک اختلال تیک مزمن دارد یا در گذشته داشته است.

اختلال بد ریخت انگاری بدن (بادی دیسمورفیک) (BDD)

A: فرد به طور دائم نگران است و فکر می کند یک یا چند نقص یا عیب در ظاهر فیزیکی دارد، ولی دیگران این نقص ها را نمی بینند یا آن ها را بسیار جزئی می دانند.

B: در مرحله ای از این اختلال، فرد، در واکنش به نگرانی های خود درباره ظاهرش، رفتارهای تکراری داشته است (مثلاً: خودش را به طور دائم در آینه برانداز کرده، به طور افراطی موهایش را شانه زده یا خودش را آرایش کرده است، پوست های مرده را از صورت یا بدنش کنده، یا به طور دائم از دیگران قوت قلب و دل گرمی خواسته است.) یا اعمال ذهنی تکراری انجام داده است. (مثلاً: ظاهر خودش را با ظاهر دیگران مقایسه کرده است.)

C: این اشتغال ذهنی باعث رنج شخصی یا ناپسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا عملکرد در سایر جنبه های مهم زندگی شده است.

D: اشتغال ذهنی درباره ظاهر خود، علت دیگری ندارد. (مثلاً: نگرانی درباره چربی یا وزن بدن در یکی از اختلالات خورد و خوراک)

اسپسیفایر:

به همراه دیسمورفی ماهیچه ای: فرد دائماً به این موضوع فکر می کند که جثه بیش از حد کوچکی دارد یا به اندازه کافی عضله ندارد. این اسپسیفایر را، حتی زمانی که فرد نگران سایر جنبه های بدن خود است نیز می توان به کار برد، که معمولاً نیز همین طور است.

اسپسیفایر:

به همراه بینش خوب یا متوسط: فرد می داند و قبول دارد که باورهایش درباره نقص های بدنی قطعاً یا احتمالاً واقعیت ندارند. به همراه بینش ضعیف: فرد فکر می کند که باورهایش درباره نقص های بدنی احتمالاً واقعی هستند. بدون بینش / به همراه باورهای هذیانی: فرد کاملاً متقاعد شده است که باورهای بادی دیسمورفیک او واقعیت دارند.

اختلال احتکار (HD)

A: فرد همیشه و به طور دائم به دشواری می تواند اموال خود را دور بریزد یا از آن ها جدا شود، و فرقی نمی کند که ارزش واقعی آن ها چقدر است.

B: علت این مشکل این است که فرد احساس می کند باید آیتم های مورد نظر را برای روز مبادا نگه دارد و می خواهد از رنج و دیسترس ناشی از دور ریختن آن ها اجتناب کند.

C: ناتوانی در دور ریختن آیتم ها و اشیاء باعث می شود به تدریج زیاد شوند و باعث شلوغ شدن و انباشته شدن اتاق ها و قسمت های مختلف خانه شوند (مخصوصاً جاهایی که رفت و آمد و سایر فعالیت ها در آن ها معمولاً زیاد است.) و به همین دلیل، دیگر نتوان از آن ها مثل قبل استفاده کرد. مثلاً: اتاق نشیمن تبدیل به یک انباری بی نظم و ترتیب می شود. اگر مکان های مهم خانه خلوت هستند، صرفاً به خاطر مداخله اشخاص ثالث است. (مثلاً: اعضای خانواده، نظافتچی ها، یا مقامات مسئول)

D: احتکار باعث می شود که در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه های مهم زندگی، فرد رنج شخصی یا ناپسامانی شدیدی به وجود آید. (از جمله: حفظ یک محیط ایمن برای زندگی خود و دیگران)

E: نمی‌توان احتکار را به یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. (مثلاً: آسیب مغزی، بیماری قلبی عروقی، سندروم پرادر-ویلی)
F: سایر اختلالات نمی‌توانند دلیل بهتری برای احتکار باشند، مثلاً احتکار به خاطر وسواس‌های مرتبط با اختلال وسواسی-اجباری، کاهش انرژی در اختلال افسردگی عمده، هذیان در اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات سایکوتیک، نقص‌های شناختی در اختلال عصبی-شناختی شدید، علاقه‌های محدود در اختلال طیف اوتیسم.
اسپسیفایر: همراه با مال‌اندوزی افراطی: سمپتوم‌ها با جمع‌آوری فراوان و شدید اشیایی که مورد نیاز نیستند یا برای آن‌ها جای کافی وجود ندارد همراه هستند.
اسپسیفایر: به همراه بینش خوب: فرد می‌داند که باورها و رفتارهای مرتبط با احتکار، مشکل‌زا هستند. به همراه بینش ضعیف: فرد تا اندازه زیادی مطمئن است که باورها و رفتارهای مرتبط با احتکار وی مشکل‌زا نیستند هرچند شواهد عکس این موضوع را نشان می‌دهند. بدون بینش/به همراه باورهای هذیانی: فرد کاملاً مطمئن است که باورها و رفتارهای مرتبط با احتکار وی مشکل‌زا نیستند، هر چند شواهد عکس این موضوع را نشان می‌دهند.

اختلال موکندن (تری کوتیلومانیا) (HPD)

A: فرد به طور مداوم موهای خود را می‌کند و در نتیجه، بعضی قسمت‌های سر یا سایر اندام‌ها بدون مو می‌شود.
B: فرد به طور مکرر برای کاهش یا متوقف کردن موکندن تلاش کرده است.
C: موکندن باعث می‌شود در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی رنج شخصی یا نابسامانی شدید به وجود آید.
D: علت موکندن یک عارضه پزشکی عمومی نیست. (مثلاً: نوعی بیماری پوستی)
E: سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر نمی‌توانند دلیل بهتری برای موکندن باشند. (مثلاً: موکندن به دلیل اشتغال ذهنی به ظاهر فیزیکی در اختلال بادی دیسمورفیک)

اختلال پوست‌کندن (اکس‌کوری‌ایشن) (SPD)

A: فرد به طور دائم پوست خود را می‌کند در حدی که به بافت‌های غیرعادی پوست منجر می‌شود.
B: فرد به طور مکرر و دائم برای کاهش یا متوقف کردن پوست‌کندن تلاش کرده است.
C: پوست‌کندن باعث می‌شود در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی رنج شخصی یا نابسامانی شدید به وجود آید.
D: پوست‌کندن نمی‌تواند به علت اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: کوکائین و آمفتامین‌ها) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: گال) باشد.
E: سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر نمی‌توانند دلیل بهتری برای پوست‌کندن باشند. (مثلاً: پوست‌کندن به علت هذیان‌ها یا توهم‌های لمسی در یکی از اختلالات سایکوتیک، تلاش برای بهتر کردن یک نقص فیزیکی خیالی در اختلال بادی دیسمورفیک، حرکات کلیشه‌ای در اختلال حرکت کلیشه‌ای، یا نیت آسیب‌رساندن به خود در خودجراحی غیرانتحاری (خودزنی بدون قصد خودکشی))

اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن ناشی از ماده/دارو
A: وسواس‌ها، اجبارها، کندن پوست، کندن مو، سایر رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن، یا سایر سمپتوم‌های مشخصه اختلال وسواسی-اجباری یا اختلالات مرتبط با آن، در تصویر بالینی غالب هستند.
B: شواهد به‌دست‌آمده از سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی هم مورد (۱) و هم مورد (۲) را نشان می‌دهند: ۱. سمپتوم‌های مندرج در معیار A به‌هنگام، یا اندکی بعد از، مسمومیت با ماده یا ترک آن (عدم مصرف آن) یا بعد از قرارگرفتن در معرض یک داروی تجویزی به وجود آمده‌اند. ۲. ماده/داروی مورد نظر قادر به ایجادکردن سمپتوم‌های مندرج در معیار A است.
C: اختلال وسواسی-اجباری یا یک اختلال مرتبط با آن، که در نتیجه ماده/دارو به وجود نیامده‌اند، علت بهتری برای آشفتگی فرد نیستند.
D: آشفتگی فرد صرفاً در طول ابتدای او به دلیریوم روی نمی‌دهد.
E: آشفتگی فرد باعث رنج و ناراحتی از لحاظ بالینی معنادار می‌شود و در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی اختلال به وجود می‌آورد.
اسپسیفایرها: شروع اختلال در طول دوره مسمومیت شروع اختلال در طول دوره پرهیز شروع اختلال بعد از مصرف داروی پزشکی (با آغاز مصرف، با تغییر در مصرف، یا در طول ترک مصرف دارو)
اختلال وسواسی-اجباری و اختلال مرتبط با آن ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر
A: وسواس‌ها، اجبارها، کندن پوست، کندن مو، سایر رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن، یا سایر سمپتوم‌های مشخصه اختلال وسواسی-اجباری یا اختلالات مرتبط با آن، در تصویر بالینی غالب هستند.
B: شواهد به‌دست‌آمده از سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند که آشفتگی فرد پیامد فیزیولوژیک و مستقیم یک عارضه پزشکی دیگر است.
C: یک اختلال روانی دیگر، نمی‌تواند توضیح بهتری برای آشفتگی فرد باشد.
D: آشفتگی فرد صرفاً در طول ابتدای او به دلیریوم روی نمی‌دهد.
E: آشفتگی فرد باعث رنج و ناراحتی از لحاظ بالینی معنادار می‌شود و در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی اختلال به وجود می‌آورد.
اسپسیفایرها: به همراه سمپتوم‌های شبیه به سمپتوم‌های اختلال وسواسی-اجباری به همراه مشغله فکری درباره ظاهر و چهره با سمپتوم‌های احتکار با سمپتوم‌های موکندن با سمپتوم‌های پوست‌کندن

دیگر اختلالات مشخص و سواسی-اجباری و اختلالات مرتبط

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال و سواسی-اجباری و اختلالات مرتبط که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه تشخیصی را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند.

برخی نمونه‌ها عبارت‌اند از:

۱. اختلال بادی دیسمورفیک با عیوب واقعی که به وضوح برای دیگران قابل مشاهده هستند.
۲. اختلال بادی دیسمورفیک-مانند بدون رفتارهای تکراری
۳. دیگر اختلال رفتار تکراری متمرکز بر بدن (به غیر از کندن پوست و مو، مثلاً: جویدن ناخن‌ها یا گاز گرفتن لب‌ها)
۴. حسادت و سواسی (مشغله ذهنی غیرهذیانی با خیانت همسر)
۵. سندروم ارجاع بویایی یا مشغله ذهنی دائمی به بوی بد بدن خود (معادل جیکوشو کیوفو در فرهنگ ژاپن که از واریانت‌های تاجین کیوفوشو است).
۶. سندروم شویو کیوفو یا ترس شدید از دفرمه بودن بدن (یکی دیگر از واریانت‌های تاجین کیوفوشو)
۷. سندروم کورو یا اضطراب شدید ناگهانی مردان از عقب‌نشینی پنیس به داخل بدن و مرگ (با سندروم دُت مرتبط است).

اختلال و سواسی-اجباری و اختلالات مرتبط نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال و سواسی-اجباری و اختلالات مرتبط که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه تشخیصی را برآورده نمی‌کند. این طبقه زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و شامل سمپتوم‌هایی می‌شود که برای آن‌ها اطلاعات کافی وجود ندارد تا بتوان یک تشخیص مشخص‌تر ارائه کرد.

اختلالات مرتبط با تروما و استرس

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل چهارم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۷۶ تا ۸۸)

اختلال استرس پس از تروما (PTSD)

توجه: معیارهای زیر برای بزرگسالان، نوجوانان و کودکان بزرگ‌تر از شش سال است. معیارهای مخصوص کودکان زیر شش سال و کوچک‌تر در پائین جدول آمده است.

A: قرارگرفتن در معرض مرگ، یا تهدیدشدن به مرگ، جراحت شدید، یا تجاوز جنسی، به یکی از شیوه‌های زیر:

۱. فرد رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک را به‌طور مستقیم تجربه می‌کند.
 ۲. شخصاً شاهد وقوع رویداد (رویدادهای) تروماتیک برای دیگران است.
 ۳. با خبر می‌شود که رویداد (رویدادهای) تروماتیک بر سر یکی از اعضای خانواده، یا یکی از دوستان نزدیک آمده است؛ در صورت وقوع مرگ (یا تهدیدشدن به مرگ) برای یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستان، این رویدادها باید فجیع (پر خشونت، violent) یا تصادفی (accidental) باشد. (باشند)
 ۴. فرد به‌طور مکرر یا به‌طرز بسیار شدیدی در معرض جزئیات ناراحت‌کننده رویداد (های) تروماتیک قرار می‌گیرد (مثلاً: اولین کسانی که به محل وقوع حادثه می‌روند و اجساد و بقایای انسانی را جمع‌آوری می‌کنند؛ افسران پلیس که به‌طور مکرر در معرض جزئیات بد رفتاری با کودکان یا کودک‌آزاری قرار می‌گیرند.
- توجه: قرارگرفتن در معرض جزئیات ناراحت‌کننده رویداد (های) تروماتیک، در صورتی که از طریق رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، کلیپ‌های ویدئویی، یا عکس‌ها باشد، جزو معیار A4 محسوب نمی‌شود مگر این که با شغل فرد مرتبط باشند.

B: سمپتوم‌های مزاحمت: حضور یک یا چند سمپتوم از سمپتوم‌های زیر در رابطه با نفوذ یا ورود افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به رویداد (های) تروماتیک که بعد از اتفاق افتادن آن (آن‌ها) شروع شده‌اند.

۱. خاطرات تکراری، غیرارادی، و مزاحم از رویداد (رویدادهای) تروماتیک به‌طور خودبه‌خود یا به‌علت بعضی محرک‌ها به یاد فرد می‌آیند. توجه: کودکان بزرگ‌تر از شش سال ممکن است به‌طور مکرر به بازی‌هایی بپردازند که در آن‌ها، موضوعات یا جنبه‌هایی از رویداد (های) تروماتیک به نمایش در می‌آیند.
۲. کابوس‌های تکراری و ناراحت‌کننده که در آن‌ها، محتوا یا احساسات موجود در رویا با رویداد (رویدادهای) تروماتیک مرتبط هستند. توجه: کودکان ممکن است خواب‌های وحشتناک ببینند بدون آنکه محتوای آن‌ها قابل تشخیص باشد.
۳. واکنش‌های گسستگی (مثلاً: فلش بک) که در آن‌ها فرد طوری احساس یا عمل می‌کند که انگار رویداد (رویدادهای) تروماتیک دوباره در حال روی دادن است. (این نوع واکنش‌ها ممکن است روی یک پیوستار قرار گیرند که در شدیدترین حالت آن، فرد ممکن است آگاهی خود از محیط اطرافش را به‌طور کامل از دست بدهد).
- توجه: ممکن است کودکان در بازی‌های خود رویداد (رویدادهای) تروماتیک را بازسازی کنند.
۴. وقتی فرد در معرض محرک‌های درونی یا بیرونی (که به‌طور غیرمستقیم یا مستقیم به یکی از جنبه‌های رویداد (رویدادهای) تروماتیک شبیه هستند) قرار می‌گیرد، به دیسترس پسیکولوژیک شدید یا طولانی‌مدت دچار می‌شود.
۵. فرد به محرک‌هایی که او را به یاد رویداد (رویدادهای) تروماتیک می‌اندازد واکنش‌های فیزیولوژیک شدید نشان می‌دهد.

C: سمپتوم‌های اجتناب: فرد از محرک‌هایی که با رویداد (رویدادهای) تروماتیک تداعی شده‌اند، به‌طور دائم اجتناب می‌کند، و این اجتناب کردن‌ها بعد از اتفاق افتادن رویداد (رویدادهای) تروماتیک شروع شده‌اند. این موضوع را یک یا هر دو مورد زیر نشان می‌دهند:

۱. فرد از خاطرات، افکار، یا احساساتی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با رویداد(های) تروماتیک مرتبط هستند اجتناب می‌کند یا تلاش می‌کند اجتناب کند. (اجتناب از محرک‌های درونی)
۲. فرد از بعضی محرک‌های یادآور بیرونی (مثلاً: بعضی افراد، مکان‌ها، صحبت‌ها، فعالیت‌ها، اشیاء، موقعیت‌ها) که باعث می‌شوند خاطرات، افکار، یا احساسات ناراحت‌کننده دربارهٔ رویداد (رویدادهای) تروماتیک، یا در ارتباط نزدیک با آن‌ها، زنده شوند اجتناب می‌کند، یا تلاش می‌کند اجتناب کند.

D: سمپتوم‌های شناختی: در شناخت‌ها (فعالیت‌های فکری و ذهنی) و در مود یا خلق فرد تغییراتی منفی و مرتبط با رویداد (رویدادهای) تروماتیک ایجاد می‌شود که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) تروماتیک شروع می‌شوند یا اگر از قبل شروع شده‌اند، شدیدتر و بدتر می‌شوند. این موضوع را دو یا چند مورد از موارد زیر نشان می‌دهند:

۱. ناتوانی در به‌یادآوردن یکی از جنبه‌های مهم رویداد (رویدادهای) تروماتیک (معمولاً در اثر فراموشی گسسته نه در اثر آسیب مغزی، الکلی، یا مواد مخدر)
۲. فرد در مورد خودش، دیگران، یا دنیا باورها یا انتظارات منفی، دائمی، و اغراق‌آمیز دارد. (مثلاً: «من آدم بدی هستم»، «به هیچ‌کس نمی‌توان اعتماد کرد»، «دنیا مکانی کاملاً خطرناک است») (این موضوع می‌تواند به‌صورت دیگری نیز خودش را نشان دهد، مثلاً: «من روحیه‌ام را برای همیشه از دست داده‌ام» یا «کل سیستم عصبی من برای همیشه خراب شده است»)
۳. فرد افکار منفی دائمی دربارهٔ علت یا پیامدهای رویداد(های) تروماتیک دارد که باعث می‌شوند فرد خودش یا دیگران را مقصر بداند.
۴. فرد به‌طور دائم در حالت هیجانی منفی قرار دارد. (مثلاً: ترس، وحشت، خشم، احساس عذاب وجدان یا گناه، یا شرم)
۵. از علاقهٔ فرد به فعالیت‌های مهم زندگی یا میزان شرکت وی در آن‌ها به شدت کاسته شده است.
۶. احساس می‌کند نمی‌خواهد با دیگران مراوده داشته باشد یا با آن‌ها غریبه شده است.
۷. فرد به‌طور دائم نمی‌تواند هیجان‌های مثبت را تجربه کند (مثلاً: نمی‌تواند شادی را تجربه کند، از زندگی خود رضایت ندارد، یا نمی‌تواند عاشقانه کسی را دوست داشته باشد).

E: سمپتوم‌های برانگیختگی: در برانگیختگی و واکنش‌پذیری فرد، تغییراتی به وجود آمده است که با رویداد (رویدادهای) تروماتیک مرتبط هستند. این تغییرات بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) تروماتیک شروع یا بدتر شده‌اند. این موضوع را دو یا چند مورد از موارد زیر نشان می‌دهند:

۱. زودرنج است و ناگهان از خشم منفجر می‌شود. (با کوچک‌ترین تحریک یا بدون هیچ‌گونه تحریک)، و این زودرنجی یا انفجار خشم معمولاً به‌صورت پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نسبت به دیگران یا به اشیاء نشان داده می‌شود.
۲. بی‌احتیاط است، کارهای خطرناک می‌کند، یا رفتارهای خود-تخریبی نشان می‌دهد.
۳. دائم گوش به‌زنگ است و بیش‌ازحد به اطراف خود توجه می‌کند.
۴. واکنش‌های «از جا پریدگی فرد» بیش‌ازحد زیاد و افراطی هستند.
۵. نمی‌تواند به آسانی تمرکز حواس داشته باشد.
۶. اختلال خواب دارد. (مثلاً: نمی‌تواند به آسانی به خواب برود، بدخواب می‌شود، یا در خواب بی‌تاب و بی‌قرار است).

F: مدت این ناراحتی‌ها (معیارهای B، C، D، و E) بیشتر از یک ماه است.

G: این ناراحتی‌ها باعث می‌شوند رنج شخصی یا نابسامانی شدیدی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی به وجود آید.

H: علت این اختلال تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: دارو، مواد یا الکل) یا یک عارضه پزشکی دیگر نیست.

ساب تایپ (نوع فرعی)

به همراه سمپتوم های گسستگی: سمپتوم های فرد معیارهای لازم برای اختلال PTSD را دارند، و علاوه بر آن، در واکنش به استرس زها، فرد سمپتوم های دائمی یا مکرر یکی از این دو را نشان می دهد:

۱. دیرپرسونالیزیشن (شخص زدایی): فرد احساس می کند که از خودش جدا شده است و انگار فرد دیگری است که از بیرون به بدن خود یا به فرایندهای ذهنی و افکار خود نگاه می کند. (مثلاً: احساس می کند که در خواب و رؤیا است، احساس می کند که شخصیتش، خودش، یا بدنش، وجود ندارند و غیرواقعی هستند، یا احساس می کند که زمان با سرعت بسیار اندکی می گذرد.)
۲. دیریالیزیشن (واقعیت زدایی): فرد احساس می کند که محیط اطراف و اشیای دور و بر او غیرواقعی هستند. (مثلاً: دنیای اطراف خود را به صورت دنیایی غیرواقعی، رؤیامانند، دور، یا مخدوش و تحریف شده تجربه می کند، احساس می کند که انسان های اطرافش از مقوا درست شده اند.)

توجه: برای به کار بردن این ساب تایپ (اسپسیفایر)، سمپتوم های گسستگی نباید به علت تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: از حال رفتن و بی هوش شدن، رفتارهای سرزده در طول مسمومیت با الکل) یا به علت یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: تشنج های جزئی و پیچیده) باشند.

اسپسیفایر:

به همراه ظهور دیر هنگام: وقتی که معیارهای کامل تا حداقل شش ماه بعد از رویداد مورد نظر وجود ندارند. (هرچند شروع و ظهور بعضی سمپتوم ها ممکن است بلافاصله باشد.)

اختلال استرس پس از تروما در کودکان شش ساله و کوچک تر

A: در کودکان شش ساله یا کمتر، قرار گرفتن در معرض یک یا چند رویداد زیر: مرگ یا تهدید به مرگ، جراحت جدی و واقعی یا خیالی، یا تجاوز جنسی واقعی یا تهدید به آن، به یک (یا چند) روش زیر:

۱. کودک رویداد (رویدادهای) تروماتیک را به طور مستقیم تجربه می کند.
 ۲. شخصاً شاهد وقوع رویداد (رویدادهای) تروماتیک برای دیگران است. (مخصوصاً برای والدین یا سایر مراقبت کنندگان اصلی)
- توجه: شاهد بودن؛ شامل مشاهده رویدادهای زیر نمی شود: رویدادهایی که در رسانه های الکترونیکی، تلویزیون، فیلم های سینمایی، یا عکس های مختلف به نمایش گذاشته می شوند.
۳. کودک می شنود که برای یکی از والدین یا یکی از کسانی که از او مراقبت می کنند رویداد (رویدادهای) تروماتیک پیش آمده است.

B: حضور یک یا چند سمپتوم مزاحم و ناخواسته مرتبط با رویداد (رویدادهای) تروماتیک، که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) تروماتیک شروع شده است:

۱. خاطرات تکراری، غیرارادی، و مزاحم از رویداد (های) تروماتیک خود به خود یا به علت بعضی محرک ها به یاد می آیند.
- توجه: خاطرات خود به خود و مزاحم ممکن است الزاماً ناراحت کننده به نظر نرسند و ممکن است خودشان را در بازی های کودکان دوباره نشان دهند.
۲. کودک به طور مکرر خواب های بدی می بیند که محتوا و یا عواطف درون آن ها با رویداد (رویدادهای) تروماتیک مرتبط هستند.

توجه: اطمینان یافتن از این موضوع که محتوای ترسناک رؤیاهای با رویداد تروماتیک مرتبط است، ممکن است امکان‌پذیر نباشد.

۳. واکنش‌هایی گسته (مثلاً: فلش‌بک) که در آن‌ها کودک طوری احساس یا عمل می‌کند که انگار رویداد (رویدادهای) تروماتیک دوباره در حال روی دادن است، (چنین واکنش‌هایی ممکن است روی یک پیوستار روی دهند که افراطی‌ترین حالت آن، از دست دادن کامل آگاهی از محیط اطراف است.) این گونه بازسازی رویدادهای مرتبط با تروما ممکن است خودش را در بازی‌های کودکان نشان دهد.
۴. وقتی کودک در معرض محرک‌های درونی یا بیرونی (که به طور غیرمستقیم یا مستقیم شبیه به یکی از جنبه‌های رویداد (رویدادهای) تروماتیک هستند) قرار می‌گیرد، به استرس روانی شدید یا طولانی‌مدت دچار می‌شود.
۵. کودک به محرک‌هایی که او را به یاد رویداد (رویدادهای) تروماتیک می‌اندازد واکنش‌های فیزیولوژیک شدید نشان می‌دهد.

C: یک (یا چند) مورد از سمپتوم‌های زیر، که نشان‌دهنده یکی از این دو مورد هستند، باید حضور داشته باشند: (۱) اجتناب مکرر و دائمی از محرک‌های مرتبط با رویداد (های) تروماتیک؛ یا (۲) تغییراتی منفی در افکار و خلق مرتبط با رویداد (های) تروماتیک. سمپتوم‌های ۱ یا ۲ باید بعد از رویداد (های) تروماتیک شروع شوند یا بعد از رویداد (های) تروماتیک بدتر شوند.

اجتناب دائمی از محرک‌ها

۱. اجتناب یا تلاش برای اجتناب از فعالیت‌ها، مکان‌ها، یادآورنده‌های فیزیکی که باعث به یاد آوردن رویداد (های) تروماتیک می‌شوند.
 ۲. اجتناب یا تلاش برای اجتناب از مردم، صحبت‌ها، یا موقعیت‌های میان‌فردی که باعث به یاد آوردن رویداد (های) تروماتیک می‌شوند.
- تغییرات منفی در افکار (شناخت‌ها)

۳. افزایش چشمگیر فراوانی حالات هیجانی منفی (مثلاً: ترس، احساس گناه، غم، شرم، سردرگمی)
۴. کودک به فعالیت‌های مهم زندگی خود به شدت بی‌علاقه شده است یا زیاد در آن‌ها شرکت نمی‌کند، از جمله، بازی با خود یا با سایر کودکان.
۵. از دیگران دوری می‌جوید و گوشه‌گیر شده است.
۶. در اکثر مواقع هیجان‌های مثبت خود را ابراز نمی‌کند.

D: در برانگیختگی و نحوه واکنش کودک تغییراتی به وجود آمده است که با رویداد (رویدادهای) تروماتیک مرتبط هستند. این تغییرات بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) تروماتیک شروع یا بدتر شده‌اند. این موضوع را دو مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نشان می‌دهند:

۱. کودک زودرنج است و ناگهان از خشم منفجر می‌شود. (به کوچک‌ترین تحریک، یا حتی بدون هیچ‌گونه تحریک)، که معمولاً به صورت پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نسبت به دیگران یا اشیاء نشان داده می‌شود (از جمله: قشقرق‌های بسیار شدید)
۲. دائماً گوش به زنگ است و بیش از حد به اطراف توجه می‌کند.
۳. واکنش‌های «از جا پریدن» کودک بیش از حد زیاد و افراطی است.
۴. نمی‌تواند به آسانی تمرکز حواس داشته باشد.
۵. اختلال در خواب (مثلاً: نمی‌تواند به آسانی به خواب برود، یا به خواب ادامه دهد، یا در خواب بی‌تاب و بی‌قرار است.)

E: مدت این ناراحتی بیش از یک ماه است.

F: ناراحتی باعث می‌شود در روابط کودک با والدین، خواهران و برادران، کودکان هم‌سن و سال، یا سایر مراقبت‌کنندگان رنج شخصی یا نابسامانی شدید به وجود آید یا رفتارهای کودک در مهدکودک و کودکستان باعث بروز مشکلاتی شود.

G: ناراحتی کودک را نمی‌توان به اثرات فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: داروی تجویزی یا الکل) یا به یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

ساب تایپ (نوع فرعی):

به همراه سمپتوم‌های گسستگی: سمپتوم‌های فرد معیارهای لازم برای اختلال PTSD را دارند، و علاوه بر آن، در واکنش به استرس‌زاها، فرد سمپتوم‌های دائمی یا مکرر یکی از این دورا نشان می‌دهد:

۱. دیرپرسونالیزیشن (شخص‌زدایی): فرد احساس می‌کند که از خودش جدا شده است، و انگار فرد دیگری است که از بیرون به بدن خود یا به فرایندهای ذهنی و افکار خود نگاه می‌کند (مثلاً: احساس می‌کند که در خواب و رؤیا است، احساس می‌کند که شخصیتش، خودش، یا بدنش وجود ندارند و غیرواقعی هستند، یا احساس می‌کند که زمان با سرعت بسیار اندکی می‌گذرد).
۲. دیریالیزیشن: فرد احساس می‌کند که محیط اطراف و اشیای دوروبر او غیرواقعی هستند. (مثلاً: دنیای اطراف خود را به صورت دنیایی غیرواقعی، رؤیاماند، دور، یا مخدوش و تحریف شده تجربه می‌کند، احساس می‌کند که انسان‌های اطرافش از مقوا درست شده‌اند).

توجه: برای به کار بردن این ساب تایپ، سمپتوم‌های گسستگی نباید به علت تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: از حال رفتن و بیهوش شدن)؛ یا به علت یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: تشنج‌های جزئی و پیچیده) باشند.

اسپیسفایر:

به همراه ظهور دیر هنگام: وقتی که معیارهای کامل تا حداقل شش ماه بعد از رویداد مورد نظر وجود ندارند. (هرچند شروع و ظهور بعضی سمپتوم‌ها ممکن است بلافاصله باشد).

اختلال استرس حاد (ASD)

A: فرد به یک (یا چند) شیوه زیر در معرض مرگ، جراحت جدی، یا تجاوز جنسی قرار می‌گیرد یا واقعاً قربانی آن می‌شود:

۱. فرد رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک را به طور مستقیم تجربه می‌کند.
۲. رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک را، که برای دیگران روی می‌دهند، شخصاً مشاهده می‌کند.
۳. متوجه می‌شود که رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک برای یکی از اعضای نزدیک خانواده یا یکی از دوستان نزدیک او روی داده است؛ رویداد (ها) باید خشن یا تصادفی باشد.
۴. فرد به طور مکرر یا مفرط در معرض جزئیات ناراحت‌کننده رویداد (رویدادهای) تروماتیک قرار می‌گیرد. (مثلاً: اولین کسانی که به جمع‌آوری بقایا و اجساد انسان‌ها می‌پردازند، افسران پلیس که به طور مکرر در معرض جزئیات کودک‌آزاری‌های مختلف قرار می‌گیرند).

توجه: این موضوع شامل مواردی نمی‌شود که فرد از طریق رسانه‌های الکترونیکی، تلویزیون، فیلم، یا عکس در معرض رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک قرار می‌گیرد، مگر اینکه با شغل او مرتبط باشد.

B: حضور ۹ سمپتوم (یا بیشتر) از سمپتوم‌های زیر، در یکی از طبقات مزاحمت، گسستگی، اجتناب، و برانگیختگی که بعد از وقوع رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک شروع می‌شوند یا اگر قبلاً شروع شده‌اند، شدت می‌یابند و بدتر می‌شوند:

سمپتوم‌های مزاحمت

۱. فرد به‌طور خودبه‌خود یا با دیدن یا شنیدن محرک‌های مختلف، به یاد خاطراتی از رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک می‌افتد که غیرارادی، ناخواسته، مزاحم، و ناراحت‌کننده هستند. (توجه: کودکان به‌طور مرتب به بازی‌هایی می‌پردازند که در آن‌ها موضوعات یا جنبه‌هایی از رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک نشان داده می‌شوند.)
۲. فرد به‌طور مکرر خواب‌هایی می‌بیند که محتوا و یا احساسات درون آن‌ها با رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک مرتبط هستند. (توجه: کودکان ممکن است خواب‌هایی ترسناک ببینند ولی محتویات آن‌ها قابل تشخیص نباشد.)
۳. فرد واکنش‌های گسستگی (مثلاً: فلش‌بک) از خود نشان می‌دهد که طی آن‌ها، طوری احساس یا عمل می‌کند که انگار رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک دوباره درحال وقوع است. (چنین واکنش‌هایی ممکن است روی یک پیوستار روی دهد، و در شدیدترین حالت، ممکن است فرد آگاهی خود از محیطی را که اکنون در آن است کاملاً از دست بدهد.) (توجه: کودکان ممکن است رویدادهایی مرتبط با تروما را در بازی‌های خود به نمایش بگذارند.)
۴. فرد در مقابل محرک‌های بیرونی که سمبل یکی از جنبه‌های رویداد (یا رویدادهای) تروماتیک یا شبیه به آن هستند، به دیسترس (رنج شخصی) شدید دچار می‌شود یا واکنش‌های فیزیولوژیک شدید نشان می‌دهد.

مود منفی

۵. ناتوانی دائمی در تجربه کردن هیجان‌های مثبت (مثلاً: ناتوانی در تجربه کردن شادی، رضایت از زندگی، یا احساسات عاشقانه)

سمپتوم‌های گسستگی

۶. فرد محیط اطراف یا خودش را به شیوه‌ای غیرواقعی احساس می‌کند. (مثلاً: خودش را از یک پرسپکتیو دیگر می‌بیند، در حالت بهت‌زدگی قرار دارد، یا گذشت زمان برایش کند می‌شود.)
۷. نمی‌تواند یک یا چند جنبه مهم رویداد(های) تروماتیک را به یاد بیاورد. (معمولاً به آزمزیای گسسته دچار می‌شود، و این فراموشی به علت ضربه مغزی، الکل، یا سایر انواع مواد و داروها نیست)

سمپتوم‌های اجتناب

۸. فرد تلاش می‌کند تا از خاطرات، افکار، یا احساساتی که درباره رویداد(های) تروماتیک هستند یا ارتباط نزدیکی با آن‌ها دارند، اجتناب کند. (اجتناب از محرک‌های درونی)
۹. تلاش می‌کند تا از محرک‌های یادآورنده بیرونی (افراد، مکان‌ها، صحبت‌ها، فعالیت‌ها، اشیا، موقعیت‌ها) که خاطرات، افکار، یا احساسات ناراحت‌کننده درباره رویداد (رویدادهای) تروماتیک را فعال می‌کنند یا ارتباط نزدیکی با آن‌ها (رویداد(های) تروماتیک) دارند، اجتناب کند.

سمپتوم‌های برانگیختگی

۱۰. اختلال خواب (فرد در به خواب رفتن مشکل دارد یا دائماً از خواب می‌پرد، یا خوابش آرام نیست.)
۱۱. فرد زودرنج و زودخشم است یا رفتارهای پرخاشگرانه نشان می‌دهد.
۱۲. گوش به‌زنگ است و حواسش به شدت به اطراف است.
۱۳. تمرکز حواس و دقت و توجه کامل برایش مشکل است.
۱۴. با کوچک‌ترین محرک از جا می‌پرد و این واکنش از جاپردگی با شدت محرک موردنظر تناسب ندارد.

C: مدت ناراحتی (سمپتوم‌های معیار B) سه روز تا یک ماه بعد از قرارگرفتن در معرض تروما است. توجه: سمپتوم‌ها معمولاً بلافاصله بعد از تروما شروع می‌شوند، اما باید به مدت حداقل سه روز تا یک ماه ادامه یابند تا با معیار این اختلال مطابقت داشته باشند.
D: ناراحتی فرد باعث ایجاد رنج شخصی یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی می‌شود.
E: این ناراحتی به علت تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: داروهای تجویزی یا الکل) نیست؛ همچنین، به علت یک عارضه پزشکی دیگر به وجود نمی‌آید (مثلاً: آسیب مغزی خفیف)، و سمپتوم‌ها نمی‌توانند سمپتوم‌های متعلق به اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت باشند.

اختلالات سازگاری

A: در واکنش به یک (یا چند) عامل استرس‌زا و قابل‌شناسایی، و در عرض سه ماه بعد از شروع این عامل یا عوامل، سمپتوم‌های هیجانی و رفتاری در فرد به وجود می‌آیند.
B: این سمپتوم‌ها یا رفتارها از لحاظ بالینی معنادار هستند و این موضوع را یک یا هر دو مورد زیر نشان می‌دهند: ۱. فرد رنج شخصی شدیدی را تجربه می‌کند که با شدت عامل استرس‌زا تناسب ندارد (با در نظر گرفتن شرایط محیطی و عوامل فرهنگی، که می‌توانند در شدت و نحوه ابراز سمپتوم‌ها تأثیر بگذارند). ۲. در عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های زندگی فرد نابسامانی و اختلال شدیدی به وجود می‌آید.
C: این ناراحتی مرتبط با استرس، معیارهای یک اختلال روانی دیگر را ندارد و صرفاً وخیم‌تر شدن یک اختلال روانی از پیش موجود نیست.
D: سمپتوم‌ها نشان‌دهنده عزا و ماتم عادی نیستند و اختلال سوگ طولانی‌مدت توضیح بهتری برای آن‌ها نیست.
E: بعد از پایان یافتن عامل استرس‌زا یا پیامدهای آن، سمپتوم‌ها حداکثر شش ماه دیگر ادامه می‌یابند.
ساب‌تایپ‌ها (انواع فرعی): به همراه خلق افسرده: مود منفی (بی‌حال و حوصلگی)، چشمان پر اشک (در حال گریه یا در آستانه گریه)، یا احساس نومیدی، کاملاً مشخص و مشهود هستند. به همراه اضطراب: عصبی بودن، نگرانی، زودرنجی، اعصاب‌خردی، یا اضطراب جدایی، کاملاً مشخص و قابل مشاهده هستند. به همراه ترکیبی از اضطراب و خلق افسرده به همراه مشکلات سلوک: مشکلات در سلوک (رفتارهای انضباطی-اخلاقی) کاملاً مشخص و قابل مشاهده است. به همراه مخلوطی از مشکلات هیجانی و رفتاری: هم سمپتوم‌های هیجانی (مثلاً: افسردگی، اضطراب) و هم اختلال در رفتار، کاملاً مشخص و قابل توجه هستند. نامشخص: این نوع فرعی برای واکنش‌های ناسازگارانه‌ای در نظر گرفته شده است که به عنوان یکی از انواع فرعی و مشخص اختلال سازگاری قابل طبقه‌بندی نیستند.

اسپیسیفایر:

حاد (کوتاه مدت): سمپتوم‌ها کمتر از شش ماه طول کشیده‌اند.

مزمن (مداوم): سمپتوم‌ها شش ماه یا بیشتر طول کشیده‌اند.

طبق تعریف، بعد از پایان یافتن استرسور یا پیامدهای آن، سمپتوم‌ها نمی‌توانند بیش از شش ماه ادامه یابند. بنابراین اسپسیفایر مداوم، زمانی به کار می‌رود که آشفتگی در پاسخ به یک استرسور مزمن یا زمانی که استرسور پیامدهای بادوام؛ دارد بیش از شش ماه طول می‌کشد.

اختلال سوگ طولانی

A: فرد یکی از عزیزان خود را از دست داده است و حداقل ۱۲ ماه از مرگ آن عزیز می‌گذرد. (درمورد کودکان و نوجوانان، حداقل شش ماه از مرگ عزیز می‌گذرد.)

B: از زمان مرگ آن عزیز، یک ماتم و عزای دائمی در فرد ایجاد شده است که یکی از سمپتوم‌های زیر یا هردوی آن‌ها مشخصه اصلی آن هستند و در اکثر روزها در سطحی که از لحاظ بالینی معنادار است حضور داشته‌اند. علاوه بر آن، سمپتوم‌ها تقریباً هر روز در حداقل یک ماه گذشته حضور داشته‌اند.

۱. فرد به شدت دلش برای فرد متوفی تنگ شده است و آرزوی دیدار او را دارد.

۲. افکار یا خاطرات عزیز از دست‌رفته ذهن فرد را مشغول کرده است. (درمورد کودکان و نوجوانان، ممکن است به طور دائم راجع به شرایط و ماجراهای مرتبط با آن مرگ فکر کنند.)

C: از زمان مرگ حداقل سه سمپتوم از سمپتوم‌های زیر در اکثر روزها و در سطحی که از لحاظ بالینی معنادار باشد حضور داشته‌اند. علاوه بر آن، سمپتوم‌ها تقریباً هر روز و به مدت حداقل یک ماه گذشته روی داده‌اند.

۱. از زمان فوت عزیز، احساس هویت فرد مختل شده است (مثلاً احساس می‌کند بخشی از وجودش مرده است)

۲. فرد مرگ عزیز را اصلاً باور نمی‌کند.

۳. فرد از رویدادهایی که او را به یاد عزیز از دست‌رفته می‌اندازند اجتناب می‌کند (درمورد کودکان و نوجوانان، ممکن است برای اجتناب از یادآورنده‌ها تلاش کنند.)

۴. فرد یک درد هیجانی قوی را در ارتباط با آن مرگ تجربه می‌کند. (مثلاً خشم، تلخ‌کامی یا تاسف)

۱. بعد از مرگ آن عزیز، فرد در منسجم کردن روابط میان فردی و فعالیت‌های خود مشکل دارد. (مثلاً با دوستانش کمتر معاشرت می‌کند، به دنبال علایقش نمی‌رود و برای آینده برنامه‌ریزی نمی‌کند.)

۲. در نتیجه مرگ آن عزیز، فرد دچار بی‌حسی یا کمرختی هیجانی می‌شود. (تجربه‌های هیجانی غایب هستند یا به شدت کاهش یافته‌اند، فرد نه از چیزی خوشحال می‌شود نه ناراحت)

۳. در نتیجه مرگ آن عزیز، فرد احساس می‌کند زندگی معنای خود را از دست داده است.

۴. در نتیجه مرگ آن عزیز، فرد به شدت احساس تنهایی می‌کند.

D: این آشفتگی باعث رنج و ناراحتی یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار در زمینه‌های اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود.

E: مدت و شدت واکنش سوگواری به وضوح از آنچه از هنجارهای اجتماعی، فرهنگی، یا مذهبی برای فرهنگ یا بافتی که فرد در آن زندگی می‌کند انتظار می‌رود، فراتر است.

F: سمپتوم‌ها توسط یک اختلال روانی دیگر مثلاً اختلال افسردگی عمده یا PTSD بهتر توضیح داده نمی‌شوند و قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک یک ماده یا عارضه پزشکی دیگر نیستند.

اختلال دل‌بستگی واکنشی

A: الگوی دائمی از رفتارهای مقید (خودداری و بازداری)، انزوایی و سردبودن با مراقبت‌کنندگان بزرگسال، که با هر دو مورد زیر نشان داده می‌شود:

- ۱) کودک، به هنگام ناراحتی و تشویش، به ندرت از دیگران دل‌گرمی و تسکین می‌خواهد یا این کار را در حداقل‌ترین سطح انجام می‌دهد.
- ۲) هنگامی که کودک ناراحت و مشوش است و دیگران برای آرام کردن او پیش قدم می‌شوند، به ندرت واکنش مثبت نشان می‌دهد یا این کار را در حداقل‌ترین سطح انجام می‌دهد.

B: کودک، از لحاظ اجتماعی و هیجانی، به طور مداوم ناراحت است و این موضوع را حداقل دو مورد از سه مورد زیر نشان می‌دهند:

- ۱) واکنش اجتماعی و هیجانی او نسبت به دیگران در کمترین سطح است.
- ۲) هیجان مثبت در او محدود است. (سرحالی، خوش اخلاقی، خنده‌رویی)
- ۳) هنگامی که کودک با مراقبان بزرگسال خود به طور عادی، ساده، و بدون حضور هرگونه تهدید، در حال تعامل است، هر چندوقت یک‌بار، و بدون هیچ دلیل خاصی، زودرنج و زود خشم می‌شود، غمگین می‌شود، یا می‌ترسد.

C: مراقبت ناسالم یا پاتوژنیک (بیماری‌زا)، که حداقل یکی از موارد زیر آن را نشان می‌دهد:

- ۱) مراقبان به طور مداوم و مکرر نیازهای کودک به دل‌گرمی، تسکین، تحریک (stimulation)، و محبت را نادیده می‌گیرند. (غفلت، غفلت اجتماعی)
- ۲) مراقبان اصلی به طور دائم عوض می‌شوند و این موضوع مانع از ایجاد دل‌بستگی‌های ثابت و استوار می‌شود. (مثلاً: کودک به طور دائم، از یک فاستر هوم به فاستر هوم دیگر می‌رود.)
- ۳) کودک در محیط‌هایی غیرعادی (مثلاً: در مؤسساتی که تعداد کودکان نسبت به مراقبان بسیار زیاد است.) بزرگ می‌شود و در نتیجه، فرصتی به دست نمی‌آورد تا به مراقبی که خودش انتخاب می‌کند؛ دل‌بسته شود.

D: این احتمال وجود دارد که «مراقبت پاتوژنیک» مندرج در معیار C مسئول رفتار مختل در معیار A باشد. (مثلاً: ناراحتی و اختلال در معیار A بعد از مراقبت ناسالم یا پاتوژنیک در معیار C شروع شده است.)

E: سمپتوم‌های کودک با معیارهای اختلال طیف اوتیسم مطابقت ندارند.

F: این اختلال قبل از پنج سالگی مشهود است.

G: کودک حداقل ۹ ماهه است. (سن رشدی کودک حداقل ۹ ماه است.)

اسپسیفایر:

دائمی: اختلال به مدت بیش از ۱۲ ماه حضور داشته است.

اسپسیفایر شدت:

اگر کودک همه سمپتوم‌ها را نشان دهد، می‌توان سطح اختلال دل‌بستگی واکنشی را با کلمه شدید مشخص کرد.

اختلال تعامل اجتماعی بی‌قیدوبند

A: مجموعه‌ای از رفتارها که در آن کودک فعالانه به بزرگسالان ناآشنا نزدیک می‌شود و با آن‌ها تعامل می‌کند. این موضوع را حداقل دو مورد از چهار مورد زیر نشان می‌دهند:

۱. کودک از نزدیک شدن و تعامل با بزرگسالان ناآشنا اصلاً خجالت نمی‌کشد یا خجالتش بسیار اندک است.
۲. رفتار کلامی یا فیزیکی کودک بیش از حد خودمانی است. (که با مرزهای تعیین‌شده از سوی فرهنگ یا جامعه کودک و با مرزهای اجتماعی مناسب-با-سن مغایرت دارد.)
۳. وقتی به اکتشاف و رفتارهای ماجراجویانه اقدام می‌کند، اصلاً بر نمی‌گردد و به مراقب بزرگسال خود نگاه نمی‌کند که آیا این کار را تأیید می‌کند یا نه، یا اینکه به ندرت نگاه تأییدجویانه به او می‌اندازد. (حتی به هنگام اکتشاف در محیط‌ها و شرایط غریبه و ناآشنا) کودک دوست دارد به همراه بزرگسالان ناآشنا برود و در این کار هیچ تعلل و تردیدی نشان نمی‌دهد یا مقدار آن بسیار اندک است.

B: رفتارهای قیدشده در معیار A به تکانشگری محدود نمی‌شوند. (برعکس ADHD) و رفتار اجتماعی بی‌قیدوبند را نیز دربرمی‌گیرند.

C: کودک مراقبانی داشته است که تقریباً او را به طور کامل مورد غفلت قرار داده‌اند و این موضوع را حداقل یکی از موارد زیر نشان می‌دهد:

۱. مراقبان کودک، به طور دائم و مکرر، نیازهای هیجانی کودک به تسکین، تحریک، و محبت را نادیده می‌گیرند. (غفلت یا محرومیت اجتماعی)
۲. مراقبان اصلی به طور مکرر عوض می‌شوند و این موضوع مانع از ایجاد دل‌بستگی‌های ثابت و استوار می‌شود. (مثلاً: کودک به طور دائم، از یک فاستر هوم به یک فاستر هوم دیگر می‌رود.)
۳. کودک در محیط‌های غیرعادی بزرگ می‌شود. (مثلاً: در مؤسساتی که تعداد کودکان نسبت به مراقبان بسیار زیاد است.) و در نتیجه، فرصتی به دست نمی‌آورد تا به مراقبی که خودش انتخاب می‌کند دل بسته شود.

D: این احتمال وجود دارد که «مراقبت پاتوژنیک» مندرج در معیار C مسئول رفتار مختل در معیار A باشد. (مثلاً: ناراحتی و اختلال در معیار A بعد از مراقبت ناسالم یا پاتوژنیک در معیار C شروع شده است.)

E: کودک حداقل ۹ ماهه است. (سن رشدی کودک حداقل ۹ ماه است.)

اسپسیفایر:

دائمی: اختلال به مدت بیش از ۱۲ ماه حضور داشته است.

اسپسیفایر شدت:

اگر کودک همه سمپتوم‌ها را نشان دهد، می‌توان سطح اختلال تعامل اجتماعی بی‌قیدوبند را با کلمه شدید مشخص کرد.

دیگر اختلالات مرتبط با تروما و استرس مشخص

درموردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصهٔ یک اختلال مرتبط با تروما و استرس که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقهٔ تشخیصی را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند. برخی نمونه‌ها عبارت‌اند از:

۱. اختلالات سازگاری مانند با شروع دیر هنگام یا همراه با تاخیر که بیش از سه ماه بعد از استرسور روی می‌دهند.
۲. اختلالات سازگاری مانند با تداوم طولانی بیش از شش ماه بدون تداوم طولانی استرسور.
۳. پاسخ مداوم به تروما با سمپتوم‌های مانند PTSD که به آستانهٔ تشخیصی نرسیده است. (PTSD زیرآستانه‌ای یا ناکامل)
۴. سندروم اتکه د نروپوس (رجوع به بخش فرهنگ و تشخیص اختلال روانی)
۵. سایر سندروم‌های فرهنگی

اختلالات مرتبط با تروما و استرس نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصهٔ یک اختلال مرتبط با تروما و استرس که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقهٔ تشخیصی را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می‌شود که اطلاعات به اندازهٔ کافی نیست تا یک تشخیص مشخص‌تر ارائه شود.

اختلالات افسردگی

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل پنجم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۹۲ تا ۹۸)

اپیزود افسردگی عمده

- A: از بین سمپتوم‌های زیر، پنج سمپتوم (یا بیشتر) در طول یک دوره دو هفته‌ای حضور داشته‌اند و نشان می‌دهند که عملکرد فرد با عملکرد قبلی او متفاوت شده است. حداقل یکی از معیارها (۱) خلق افسرده؛ یا (۲) از دست دادن علاقه یا لذت است. (توجه: سمپتوم‌هایی که آشکارا علت‌های پزشکی دارند، نباید جزو این فهرست به حساب آیند.)
۱. فرد بیشتر طول روز، و تقریباً هرروز، خلق افسرده دارد. این موضوع را خودش اظهار می‌دارد. (احساس می‌کند غمگین، تهی و خالی، یا نومید است.) یا دیگران می‌بینند (دائم گریه می‌کند، در شرف گریه کردن است، یا چشم‌هایش همیشه پر اشک هستند.) توجه: در مورد کودکان یا نوجوانان، این حالت ممکن است به صورت زودرنجی و زودخشمی نشان داده شود.
 ۲. فرد بیشتر طول روز، و تقریباً هرروز، به تمام فعالیت‌ها (یا تقریباً تمام فعالیت‌ها) به شدت بی‌علاقه است. (این موضوع را خود او می‌گوید یا دیگران مشاهده می‌کنند.)
 ۳. به طور چشمگیر چاق می‌شود یا بدون گرفتن رژیم غذایی به طور چشمگیر لاغر شده است. (لاغر یا چاق شدن چشمگیر یا معنادار یعنی اینکه فرد در عرض یک ماه بیشتر از ۵٪ وزن خود را از دست بدهد یا بیشتر از ۵ درصد به وزنش اضافه شود.) یا تقریباً هرروز بی‌اشتها یا پراشتها است. توجه: ممکن است کودکان اضافه‌وزنی را که از مرحله رشدی آن‌ها انتظار می‌رود، نشان ندهند.
 ۴. بی‌خوابی (اینسومنیا) یا پرخوابی (هایپرسومنیا) تقریباً در همه روزها.
 ۵. پرتحرکی روانی-حرکتی یا کم‌تحرکی روانی-حرکتی تقریباً هرروز (صرفاً خود فرد نباید شخصاً احساس کند که بی‌قرار یا کند شده است، بلکه دیگران نیز باید این حالت را مشاهده کنند.)
 ۶. تقریباً هرروز، احساس می‌کند بی‌حال و بی‌رمق است یا انرژی از دست داده است. (فتیگ)
 ۷. تقریباً هرروز، احساس می‌کند بی‌ارزش است یا بی‌دلیل احساس گناه (عذاب وجدان) شدید می‌کند (احساسی که ممکن است دیلوژنال باشد.) (این احساس گناه علاوه بر احساس گناهی است که فرد به خاطر «بیماری‌بودن» خود تجربه می‌کند.)
 ۸. تقریباً هرروز، توانایی فکرکردن یا تمرکز حواس ضعیف است، یا نمی‌تواند تصمیم بگیرد و قاطع باشد (این موضوع را خودش اظهار می‌دارد یا دیگران مشاهده می‌کنند.)
 ۹. به طور دائم به مرگ فکر می‌کند. (این فکر فقط به «ترس از مرگ» محدود نمی‌شود)، به طور دائم به خودکشی فکر می‌کند بدون آنکه برنامه مشخصی برای آن داشته باشد، یا اقدام به خودکشی می‌کند یا برنامه مشخصی برای خودکشی دارد.

B: این سمپتوم‌ها باعث می‌شوند فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

C: علت این اپیزود را نمی‌توان به اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

اختلال افسردگی عمده

حضور یک اپیزود افسردگی عمده (معیارهای A تا C) به اضافه معیارهای D و E توجه: بعضی واکنش‌ها به یک فقدان یا ازدست‌دادن مهم (مثلاً: فوت عزیزان، ورشکستگی مالی، ازدست‌دادن اموال و دارایی‌ها به علت فجایع طبیعی، بیماری، یا معلولیت جدی) ممکن است احساس غم شدید، نشخوار فکری درباره این فقدان، اینسومنی، بی‌اشتهایی، و کاهش وزن را شامل شوند و همه آن‌ها نیز به مواردی شبیه باشند که در توصیف معیارهای اپیزود افسردگی عمده ذکر شده است. با اینکه چنین سمپتوم‌هایی ممکن است قابل درک باشند یا متناسب با فقدان محسوب شوند، حضور یک اپیزود افسردگی عمده باید به دقت مدنظر باشد. برای این نوع تصمیم‌گیری، روانشناس یا روان‌پزشک باید از قضاوت بالینی خود براساس سابقه فرد و هنجارهای فرهنگی برای ابراز رنج به هنگام تجربه فقدان استفاده کند.

نکته: در تفکیک سوگ یا ماتم از اپیزود افسردگی اساسی، در نظر گرفتن این موضوع مفید است که سمپتوم‌های غالب در سوگ عبارت‌اند از احساس تهی‌بودن و احساس فقدان ولی در افسردگی اساسی سمپتوم‌های غالب عبارت‌اند از: خلق افسرده دائمی و ناتوانی در پیش‌بینی شادی یا لذت. دیسفوری یا در سوگ ممکن است در طول چند روز یا چند هفته کاهش یابد و به صورت امواج روی دهد که به آن امواج غم گفته می‌شود. این امواج معمولاً با افکاری درباره متوفی و یادآورنده‌های او همراه هستند. خلق افسرده در افسردگی اساسی دائمی‌تر است و با افکار یا مشغله‌های ذهنی خاصی گره نخورده است. درد سوگ ممکن است با هیجان‌های مثبت و طنز که جزو ویژگی‌های اصلی و مشخصه غم و فلاکت در افسردگی اساسی نیستند، همراه باشد. محتوای فکری مرتبط با سوگ معمولاً شامل مشغله ذهنی با افکار و خاطرات متوفی است اما در افسردگی اساسی فرد به خودانتقادی می‌پردازد یا افکار بدبینانه را نشخوار ذهنی می‌کند. در سوگ، عزت نفس معمولاً حفظ می‌شود اما در افسردگی اساسی احساس بی‌ارزش بودن و احساس تنفر از خود ایجاد می‌شود. اگر در سوگ، افکار خودتحقیری حضور داشته باشد معمولاً در رابطه با کارهایی هستند که فرد در حق متوفی انجام نداده است. اگر فرد سوگوار راجع به مرگ و مردن فکر می‌کند چنین افکاری معمولاً روی فرد متوفی و احتمالاً راجع به پیوستن به او هستند درحالی‌که در افسردگی اساسی چنین افکاری روی پایان دادن به زندگی خود است زیرا فرد احساس بی‌ارزشی، لایق زندگی نبودن، و ناتوان بودن در کنار آمدن با درد افسردگی می‌کند.

D: اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال دیلورژنال، یا سایر اختلالات سایکوتیک مشخص یا نامشخص، نمی‌توانند علت بهتری برای این اپیزود افسردگی عمده باشند.

E: هرگز یک اپیزود مانیک یا یک اپیزود هیپومانیک وجود نداشته است. توجه: اگر همه دوره‌های مانیک مانند یا هیپومانیک مانند به علت مصرف بعضی مواد هستند یا قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک یک عارضه پزشکی عمومی هستند، این استثنا کاربرد ندارد.

اسپسیفایرها:

خفیف

متوسط

شدید

اسپسیفایرها:

در بهبود جزئی

در بهبود کامل

اسپسیفایرها:
با دیسترس اضطرابی
با ویژگی‌های مخلوط (میکس)
با ویژگی‌های ملانکولیک (مالیخولیایی)
با ویژگی‌های آتیپیکال
با ویژگی‌های سایکوتیک وابسته به خلق
با ویژگی‌های سایکوتیک ناوابسته به خلق
با کاتاتونیا
با آغاز پریپارتوم
با الگوی فصلی

اختلال افسردگی دائم (دیستیمیا)

A: به مدت حداقل دو سال، فرد در اکثر ساعات روز و در اکثر روزها، خلق افسرده داشته است. این موضوع را خودش اظهار می‌دارد یا دیگران مشاهده می‌کنند. توجه: در کودکان و نوجوانان، این موضوع با زودرنجی و تندخویی نشان داده می‌شود و حداقل یک سال باید طول بکشد.
B: هم‌زمان با افسردگی، دو مورد (یا بیشتر) از موارد زیر وجود دارد: ۱. بی‌اشتهایی یا پراشتهایی ۲. بی‌خوابی یا پرخوابی ۳. انرژی اندک یا احساس خستگی شدید (فتیگ، fatigue) ۴. عزت نفس پایین ۵. تمرکز حواس ضعیف یا دشواری در تصمیم‌گیری ۶. احساس نומیدی
C: در طول دورهٔ دوسالهٔ ناراحتی (یک سال در کودکان و نوجوانان)، هرگز پیش‌نیامده است که فرد بیش از دو ماه عاری از سمپتوم‌های معیار A یا معیار B باشد.
D: معیارهای لازم برای اختلال افسردگی عمده، ممکن است به‌طور پیوسته به مدت دوسال حضور داشته باشند.
E: هرگز یک اپیزود مانیک یا یک اپیزود هیومانیک وجود نداشته است.
F: اختلال اسکیزوافکتیو دائم، اسکیزوفرنی، اختلال دیلوزنال، یا سایر اختلالات مشخص و نامشخص طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک توضیح بهتری برای سمپتوم‌های فرد نیستند.
G: علت سمپتوم‌ها را نمی‌توان به اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، یا داروهای تجویزی) یا یک عارضهٔ پزشکی دیگر (مثلاً: هیپوتیروئیدیسم) نسبت داد.

H: سمپتوم‌ها باعث می‌شوند در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های زندگی فرد رنج یا نابسامانی شدیدی به وجود آید. توجه: اگر معیارها برای تشخیص یک اپیزود افسردگی اساسی در هر زمانی از دورهٔ دوساله خلق افسرده کافی هستند، باید فرد را علاوه بر اختلال افسردگی مزمن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نیز تشخیص داد و سپس اسپیسفایر مرتبط را نیز مشخص کرد. (مثلاً به همراه اپیزودهای افسردگی اساسی متناوب با اپیزود کنونی)	
اسپیسفایرها: با دیسترس اضطرابی با ویژگی‌های آتیپیکال	
اسپیسفایرها: در بهبود جزئی در بهبود کامل	
اسپیسفایرها: آغاز زودهنگام (early onset): اگر آغاز قبل از ۲۱ سالگی است. آغاز دیرهنگام (late onset): اگر آغاز بعد از ۲۱ سالگی است.	
اسپیسفایرها: به همراه سندروم دیستیمیک خالص: در حداقل دو سال گذشته، همهٔ معیارهای لازم برای یک اپیزود افسردگی عمده برآورده نشده‌اند. به همراه اپیزود افسردگی عمدهٔ دائم: در سرتاسر دوسال گذشته، همهٔ معیارهای لازم برای یک اپیزود افسردگی عمده برآورده شده‌اند. به همراه اپیزودهای افسردگی عمدهٔ متناوب، با اپیزود کنونی: در حال حاضر، همهٔ معیارهای لازم برای یک اپیزود افسردگی دائم برآورده شده‌اند، اما در حداقل دوسال گذشته، دوره‌هایی حداقل هشت هفته‌ای وجود داشته‌اند که در آن‌ها، سمپتوم‌های فرد زیر سطح آستانهٔ لازم برای یک اپیزود افسردگی عمدهٔ تمام‌عیار قرار داشتند. به همراه اپیزودهای افسردگی عمدهٔ متناوب، بدون اپیزود کنونی: در حال حاضر، فرد همهٔ معیارهای لازم برای یک اپیزود افسردگی عمده را ندارد، اما در حداقل دوسال گذشته، حداقل یک اپیزود افسردگی عمده وجود داشته‌است.	
اسپیسفایرها: خفیف متوسط شدید	
اختلال نامنظمی خلقی اخلال‌گرانه (DMDD)	
A: انفجارهای شدید و مکرر خشم به صورت کلامی (مثلاً: داد، فریاد، دشنام، ناسزا) و یا رفتاری (مثلاً: پرخاشگری فیزیکی به مردم یا اشیاء) که از لحاظ شدت یا مدت یا رویداد یا محرک موردنظر اصلاً تناسب ندارند.	
B: انفجارهای خشم با سطح رشدی فرد مطابقت ندارند.	
C: انفجارهای خشم به طور متوسط سه بار (یا بیشتر) در هفته روی می‌دهند.	

D: در بین انفجارهای خشم، فرد به طور دائم و در اکثر ساعات روز، تقریباً همه روزها، تحریک پذیر یا عصبانی است و این موضوع از سوی دیگران (مثلاً والدین، معلمان، هم کلاسی‌ها) قابل مشاهده است.
E: معیارهای A تا D به مدت ۱۲ ماه یا بیشتر ادامه داشته‌اند و در این مدت، هرگز پیش نیامده است که فرد به مدت سه ماه پشت سرهم (یا بیشتر) هیچ یک از سمپتوم‌های معیارهای A تا D را نداشته باشد.
F: معیارهای A و D در حداقل دو محیط از سه محیط مشاهده می‌شوند. (در خانه، در مدرسه، در جمع دوستان یا هم کلاسی‌ها) و حداقل در یکی از این محیط‌ها بسیار شدید هستند.
G: قبل از شش سالگی یا بعد از ۱۸ سالگی، فرد نباید برای اولین بار به این اختلال دیاگنوز شود.
H: براساس سوابق فرد یا مشاهده از سوی دیگران، شروع معیارهای A تا قبل از ۱۰ سالگی است.
I: هرگز پیش نیامده است که فرد همه معیارهای اپیزود مانیک یا اپیزود هیپومانیک (به جز معیار مدت) را به مدت بیش از یک روز داشته باشد. نکته: شادی و نشاط بیش از حد در صورت متناسب بودن با سن، نباید سمپتوم مانیا یا هیپومانیا محسوب شود. (مثلاً در جشن تولد)
J: این رفتارها صرفاً و منحصراً در طول یک اپیزود اختلال افسردگی عمده روی نمی‌دهند و یک اختلال روانی دیگر (مثلاً اختلال طیف اوتیسم، اختلال استرس پس از تروما، اختلال اضطراب جدایی، اختلال افسردگی دائم (دیستیمیا)) نمی‌تواند توضیح بهتری برای آن‌ها باشد. نکته: نمی‌توان کودک را هم‌زمان مبتلا به اختلال نافرمانی/چالشگری، اختلال انفجار خشم متناوب، یا اختلال دوقطبی اعلام کرد اما دیاگنوز کاموربید با سایر اختلالات از جمله: افسردگی اساسی، ADHD، اختلال سلوک و اختلالات مصرف ماده امکان پذیر است. افرادی که سمپتوم‌هایشان معیارهای لازم برای اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه و اختلال نافرمانی/چالشگری را دارد، صرفاً باید مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه اعلام شوند. اگر فرد حتی یک بار اپیزود مانیک یا هیپومانیک را تجربه کرده باشد نمی‌توان او را مبتلا به اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه اعلام کرد.
K: سمپتوم‌ها را نمی‌توان به تأثیر فیزیولوژیک یک ماده یا به یک عارضه پزشکی یا نورولوژیک دیگر نسبت داد.

اختلال افسردگی پیش از قاعدگی (PMDD)

A. در اکثر سیکل‌های قاعدگی حداقل پنج سمپتوم باید در هفته آخر قبل از شروع قاعدگی‌ها حضور داشته باشند و در عرض چند روز بعد از آغاز قاعدگی باید شروع به بهبود کنند، و در هفته بعد از پایان قاعدگی باید به حداقل برسند یا کاملاً غایب باشند.
B. یک (یا چند) سمپتوم از سمپتوم‌های زیر باید حضور داشته باشند: ۱. عدم ثبات هیجانی (عاطفی) شدید (مثلاً: نوسانات خلقی؛ ناگهان احساس غمگین بودن یا اشک جمع شدن در چشمان یا گریه کردن، یا افزایش حساسیت به بی‌محبتی یا تحویل گرفته نشدن از سوی دیگران) ۲. تحریک پذیری یا خشم شدید یا افزایش کشمکش‌های میان فردی و رفتار تند با دیگران. ۳. خلق افسرده قابل توجه، احساس نومی‌دی، و افکار خودتحقیری. ۴. اضطراب، تنش، و یا احساس عصبی بودن یا در آستانه انفجار بودن.

C. یک (یا چند) سمپتوم از سمپتوم‌های زیر نیز باید حضور داشته باشند تا، به هنگام ترکیب با سمپتوم‌های معیار B در بالا، در کل به ۵ سمپتوم لازم برسند.	
۱. کاهش علاقه به فعالیت‌های عادی (مثلاً: شغل، مدرسه، دوستان، سرگرمی‌ها)	
۲. دشواری سابجکتیو در تمرکز حواس (سابجکتیو، یعنی خود فرد این موضوع را احساس می‌کند اما دیگران ممکن است متوجه آن نشوند)	
۳. بی‌رمقی یا عدم شوق، احساس خستگی به آسانی، یا عدم انرژی به میزان قابل توجه.	
۴. تغییر قابل توجه در اشتها؛ پرخوری؛ یا هوس شدید برای بعضی خوراکی‌های خاص.	
۵. هایپرسومنیا (پرخوابی) یا ایسومنیا (بی خوابی)	
۶. احساس کلافگی یا ازدست دادن کنترل	
۷. سمپتوم‌های فیزیکی مثل دردناک شدن یا متورم شدن پستان‌ها، درد مفاصل یا عضلات، احساس «بادکردگی» بدن، یا افزایش وزن. توجه: سمپتوم‌های مندرج در معیارهای A، B و C باید در اکثر قاعدگی‌های ماهانه در یک سال گذشته حضور داشته باشند.	
D. سمپتوم‌ها با رنج شدید بالینی یا تداخل در شغل، مدرسه (دانشگاه)، فعالیت‌های اجتماعی معمولی، یا روابط میان فردی با دیگران مرتبط هستند. (مثلاً: اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی؛ کاهش کارایی و بازدهی در شغل، مدرسه (دانشگاه)، یا خانه)	
E. این اختلال صرفاً وخیم‌تر شدن سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر، مثلاً اختلال افسردگی عمده، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال افسردگی دائم (دیستیمیا)، یا یک اختلال شخصیت، نیست هرچند ممکن است به همراه یکی از این اختلالات روی دهد.	
F. معیار A باید توسط رتبه‌بندی‌های روزانه پروسپکتیو در طول حداقل دو دوره قاعدگی که سمپتوم‌ها حضور دارند تایید شود. (توجه: قبل از حصول این تایید، می‌توان از یک دیانگنوز موقت (provisional diagnosis) استفاده کرد.)	
G. سمپتوم‌ها قابل نسبت دادن به تأثیرات فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: یک ماده سوء مصرفی، داروی تجویزی، یا دیگر انواع مواد) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: هایپرتیروئیدیسم) نیستند.	
اختلال افسردگی ناشی از ماده/دارو	
A: یک آشفتگی خلقی بارز و دائم که در تصویر بالینی درمان جو غالب است و مشخصه اصلی آن عبارت است از خلق افسرده یا کاهش علاقه یا لذت آشکار در همه، یا تقریباً همه فعالیت‌ها.	
B: شواهد حاصل از بررسی سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی هر دومورد (۱) و (۲) را نشان می‌دهند:	
۱. سمپتوم‌های معیار A در طول، یا اندک مدتی بعد از، مسمومیت با ماده یا پرهیز از (ترک) ماده، یا بعد از قرار گرفتن در معرض یک داروی تجویزی به وجود آمده‌اند.	
۲. ماده/داروی موردنظر قادر به ایجاد سمپتوم‌های معیار A است.	

C: آشفتگی خلقی فرد را یکی از اختلالات افسردگی مستقل (که ناشی از ماده/دارو نیست) نمی‌تواند بهتر توضیح دهد (یکی از اختلالات افسردگی و غیرناشی از ماده/دارو توضیح بهتری برای آشفتگی خلقی درمان‌جو نیست). اینگونه شواهد دال بر حضور یک اختلال افسردگی مستقل شامل موارد زیر هستند: سمپتوم‌ها قبل از آغاز مصرف ماده دارو شروع شده‌اند؛ بعد از ترک ناگهانی مصرف ماده/دارو یا مسمومیت شدید با آن ماده/دارو، سمپتوم‌ها برای مدتی قابل توجه ادامه یافته‌اند. (مثلاً: حدود یک‌ماه)؛ یا شواهد دیگری وجود دارند دال بر اینکه ممکن است یک اختلال افسردگی غیر، ناشی از ماده/دارو و مستقل وجود داشته باشد. (مثلاً: سابقهٔ اپیزودهای مکرر غیر مرتبط با ماده/دارو)
D: آشفتگی خلقی درمان‌جو صرفاً در طول یک دورهٔ دلیریوم روی نمی‌دهد.
E: آشفتگی خلقی باعث رنج شخصی یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی، و سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود. این رنج یا نقص از لحاظ بالینی معنادار است.
اسپسیفایرها: با شروع در طول مسمومیت: اگر معیارهای لازم برای مسمومیت با مادهٔ موردنظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول مسمومیت به وجود آمده باشند. با شروع در طول پرهیز (ترک): اگر معیارهای لازم برای پرهیز از (ترک) مادهٔ موردنظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول، یا اندک مدتی بعد از، پرهیز به وجود آمده باشند. با شروع بعد از مصرف داروی پزشکی: اگر سمپتوم‌ها با آغاز مصرف داروی پزشکی، تغییر در مصرف داروی پزشکی یا در طول ترک مصرف داروی پزشکی شروع شده باشند.
اختلال افسردگی ناشی از یک عارضهٔ پزشکی دیگر
A: یک دورهٔ بارز و دائمی از خلق افسرده یا کاهش علاقه یا لذت در همه، یا تقریباً همه، فعالیت‌ها که در تصویر بالینی درمان‌جو غالب است.
B: شواهد به‌دست‌آمده از بررسی سوابق، معاینهٔ جسمی، یا تست‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند که آشفتگی خلقی فرد پیامد فیزیولوژیک و مستقیم یک عارضهٔ پزشکی دیگر است.
C: یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آشفتگی خلقی فرد نیست. (مثلاً: اختلال سازگاری، به همراه خلق افسرده، که در آن عامل استرس‌زا در واقع یک عارضهٔ پزشکی جدی است.)
D: آشفتگی خلقی صرفاً در طول یک دورهٔ دلیریوم روی نمی‌دهد.
E: آشفتگی خلقی فرد باعث رنج از لحاظ بالینی معنادار یا نقص (ناپسامانی) شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های عملکردی مهم می‌شود.
اسپسیفایرها: به همراه ویژگی‌های افسردگی: همهٔ معیارهای لازم برای یک اپیزود افسردگی عمده برآورده نشده‌اند. به همراه اپیزود شبه افسردگی عمده: همهٔ معیارها لازم برای یک اپیزود افسردگی عمده برآورده شده‌اند به جز معیار C. به همراه ویژگی‌های مخلوط (میکس): سمپتوم‌های مانیا با هیپومانیا نیز حضور دارند اما در تصویر بالینی غالب نیستند.

دیگر اختلال افسردگی مشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصهٔ یک اختلال افسردگی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه اختلالات افسردگی را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده‌نشدن معیارها را به اطلاع برساند.

برخی نمونه‌ها عبارت‌اند از:

۱. افسردگی کوتاه‌مدت مکرر

۲. اپیزود افسردگی کوتاه‌مدت

۳. اپیزود افسردگی با سمپتوم‌های ناکافی

۴. اپیزود افسردگی عمدهٔ اضافه‌شده به اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات سایکوتیک

اختلال افسردگی نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصهٔ یک اختلال افسردگی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در طبقهٔ اختلالات افسردگی را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده‌نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می‌شود که اطلاعات به اندازه کافی نیست تا یک تشخیص مشخص تر ارائه شود.

اختلال خلقی نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصهٔ یک اختلال خلقی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در طبقهٔ اختلالات افسردگی یا اختلالات دوقطبی را برآورده نمی‌کند و انتخاب بین اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط مشخص یا نامشخص دشوار است. (مثلاً: آژیتاسیون حاد)

اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل پنجم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید. (صفحه ۹۸ تا ۱۱۷)

اپیزود مانیک

A: حداقل به مدت یک هفته، در اکثر ساعات روز و تقریباً هرروز، فرد آشکارا و به شیوه‌ای غیرعادی و مستمر، خلق بالا دارد، خوش اخلاق و معاشرتی شده است، یا زودرنج و تحریک‌پذیر است و فعالیت یا انرژی وی به شیوه‌ای غیرعادی و مستمر زیاد است. (در صورت نیاز به بستری شدن فرد، معیار «مدت» را باید نادیده گرفت.)

B: در طول ناراحتی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت، سه سمپتوم (یا بیشتر) از موارد زیر با درجاتی قابل توجه وجود دارند و نشان‌دهنده تغییر قابل توجه در رفتار عادی فرد هستند. (اگر فرد صرفاً تحریک‌پذیری است، باید حداقل چهار سمپتوم از سمپتوم‌های زیر وجود داشته باشند):

۱. عزت نفس فرد بیش از حد زیاد شده است یا خودبزرگ‌بینی دارد.
۲. نیاز به خواب کاهش یافته است. (مثلاً: فقط سه ساعت می‌خوابد و احساس می‌کند خستگی رفع شده است.)
۳. معاشرتی‌تر و خوش صحبت‌تر از حالت معمول است یا بی‌وقفه پرحرفی می‌کند. (انگار تحت فشار است تا به حرف زدن ادامه دهد.)
۴. فرار افکار دارد یا احساس می‌کند افکار با سرعت زیاد از ذهنش عبور می‌کنند طوری که فرصت نمی‌کند آن‌ها را بر زبان بیاورد.
۵. حواسش به آسانی پرت می‌شود. (توجهش به آسانی جلب محرک‌های بیرونی بی‌اهمیت و بی‌ربط می‌شود.) این موضوع را خودش گزارش می‌دهد یا دیگران مشاهده می‌کنند.
۶. به فعالیت‌های هدفمند (پروژه‌ها) بیش از گذشته می‌پردازد. (فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا سکشوال) یا پرتحرکی روانی-حرکتی دارد. (یعنی؛ فعالیت‌های بی‌هدف، بیهوده، و بی‌معنا دارد.)
۷. در حد افراط به فعالیت‌هایی می‌پردازد که می‌توانند پیامدهای بسیار ناراحت‌کننده داشته باشند. (مثلاً: به طور لجام‌گسیخته به خرید می‌پردازد، رفتارهای جنسی پرخطر درپیش می‌گیرد، یا سرمایه‌گذاری‌های مالی احمقانه می‌کند.)

C: این ناراحتی خلقی به اندازه کافی شدید است که باعث شود در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های زندگی فرد نابسامانی شدید به وجود آید یا مجبور شوند او را بستری کنند تا نتواند به خودش یا دیگران صدمه بزند، یا بعضی ویژگی‌های اختلالات سایکوتیک حضور دارند.

D: این اپیزود مانیک را نمی‌توان به اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، داروهای تجویزی یا سایر انواع مواد) یا به یک عارضه پزشکی دیگر، نسبت داد.

توجه: اگر در طول درمان با داروهای آنتی‌دپرسانت (مثلاً: دارودرمانی یا ECT)، یک اپیزود کامل مانی شروع شود اما بعد از محو تأثیر فیزیولوژیک آن دارودرمانی، به صورت تمام‌عیار (با همه سمپتوم‌های لازم) ادامه یابد، این وضعیت شاهد کافی برای این موضوع است که یک اپیزود مانیک (به غیر ناشی از داروهای آنتی‌دپرسانت) وجود دارد و بنابراین، می‌توان فرد را مبتلا به اختلال دوقطبی اعلام کرد.

اپیزود هیپومانیک

A: حداقل به مدت چهارروز پشت سرهم، در اکثر ساعات روز، و تقریباً هرروز، به طور مشخص و بارز، و به شیوه‌ای غیرعادی و مستمر، فرد خلق بالا دارد، خوش اخلاق و معاشرتی است، یا زودرنج و تحریک‌پذیر است و فعالیت یا انرژی وی به شیوه‌ای غیرعادی و مستمر زیاد شده است.

B: در طول ناراحتی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت، سه‌سمپتوم (یا بیشتر) از موارد زیر با درجاتی چشمگیر وجود دارند و تغییری قابل توجه در رفتار عادی فرد محسوب می‌شوند. (اگر خلق فرد صرفاً زودرنجی یا تحریک‌پذیری است، باید حداقل چهارسمپتوم از سمپتوم‌های زیر وجود داشته باشند): ۱. عزت نفس فرد بیش از حد زیاد شده است یا خودبزرگ‌بینی دارد. ۲. نیاز به خواب کاهش یافته است (مثلاً: فقط سه ساعت می‌خوابد و احساس می‌کند خستگی رفع شده است). ۳. پرحرف‌تر و خوش‌صحبت‌تر از حالت معمول است یا بسیار تندتند صحبت می‌کند. ۴. از این شاخه به آن شاخه می‌پرد یا خودش احساس می‌کند افکار، با سرعت زیاد از ذهنش عبور می‌کنند طوری که فرصت نمی‌کند آن‌ها را بر زبان بیاورد. (فرار افکار) ۵. حواسش به آسانی پرت می‌شود، (توجه‌اش به راحتی جلب محرک‌های بیرونی بی‌اهمیت و بی‌ربط می‌شود). این موضوع را خودش گزارش می‌دهد یا دیگران مشاهده می‌کنند. ۶. به فعالیت‌های هدفمند (پروژه‌ها) بیش از گذشته می‌پردازد. (فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا سکشوال) یا پرتحرکی روانی-فیزیکی دارد. (یعنی، فعالیت بی‌هدف و بی‌معنا دارد). ۷. در حد افراط به فعالیت‌هایی می‌پردازد که می‌توانند پیامدهای بسیار ناراحت‌کننده داشته باشند. (مثلاً: به طور لجام‌گسیخته به خرید و ولخرجی می‌پردازد، رفتارهای جنسی پرخطر درپیش می‌گیرد، یا سرمایه‌گذاری‌های مالی احمقانه می‌کند).
C: این دوره با تغییر واضح در عملکرد فرد ارتباط دارد و عملکرد کنونی او با عملکرد عادی وی تفاوت دارد.
D: ناراحتی و اختلال در خلق (مود) و تغییر در عملکرد ازسوی دیگران قابل مشاهده است.
E: این دوره به اندازه کافی شدید نیست که بتواند در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی فرد نابسامانی ایجاد کند، یا به بستری کردن فرد نیازی نیست. اگر خصوصیات سایکوتیک وجود داشته باشند، این دوره، طبق تعریف، اپیزود مانیک محسوب خواهد شد.
F: این اپیزود، به علت اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده نیست. (مثلاً: موادی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند، داروهای تجویزی، یا سایر مواد و داروها) توجه: اگر در طول درمان، با داروهای آنتی‌دپرسانت (مثلاً: دارودرمانی، ECT) یک اپیزود کامل هیومانی شروع شود و تا مدتی بعد از محو، تأثیر فیزیولوژیک آن نوع درمان ادامه یابد، این وضعیت شاهد کافی برای این موضوع است که یک اپیزود هیومانی (غیر ناشی از داروهای آنتی‌دپرسانت) وجود دارد. با این حال باید احتیاط را رعایت کرد زیرا حضور فقط یک یا دو سمپتوم (مخصوصاً، زودرنجی زیاد، عصبیت، یا متلاطم بودن بعد از انجام روش درمانی موردنظر برای افسردگی) برای اعلام وجود یک اپیزود هیومانی کافی نیست، و همچنین، الزاماً به معنای وجود یک استعداد ذاتی یا آمادگی فطری برای ابتلا به اختلال دوقطبی نیست.

اختلال دوقطبی I

A: معیارهای لازم برای حداقل یک اپیزود مانیک برآورده شده‌اند. اپیزودهای هیومانی یا اپیزود(های) افسردگی عمده ممکن است قبل از اپیزود مانیک حضور داشته باشند یا بعد از آن ظاهر شوند.
B: اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی‌فرم، اختلال دیلوزنال، یا سایر اختلالات طیف اسکیزوفرنی مشخص یا نامشخص و سایر اختلالات سایکوتیک، برای روی دادن اپیزود(های) هیومانی و اپیزود(های) افسردگی عمده توضیح بهتری نیستند.

اسپسیفایرها: خفیف متوسط شدید
اسپسیفایرها: در بهبود جزئی در بهبود کامل
اسپسیفایرها: با دیسترس اضطرابی با ویژگی‌های مخلوط (میکس) با چرخه سریع با ویژگی‌های ملانکولیک (مالیغولیایی) با ویژگی‌های آتیپیکال با ویژگی‌های سایکوتیک وابسته به خلق با ویژگی‌های سایکوتیک ناوابسته به خلق با کاتاتونیا با آغاز پریپارتوم با الگوی فصلی

اختلال دوقطبی II

A: حضور (یا سابقه حضور) حداقل یک اپیزود هیپومانیک و حضور (یا سابقه حضور) حداقل یک اپیزود افسردگی عمده
B: هرگز یک اپیزود مانیک وجود نداشته است.
C: اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال دیلوزنال، یا سایر اختلالات طیف اسکیزوفرنی مشخص یا نامشخص و سایر اختلالات سایکوتیک، برای روی دادن اپیزود (های) هیومانیک و اپیزود (های) افسردگی عمده توضیح بهتری نیستند.
D: سمپتوم‌های افسردگی یا غیرقابل پیش‌بینی بودن فرد (به علت نوسان دائمی و فراوان بین دوره‌های افسردگی و هیومانیا) باعث می‌شوند در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های زندگی رنج یا نابسامانی و از لحاظ بالینی معنادار (مهم) به وجود آید.
اسپسیفایر اپیزود کنونی با آخرین اپیزود اپیزود هیپومانیک اپیزود افسردگی

اسپسیفایرهای شدت (در صورتی که معیارهای کامل برای یک اپیزود خلقی کنونی برآورده شده اند): خفیف متوسط شدید
اسپسیفایرهای روند بهبودی (course) (در صورتی که معیارهای کامل برای یک اپیزود خلقی کنونی برآورده نشده اند): در بهبود جزئی در بهبود کامل
اسپسیفایرها: با دیسترس اضطرابی با ویژگی‌های مخلوط (میکس) با چرخه سریع با ویژگی‌های سایکوتیک وابسته به خلق با ویژگی‌های سایکوتیک ناوابسته به خلق با کاتاتونیا با آغاز پریپارتوم با الگوی فصلی

اختلال سیکلوتیمیک

A: به مدت حداقل دو سال (حداقل یک سال در کودکان و نوجوانان) فرد دوره‌هایی متعدد از سمپتوم‌های هیپومانی داشته است که معیارهای لازم برای اپیزود هیپومانی را ندارند و دوره‌هایی متعدد از سمپتوم‌های افسردگی داشته است که معیارهای لازم برای اپیزود افسردگی عمده را ندارند.
B: در طول این دوره دو ساله (دوره یک ساله در کودکان و نوجوانان) دوره‌های هیپومانی و دوره‌های افسردگی، حداقل به مدت نیم از دو سال (در مورد کودکان و نوجوانان، نیمی از یک سال) وجود داشته اند و هرگز پیش نیامده است که فرد بیش از دوماه هیچ سمپتومی نداشته باشد.
C: معیارهای لازم برای اپیزود افسردگی عمده، اپیزود مانیک، یا اپیزود هیپومانی، هرگز وجود نداشته است.
D: اختلال اسکیزوافکتیو دائم، اسکیزوفرنی، اختلال دیلوزنال، یا سایر اختلالات مشخص و نامشخص طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک، توضیح بهتری برای سمپتوم‌های معیار A نیستند.
E: سمپتوم‌ها را نمی‌توان به تأثیر فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: داروهای سوءمصرفی، داروهای تجویزی) یا به یک عارضه پزشکی عمومی (مثلاً: هایپرتیروئیدیسم) نسبت داد.
F: سمپتوم‌ها باعث می‌شوند در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی فرد، رنج یا نابسامانی شدیدی به وجود آید.
اسپسیفایر: به همراه دیسترس اضطرابی

اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از ماده/دارو

A: یک آشفتگی بارز و دائمی در خلق که در تصویر بالینی غالب است و خصوصیات اصلی آن عبارت‌اند از سطوح غیرعادی خلق شاد، خلق پرنشاط، یا خلق تحریک‌پذیر و سطوح غیرعادی افزایش فعالیت و انرژی.

B: شواهد به‌دست‌آمده از بررسی سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی هم مورد (۱) و هم مورد (۲) را نشان می‌دهد:
 ۱. سمپتوم‌های معیار A در طول، یا اندک مدتی بعد از، مسمومیت با ماده، یا پرهیز از ماده (ترک ماده)، یا بعد از قرار گرفتن در معرض یک دارو، به وجود آمده‌اند.
 ۲. ماده موردنظر قادر به ایجادکردن سمپتوم‌های معیار A است.

C: یک اختلال دوقطبی یا اختلال مرتبط (با آن) که ناشی از ماده/دارو نیست توضیح بهتری برای آشفتگی خلقی فرد نیست. شواهد دال بر حضور یک اختلال دوقطبی یا مرتبط (با آن) مستقل شامل موارد زیر هستند:
 سمپتوم‌ها قبل از شروع مصرف ماده ظاهر شده‌اند؛ سمپتوم‌ها برای مدتی قابل‌توجه و زیاد (مثلاً: حدود یک‌ماه) بعد از پایان یافتن سمپتوم‌های حاد ناشی از پرهیز (ترک) ماده یا مسمومیت شدید، ادامه یافته‌اند؛ یا شواهد دیگری وجود دارند که نشان‌دهنده احتمال وجود یک اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط (با آن) غیرناشی از ماده/دارو مستقل هستند. (مثلاً: سابقه اپیزودهای غیرمرتبط با ماده/دارو)

D: آشفتگی خلقی فرد صرفاً در طول یک دوره دلیریوم روی نمی‌دهد.

E: آشفتگی خلقی فرد باعث رنج شخصی (دیسترس) یا نقص شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم عملکردی می‌شود.

اسپسیفایرها:

با شروع در طول مسمومیت: اگر معیارهای لازم برای مسمومیت با ماده موردنظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول مسمومیت به وجود آمده باشند.
 با شروع در طول پرهیز (ترک): اگر معیارهای لازم برای پرهیز از (ترک) ماده موردنظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول، یا اندک مدتی بعد از، پرهیز به وجود آمده باشند.
 با شروع بعد از مصرف داروی پزشکی: اگر سمپتوم‌ها با آغاز مصرف داروی پزشکی، تغییر در مصرف داروی پزشکی یا در طول ترک مصرف داروی پزشکی شروع شده باشند.

اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر

A: یک آشفتگی بارز و دائمی در خلق که در تصویر بالینی غالب است و خصوصیات اصلی آن عبارت‌اند از سطوح غیرعادی خلق شاد، خلق پرنشاط، یا خلق تحریک‌پذیر و سطوح غیرعادی افزایش فعالیت و انرژی.

B: شواهد به‌دست‌آمده از سابقه درمان جو، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند که آشفتگی خلقی درمان جو پیامد فیزیولوژیک مستقیم یک عارضه پزشکی دیگر است.

C: یک عارضه پزشکی دیگر توضیح بهتری برای آشفتگی خلقی درمان جو نیست.

D: آشفتگی خلقی صرفاً در طول یک دوره دلیریوم روی نمی‌دهد.

E: آشفتگی خلقی فرد باعث رنج شخصی (دیسترس) یا نقص شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم عملکردی می‌شود.

اسپیسیفایرها:

با ویژگی‌های مانیک: معیارهای لازم برای اپیزود مانیک یا اپیزود هیپومانیک به طور کامل برآورده نشده‌اند.
با اپیزود شبه مانیک یا شبه هیپومانیک: همه معیارهای لازم برای یک اپیزود مانیک به جز معیار D، یا همه معیارهای لازم برای یک اپیزود هیپومانیک به جز معیار F برآورده شده‌اند.
با ویژگی‌های مخلوط (میکس): سمپتوم‌های افسردگی نیز حضور دارند، اما در تصویر بالینی غالب نیستند.

دیگر اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط مشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند.
برخی نمونه‌ها عبارت‌اند از:

۱. اپیزودهای هیپومانیک کوتاه مدت و اپیزودهای افسردگی اساسی

۲. اپیزودهای هیپومانیک با سمپتوم‌های ناکافی و اپیزودهای افسردگی اساسی

۳. اپیزود هیپومانیک بدون اپیزود افسردگی اساسی قبلی

۴. سیکلوتایمیای کوتاه مدت

۵. اپیزود مانیک اضافه شده با اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات سایکوتیک

اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود، تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می‌شود که اطلاعات به اندازه کافی نیست تا یک تشخیص مشخص تر ارائه شود.

اختلال خلقی نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال خلقی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در طبقه اختلالات افسردگی یا اختلالات دوقطبی را برآورده نمی‌کند و انتخاب بین اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط مشخص یا نامشخص افسردگی دشوار است. (مثلاً: آژیتاسیون حاد)

اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل ششم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۱۲۴ تا ۱۴۳)

اختلال اسکیزوفرنی
A: دو (یا چند) مورد از موارد زیر، که هریک از آن‌ها در طول یک دوره یک‌ماهه، به مدت زیاد و قابل توجهی حضور دارد. (یا کمتر از یک‌ماه، اگر اختلال با موفقیت درمان شود). حداقل یکی از این موارد باید مورد ۱، ۲ یا ۳ باشد. ۱. دیلورن (هذیان) ۲. هالوسینیشن (توهم) ۳. تفکر (گفتار) نامنظم (مثلاً: از خط خارج‌شدگی یا نامفهومی) ۴. رفتار بسیار نامنظم یا کاتاتونیک ۵. سمپتوم‌های منفی (مثلاً: کاهش ابراز هیجان، یا آولیشن (ناخواستی))
B: از زمان شروع این اختلال، به مدت طولانی و قابل توجه، کیفیت عملکرد فرد در یک یا چند زمینه زندگی مثلاً تحصیل، شغل، روابط میان‌فردی، یا رسیدگی به خود) بسیار کمتر از کیفیت عملکرد او در زمانی است که هنوز به این اختلال مبتلا نشده بود. (اگر شروع اسکیزوفرنی در کودکی یا نوجوانی است، فرد نمی‌تواند به سطحی از کیفیت عملکرد یا موفقیت که از وی انتظار می‌رود دست یابد. (مثلاً: در زمینه روابط میان‌فردی، تحصیلی یا شغلی)
C: علائم این ناراحتی به مدت حداقل شش‌ماه ادامه می‌یابند. در این دوره شش‌ماهه، سمپتوم‌های معیار A باید حداقل یک‌ماه وجود داشته باشند. (اگر ناراحتی با موفقیت درمان شود، این دوره می‌تواند کمتر از یک‌ماه باشد). (سمپتوم‌های معیار A، سمپتوم‌های فاز فعال هستند)، و ممکن است حاوی دوره‌هایی از سمپتوم‌های پرودرومال (مقدماتی) یا رزیدوآل (باقی‌مانده) باشند. در طول این دوره‌های پرودرومال (مقدماتی) یا رزیدوآل (باقی‌مانده)، علائم ناراحتی فقط از طریق سمپتوم‌های منفی یا از طریق دو یا چند سمپتوم ذکرشده در معیار A (البته با شدت کمتر)، نشان داده می‌شود (مثلاً: باورهای عجیب و غریب، تجربه‌های ادراکی غیرمعمولی)
D: احتمال اینکه فرد به اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال افسردگی، یا اختلال دوقطبی همراه با خصوصیات سایکوتیک مبتلا باشد منتفی است زیرا: (۱) هیچ‌گونه اپیزود افسردگی عمده یا اپیزود مانیک به‌طور هم‌زمان با سمپتوم‌های فازفعال روی نداده است؛ یا (۲) اگر اپیزودهای خلقی (اپیزودهای) افسردگی عمده یا اپیزود(های) مانیک در طول سمپتوم‌های فازفعال روی داده‌اند، کل مدت آن‌ها از کل مدت دوره فعال و دوره باقی‌مانده، کمتر بوده است.
E: علت این ناراحتی اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، یا داروهای تجویزی)، یا یک عارضه پزشکی عمومی دیگر نیست.
F: اگر سابقه اختلال طیف اوتیسم یا یک اختلال ارتباطی با شروع در کودکی وجود داشته باشد، فقط زمانی می‌توان فرد را رسماً مبتلا به اسکیزوفرنی نیز اعلام کرد که علاوه بر سایر سمپتوم‌های ضروری برای اسکیزوفرنی، دیلورن‌ها و هالوسینیشن‌ها نیز حداقل به مدت یک‌ماه حضور داشته باشند. (یا کمتر از یک‌ماه، اگر فرد با موفقیت درمان شود).
اسپسیفایر: به همراه کاتاتونیا

اسپسیفایر مسیر (course specifier): اسپسیفایرهای مسیر بالینی فقط در دو صورت باید به کار روند: (۱) اختلال بیش از یک سال ادامه یافته باشد و (۲) اسپسیفایرها در تناقض با معیارهای تشخیص مسیر بالینی نباشند. اولین اپیزود، در حال حاضر در اپیزود حاد اولین اپیزود، در حال حاضر در بهبود جزئی اولین اپیزود، در حال حاضر در بهبود کامل اپیزودهای متعدد، در حال حاضر در اپیزود حاد اپیزودهای متعدد، در حال حاضر در بهبود جزئی اپیزودهای متعدد، در حال حاضر در بهبود کامل مداوم (پیوسته) نامشخص	اسپسیفایر شدت: شدت اسکیزوفرنی از طریق سنجش کمی سمپتوم‌های اولیه سایکوز تعیین می‌شود. از جمله: دیلورن‌ها، هالوسینیشن‌ها، گفتار نامنظم، رفتارهای پسیکوموتور آنرمال، و سمپتوم‌های منفی. هریک از این سمپتوم‌ها را می‌توان براساس شدت کنونی آن‌ها، رتبه‌بندی کرد (منظور از شدت کنونی (current severity) شدیدترین حالت آن سمپتوم در هفت روز گذشته است). برای این کار باید از یک مقیاس ۵ درجه‌ای استفاده کرد: از ۰ (عدم حضور سمپتوم) تا ۴ (حضور سمپتوم و شدید بودن آن) توجه: اسکیزوفرنی را بدون استفاده از این اسپسیفایر شدت نیز می‌توان دیاگنوز کرد. (یعنی، برای اعلام ابتلای فرد به اسکیزوفرنی، به اسپسیفایر شدت نیاز نیست.)
اختلال اسکیزوفرنی فرم	
A: دو مورد (یا بیشتر) از موارد زیر، که هریک برای مدت زمان قابل توجهی در طول یک دوره یک ماهه حضور داشته‌اند (در صورت درمان موفقیت‌آمیز، معیار یک ماه می‌تواند کمتر باشد). حداقل یکی از آن‌ها باید (۱)، (۲) یا (۳) باشد: ۱. دیلورن‌ها ۲. هالوسینیشن‌ها ۳. گفتار نامنظم (از خط خارج شدن یا نامفهومی) ۴. رفتار بسیار نامنظم یا رفتار کاتاتونیک. ۵. سمپتوم‌های منفی (کاهش ابراز هیجان یا آولیشن)	
B: یک اپیزود این اختلال حداقل یک ماه اما کمتر از شش ماه ادامه می‌یابد.	
C: اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال افسردگی عمده یا اختلال دوقطبی با خصوصیات سایکوتیک منتفی شده‌اند زیرا یا (۱) هیچ اپیزود افسردگی عمده یا اپیزود مانیک به طور هم‌زمان با سمپتوم‌های فاز فعال روی نداده‌اند، یا (۲) اگر اپیزود(های) افسردگی عمده یا اپیزود(های) مانیک در فاز فعال روی داده‌اند، مدت زمان ادامه آن‌ها کمتر از نصف کل مدت زمان فازهای فعال و باقی‌مانده بیماری بوده است.	

D: این آشفتگی قابل نسبت دادن به تأثیرات فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، داروهای تجویزی) یا یک عارضه پزشکی دیگر نیست.
اسپسیفایر: به همراه ویژگی‌های پراگنوستیک خوب: که با حداقل دو مورد از موارد زیر مشخص می‌شود: شروع سمپتوم‌های سایکوتیک بارز در عرض چهار هفته بعد از اولین تغییر قابل ملاحظه در رفتارها یا عملکرد معمولی و عادی فرد؛ سردرگمی یا مبهوت‌شدگی؛ عملکرد اجتماعی و شغلی خوب در دوران قبل از بیماری؛ عدم وجود بی‌واکنشی هیجانی یا کندشدن عاطفه. بدون ویژگی‌های پراگنوستیک خوب: این اسپسیفایر زمانی به کار می‌رود که دو (یا بیشتر از دو) ویژگی بالا حضور نداشته‌اند.
اسپسیفایر: به همراه کاتاتونیا
اسپسیفایر شدت: شدت اختلال از طریق سنجش کمی سمپتوم‌های اولیه سایکوز تعیین می‌شود.

اختلال اسکیزوافکتیو

A: یک دوره پیوسته و بدون وقفه از بیماری که در طول آن، یک اپیزود خلقی عمده (افسردگی عمده یا یک اپیزود مانیک) وجود دارد و به طور هم‌زمان با معیار A در اسکیزوفرنی روی می‌دهد. توجه: اپیزود افسردگی عمده باید معیار A1 (خلق افسرده) را داشته‌باشد.
B: در طول مدت بیماری، دیلورن‌ها یا هالوسینیشن‌ها به مدت دوهفته یا بیشتر در غیاب یک اپیزود افسردگی عمده یا یک اپیزود مانیک وجود دارند.
C: سمپتوم‌هایی که معیارهای لازم برای اپیزود افسردگی عمده یا اپیزود مانیک را برآورده می‌کنند، در اکثر مواقع در طول دوره‌های فعال و باقی‌مانده بیماری حضور دارند.
D: این ناراحتی در اثر تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، یا داروهای تجویزی) یا یک عارضه پزشکی عمومی نیست.
ساب‌تایپ‌ها (انواع فرعی): نوع دوقطبی: اگر ناراحتی شامل یک اپیزود مانیک است. اپیزودهای افسردگی عمده نیز ممکن است روی دهند. (اپیزود ترکیبی) نوع دپرسیو: اگر ناراحتی فقط شامل اپیزودهای افسردگی عمده است.
اسپسیفایر: به همراه کاتاتونیا

اسپسیفایر مسیر (course specifier): اگر اختلال حداقل یک سال ادامه یافته است، مسیر آن را قید کنید: اولین اپیزود، درحال حاضر در اپیزود حاد اولین اپیزود، درحال حاضر در بهبود جزئی اولین اپیزود، درحال حاضر در بهبود کامل اپیزودهای متعدد، درحال حاضر در اپیزود حاد
اپیزودهای متعدد، درحال حاضر در بهبود جزئی اپیزودهای متعدد، درحال حاضر در بهبود کامل مداوم (پیوسته) نامشخص
اسپسیفایر شدت: شدت اختلال ازطریق سنجش کمی سمپتوم‌های اولیه سایکوز تعیین می‌شود.

اختلال سایکوتیک کوتاه
A: حضور یک (یا چند) سمپتوم زیر، حداقل یکی از سمپتوم‌ها باید (۱)، (۲)، یا (۳) باشد: ۱. دیلورن‌ها ۲. هالوسینیشن‌ها ۳. گفتار نامنظم (مثلاً: از خط خارج‌شدگی یا نامفهوم‌بودن گفته‌ها) ۴. رفتار بسیار نامنظم یا رفتار کاتاتونیک
B: مدت یک اپیزود از این اختلال حداقل یک‌روز اما کمتر از یک‌ماه است و بعد از آن، کیفیت عملکرد فرد به‌طور کامل به سطح پری‌موربید (پیش از بیماری) برمی‌گردد.
C: این اختلال را نمی‌توان به اختلال افسردگی عمده یا اختلال دوقطبی با ویژگی‌های سایکوتیک، یا یک اختلال سایکوتیک دیگر مثل اسکیزوفرنی یا کاتاتونیا نسبت داد، و علت آن نمی‌تواند تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، داروهای تجویزی) یا یک عارضه پزشکی دیگر باشد.
اسپسیفایر: با استرس‌زا(ها)ی قابل ملاحظه (واکنش سایکوتیک کوتاه): در صورتی که سمپتوم‌ها در پاسخ به رویدادهایی ایجاد شوند که، به‌تنهایی یا به‌همراه هم، برای تقریباً همه افراد هم‌فرهنگ و هم‌قوم درمان‌جو، به‌شدت استرس‌زا هستند (به عبارت دیگر، رویداد(های) استرس‌زای موردنظر باید قابلیت استرس‌زایی داشته باشند). بدون استرس‌زاهای قابل ملاحظه: در صورتی که سمپتوم‌ها در پاسخ به رویدادهایی ایجاد نشوند که، به‌تنهایی یا به‌همراه هم، برای تقریباً همه افراد هم‌فرهنگ و هم‌قوم درمان‌جو، به‌شدت استرس‌زا هستند. با شروع پست-پارتوم: اگر شروع اختلال در طول بارداری یا در عرض چهار هفته بعد از زایمان باشد.

اسپسیفایر:
به همراه کاتونیا
اسپسیفایر شدت:
شدت اختلال از طریق سنجش کمی سمپتوم‌های اولیه سایکوز تعیین می‌شود.

اختلال هذیانی (دیلوژنال)
A: حضور یک (یا چند) دیلوژن که حداقل یک ماه ادامه می‌یابد. (می‌یابند)
B: فرد هرگز معیار A اسکیزوفرنی را نداشته است. توجه: معمولاً هالوسینیشن وجود ندارد، اگر هم وجود داشته باشد، زیاد جلب توجه نمی‌کنند و با موضوع دیلوژن مرتبط هستند. مثلاً: اگر فرد دیلوژن آلوده شدن به بیماری دارد، هالوسینیشن او ممکن است آلوده شدن با حشرات باشد.
C: غیر از تأثیر منفی دیلوژن (دیلوژن‌ها) در بعضی جنبه‌های زندگی یا غیر از پیامدهای غیرمنتظره و پیچیده آن، عملکرد فرد در جنبه‌های مختلف زندگی زیاد مختل نشده است و رفتار او به وضوح عجیب و غریب نیست.
D: اگر هم‌زمان با دیلوژن‌ها، اپیزود(های) افسردگی عمده یا اپیزودهای مانیک نیز روی داده باشند، مدت آن‌ها نسبت به مدت اپیزودهای دیلوژن کوتاه است.
E: این ناراحتی به علت تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی یا داروی تجویزی) یا یک عارضه پزشکی عمومی نیست و یک اختلال روانی دیگر، مثلاً: اختلال بادی دیسمورفیک یا اختلال وسواسی-اجباری نمی‌تواند دلیل بهتری برای آن باشد.
انواع فرعی اروتومانیک: دیلوژن اینکه یک نفر، معمولاً برتر از لحاظ مقام و مرتبه، عاشق فرد است. گراندیوز: فرد دیلوژن دارد که به طور اغراق آمیزی ارزشمند است، قدرت، دانش، هویت دارد، یا رابطه‌ای ویژه با خدا یا با افراد مشهور دارد. حسادت: فرد دیلوژن دارد که دوست، نامزد، یا همسرش به او خیانت می‌کند. تعقیب و گزند: فرد فکر می‌کند که دیگران خودش (یا یکی از عزیزانش) را به نوعی می‌خواهند اذیت کنند و بد آن‌ها را می‌خواهند. سوماتیک: فرد فکر می‌کند که یک بیماری یا یک عارضه پزشکی عمومی دارد. میکس: فرد دیلوژن‌هایی دارد که خصوصیات دو یا چند نوع فرعی را دارند اما هیچ‌یک از آن‌ها بر دیگری غالب نیست. نامشخص: این نوع فرعی زمانی به کار می‌رود که باور دیلوژنی غالب را نمی‌توان به وضوح مشخص کرد یا در انواع فرعی مشخص (نوع اروتومانیک، گراندیوز، و سایر موارد بالا) توصیف نشده‌اند. یک نمونه از دیلوژن‌هایی که دقیقاً مشخص نیست، دیلوژن ارجاع بدون عنصر تعقیب و گزند یا عنصر گراندیوز است.
اسپسیفایر: با محتوای عجیب و غریب (with bizarre content): دیلوژن‌ها زمانی bizarre محسوب می‌شوند که به وضوح غیرواقعی و غیرمنطقی، غیرقابل فهم و بدون ارتباط با تجربه‌های عادی زندگی هستند. (مثلاً: فرد باور دارد که یک غریبه اندام‌های داخلی او را از بدنش درآورده است و اندام‌های یک نفر دیگر را داخل آن قرار داده است بدون آنکه هیچ‌گونه جراحت یا جای زخم باقی بگذارد.)

اگر اختلال حداقل یک سال ادامه یافته است، مسیر آن را قید کنید: اولین اپیزود، درحال حاضر در اپیزود حاد اولین اپیزود، درحال حاضر در بهبود جزئی اولین اپیزود، درحال حاضر در بهبود کامل اپیزودهای متعدد، درحال حاضر در اپیزود حاد اپیزودهای متعدد، درحال حاضر در بهبود جزئی اپیزودهای متعدد، درحال حاضر در بهبود کامل مداوم (پیوسته) نامشخص	اسپسیفایر شدت: شدت اختلال از طریق سنجش کمی سمپتوم‌های اولیه سایکوز تعیین می‌شود.
---	--

اختلال سایکوتیک ناشی از ماده / دارو	
A: یک یا هر دو سمپتوم زیر در فرد وجود دارد:	
۱. دیلوژن‌ها	
۲. هالوسینیشن‌ها	
B: شواهد جمع‌آوری شده از بررسی سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی هم مورد (۱) و هم مورد (۲) را نشان می‌دهند:	
۱. سمپتوم‌های معیار دیلوژن‌ها و یا هالوسینیشن‌ها در طول، یا با فاصله اندکی بعد از، مسمومیت با ماده یا پرهیز از مصرف ماده یا قرارگرفتن در معرض یک دارو به وجود آمده‌اند.	
۲. ماده/داروی موردنظر قابلیت این را دارد که سمپتوم‌های معیار A را تولید کند.	
C: یک اختلال سایکوتیک غیرناشی از ماده/دارو توضیح بهتری برای آشفتگی فرد نیست. شواهد دال بر حضور یک اختلال سایکوتیک مستقل شامل موارد زیر هستند:	
سمپتوم‌ها قبل از شروع مصرف ماده/دارو شروع شده‌اند؛ سمپتوم‌ها برای مدتی زیاد (مثلاً: حدود یک‌ماه) بعد از ازبین‌رفتن سندروم پرهیز حاد یا مسمومیت شدید ادامه می‌یابند؛ یا شواهد دیگری وجود دارد دال بر اینکه یک اختلال سایکوتیک مستقل و غیرناشی از ماده/دارو وجود دارد. (مثلاً: سابقه اپیزودهای مکرر و غیرناشی از مصرف ماده دارو)	
D: آشفتگی فرد صرفاً در طول یک دوره دلیریوم روی نمی‌دهد.	
E: آشفتگی فرد باعث ناراحتی و رنج شخصی (دیسترس) از لحاظ بالینی معنادار یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا عملکرد در سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود.	

اسپسیفایر: با شروع در طول مسمومیت: اگر معیارهای لازم برای مسمومیت با ماده موردنظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول مسمومیت به وجود آمده باشند. با شروع در طول پرهیز (ترک ماده): اگر معیارهای لازم برای پرهیز از (ترک) ماده موردنظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول، یا اندک مدتی بعد از، پرهیز به وجود آمده باشند. با شروع بعد از مصرف داروی پزشکی: اگر سمپتوم‌ها با آغاز مصرف داروی پزشکی، تغییر در مصرف داروی پزشکی یا در طول ترک مصرف داروی پزشکی شروع شده باشند.
اسپسیفایر شدت کنونی شدت اختلال از طریق سنجش کمی سمپتوم‌های اولیه سایکوز تعیین می‌شود.

اختلال سایکوتیک ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر

A: هالوسینیشن‌ها یا دیلوژن‌های غالب
B: شواهد به دست آمده از بررسی سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند که آشفتگی درمان‌جو پیامد پاتوفیزیولوژیک و مستقیم یک عارضه پزشکی دیگر است.
C: یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آشفتگی فرد نیست.
D: آشفتگی صرفاً در طول یک اپیزود دلیریوم روی نمی‌دهد.
E: آشفتگی باعث رنج و عذاب شخصی (دیسترس) از لحاظ بالینی معنادار یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود.
انواع فرعی کدگذاری براساس سمپتوم غالب: به همراه انواع دیلوژن‌ها: در صورتی که دیلوژن‌ها سمپتوم غالب باشند. به همراه انواع هالوسینیشن‌ها: در صورتی که هالوسینیشن‌ها سمپتوم غالب باشند.
اسپسیفایر شدت کنونی شدت اختلال از طریق سنجش کمی سمپتوم‌های اولیه سایکوز تعیین می‌شود.

کاتاتونیای مرتبط با یک اختلال روانی (اسپسیفایر کاتاتونیا)

حداقل سه مورد از سمپتوم‌های زیر، در تصویر بالینی غالب است:

۱. استوپر یا حالت نیمه‌کما (فقدان فعالیت روانی-حرکتی، ارتباط برقرار نکردن با محیط اطراف خود به صورت فعالانه)
۲. کاتالپسی (گرفتن یک ژست بدنی به صورت منفعلانه و برخلاف جاذبه زمین)
۳. انعطاف‌پذیری مومی (اندکی مقاومت کردن در مقابل فشار وارده از سوی معاینه‌کننده به منظور قراردادن بدن در حالتی خاص و برابر بودن مقدار مقاومت با مقدار فشار معاینه‌کننده)
۴. میوتیسم (نشان دادن پاسخ کلامی بسیار اندک یا پاسخ ندادن به طور کلی. در صورت اطمینان از ابتلای فرد به آفازیا، این سمپتوم در نظر گرفته نمی‌شود.)
۵. نگاتیویسم (مخالفت کردن با دستورات یا واکنش نشان ندادن به محرک‌های بیرونی)

۶. پوسچرینگ (گرفتن یک ژست برخلاف نیروی جاذبه زمین به طور خودجوش و سعی در حفظ آن)
۷. مانریسم (درپیش گرفتن رفتارهایی شبیه به رفتارهای عادی اما به صورت عجیب و غریب، خنده‌دار، و صرفاً در مواردی خاص)
۸. حرکات کلیشه‌ای (حرکات تکراری، با فراوانی غیرعادی، و بدون هدف)
۹. آژی‌تاسیون (پرتحرکی و بی‌قراری، بدون قرار گرفتن تحت تأثیر محرک‌های بیرونی)
۱۰. شکلک درآوردن.
۱۱. اکولالیا (تقلید کردن گفتار دیگران)
۱۲. اکوپراکسیا (تقلید کردن حرکات دیگران)

کاتاتونیای مرتبط با یک عارضه پزشکی

حداقل سه مورد از سمپتوم‌های زیر، در تصویر بالینی غالب است:

۱. استوپر یا حالت نیمه‌کما (فقدان فعالیت روانی-حرکتی، ارتباط برقرار نکردن با محیط اطراف خود به صورت فعالانه)
۲. کاتالپسی (گرفتن یک ژست بدنی به صورت منفعلانه و برخلاف جاذبه زمین)
۳. انعطاف‌پذیری مومی (اندکی مقاومت کردن در مقابل فشار وارده از سوی معاینه‌کننده به منظور قراردادن بدن در حالتی خاص و برابر بودن مقدار مقاومت با مقدار فشار معاینه‌کننده)
۴. میوتیسم (نشان دادن پاسخ کلامی بسیار اندک یا پاسخ ندادن به طور کلی. در صورت اطمینان از ابتلای فرد به آفازیا، این سمپتوم در نظر گرفته نمی‌شود.)

۵. نگاتیویسم (مخالفت کردن با دستورات یا واکنش نشان ندادن به محرک‌های بیرونی)
۶. پوسچرینگ (گرفتن یک ژست برخلاف نیروی جاذبه زمین به طور خودجوش و سعی در حفظ آن)
۷. مانریسم (درپیش گرفتن رفتارهایی شبیه به رفتارهای عادی اما به صورت عجیب و غریب، خنده‌دار، و صرفاً در مواردی خاص)
۸. حرکات کلیشه‌ای (حرکات تکراری، با فراوانی غیرعادی، و بدون هدف)
۹. آژی‌تاسیون (پرتحرکی و بی‌قراری، بدون قرار گرفتن تحت تأثیر محرک‌های بیرونی)
۱۰. شکلک درآوردن.
۱۱. اکولالیا (تقلید کردن گفتار دیگران)
۱۲. اکوپراکسیا (تقلید کردن حرکات دیگران)

شواهد حاصل از بررسی سوابق، معاینه فیزیکی و تست‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند آشفتگی فرد پیامد پاتوفیزیولوژیک و مستقیم یک عارضه پزشکی دیگر است.

یک عارضه روانی دیگر توضیح بهتری برای آشفتگی فرد نیست.

آشفتگی فرد صرفاً در طول ابتلا به دلیریوم رخ نمی‌دهد.

این آشفتگی باعث رنج و ناراحتی شدید فرد می‌شود و روند یا کیفیت عملکرد را مختل می‌کند.

کاتاتونیای نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه کاتاتونیا باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود اما ماهیت اختلال پشت‌پرده یا عارضه پزشکی دیگر معلوم نیست، معیارهای کامل کاتاتونیا برآورده نشده است یا اطلاعات کافی برای یک تشخیص دقیق‌تر وجود ندارد.

دیگر اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک مشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند.

نمونه‌هایی از این موارد عبارت‌اند از:

توهم شنیداری مستمر در غیاب سایر ویژگی‌ها

هذیان‌های همراه اپیزودهای خلقی معنادار

سندروم سایکوز تخفیف‌یافته (سمپتوم‌های پایین‌تر از سطح آستانه لازم برای سایکوز کامل)

سمپتوم‌های هذیانی در بافت رابطه با یک فرد مبتلا به هذیان‌های آشکار و بارز.

اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می‌شود که اطلاعات به اندازه کافی نیست تا یک تشخیص مشخص‌تر ارائه شود.

اختلالات خوردوخوراک

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل هفتم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۱۵۱ تا ۱۶۱)

اختلال پایکا
A: حداقل یک‌ماه است که فرد به‌طور دائم مواد غیرغذایی و بدون ارزش غذایی می‌خورد.
B: خوردن مواد غیرغذایی و غیرقابل هضم با مرحله‌ی رشدی فرد مطابقت ندارد.
C: این رفتار خوردن بخشی از آداب و رسوم فرهنگی یا اجتماعی نیست.
D: اگر این رفتار در بطن یک اختلال روانی دیگر (مثلاً: معلولیت ذهنی، اختلال طیف اوتیسم، اسکیزوفرنی) یا یک وضعیت پزشکی (ازجمله بارداری) روی دهد، باید به اندازه‌ی کافی شدید و خطرناک باشد تا توصیه شود پزشکان و روانشناسان توجه خاصی به آن داشته باشند.
اسپسیفایر: در بهبود: معیارهای کامل برای پایکا قبلاً برآورده شده بودند، اما درحال حاضر معیارها در یک دوره‌ی زمانی مستمر برآورده نشده‌اند.

اختلال نشخوار
A: حداقل یک‌ماه است که فرد به‌طور مکرر غذا را از معده به دهان می‌آورد و آن را دوباره می‌جود، دوباره قورت می‌دهد، یا به بیرون تف می‌کند.
B: نشخوار مکرر را نمی‌توان به یک عارضه‌ی معده‌ای-روده‌ای یا یک عارضه‌ی پزشکی دیگر نسبت داد.
C: این رفتار صرفاً به‌هنگام ابتلای فرد به آنورکسیانروزا، بولیمیانروزا، اختلال بینج‌ایتینینگ، یا اختلال ARFID روی نمی‌دهد.
D: اگر سمپتوم‌ها در بطن یک اختلال روانی دیگر (مثلاً: معلولیت ذهنی، یا یک اختلال عصبی-رشدی دیگر) روی دهند، باید به اندازه‌ی کافی شدید باشند تا توصیه شود پزشکان و روانشناسان توجه خاصی به آن داشته باشند.
اسپسیفایر: در بهبود: معیارهای کامل برای اختلال نشخوار قبلاً برآورده شده بودند، اما درحال حاضر معیارها در یک دوره‌ی زمانی مستمر برآورده نشده‌اند.

اختلال اجتناب/محدودیت غذا (ARFID)
A: مختل شدن خورد (eating) یا خوراک (خوراندن، feeding)، (مثلاً: بی‌علاقگی ظاهری به خوردن یا غذا؛ امتناع از خوردن به علت ویژگی‌های حسی غذا، مثل رنگ، بو، طعم؛ نگرانی درباره‌ی پیامدهای منفی خوردن)، که با یک مورد (یا بیشتر) از موارد زیر مرتبط است: ۱. کاهش وزن شدید (در مورد کودکان اضافه‌نشدن وزن یا رشد ناکافی) ۲. سوءتغذیه قابل توجه ۳. وابستگی به تغذیه روده‌ای (وریدی) یا خوردن مکمل‌های غذایی ۴. اختلال شدید در عملکرد روانی-اجتماعی.
B: این اختلال را نمی‌توان به کمبود غذای قابل مصرف (قحطی یا فقر) یا آداب و رسوم فرهنگی-اجتماعی که خوردن بعضی غذاها را نفی می‌کنند، نسبت داد.

C: این رفتار فقط به هنگام ابتلای فرد به آنورکسیانروزا یا بولیمیانروزا روی نمی‌دهد، و شواهد نشان نمی‌دهند که در نحوه تجربه فرد از وزن یا شکل بدن خود، اختلالی به وجود آمده باشد.

D: این اختلال غذایی را نمی‌توان به یک عارضه پزشکی هم‌زمان نسبت داد یا یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند توضیح بهتری برای آن باشد. وقتی این اختلال غذایی به هنگام یک عارضه پزشکی دیگر یا یک اختلال روانی دیگر روی می‌دهد، شدتش بیشتر از آن چیزی است که معمولاً در آن عارضه پزشکی یا اختلال روانی مشاهده می‌شود و روان‌پزشکان با روانشناسان باید آن را جداگانه موردتوجه قرار دهند.

اسپیسفایر:

در بهبود: معیارهای کامل برای اختلال ARFID قبلاً برآورده شده بودند، اما در حال حاضر معیارها در یک دوره زمانی مستمر برآورده نشده‌اند.

اختلال آنورکسیانروزا

A: فرد از خوردن غذای مناسب و در نتیجه، کسب انرژی لازم خودداری می‌کند و این موضوع به کاهش وزن شدید (از لحاظ سنی، جنسی، مسیر رشدی، و سلامت جسمی) منجر می‌شود. منظور از کاهش وزن شدید این است که وزن فرد بزرگسال از حداقل وزن معمول، یا وزن کودک یا نوجوان از حداقل وزنی که برای سن او انتظار می‌رود، کمتر است.

B: فرد از افزایش وزن یا چاق شدن به شدت می‌ترسد یا به طور دائم رفتارهایی پیش می‌گیرد که مانع افزایش وزن می‌شوند، حتی زمانی که کمبود وزن چشمگیر دارد.

C: از وزن بدن یا شکل اندام خود برداشت غلط دارد، ارزی که برای خودش قائل می‌شود بیش از حد و به طور غیرمنطقی تحت تأثیر وزن بدن یا شکل اندامش است، و با اینکه کمبود وزن دارد، قبول نمی‌کند که این کمبود وزن برای سلامتش جدّاً ضرر دارد.

ساب‌تایپ‌ها (انواع فرعی):

محدودکننده: حداقل در سه ماه گذشته، فرد بینج‌ایتینگ یا رفتار تصفیه نداشته (یعنی، خودش را مجبور به استفراغ نکرده یا از ملین‌ها، ادراآورها، و روده‌شورها استفاده بی‌مورد نکرده است، و صرفاً غذا خوردن خود را محدود کرده است.) در این نوع، کاهش وزن عمدتاً از طریق رژیم گرفتن، روزه گرفتن و یا ورزش مفرط حاصل می‌شود.

بینج‌ایتینگ/تصفیه: حداقل در سه ماه گذشته، فرد به طور مکرر اپیزودهایی از بینج‌ایتینگ یا رفتارهای تصفیه داشته است.

اسپیسفایر بهبودی:

در بهبود ناکامل یا جزئی: معیارهای کامل برای آنورکسیانروزا قبلاً برآورده شده بودند، اما در حال حاضر معیار A (وزن اندک بدن) برای مدتی مستمر برآورده نشده است اما از دو معیار B (ترس شدید افزایش وزن یا رفتاری که افزایش وزن را مختل کند) و C (آشفته‌گی در خودادراکی که باعث ادراک غلط از وزن و هیکل می‌شود.) یک معیار همچنان برآورده شده است.

در بهبود کامل: معیارهای کامل برای اختلال آنورکسیانروزا قبلاً برآورده شده بودند، اما در حال حاضر هیچ‌یک از معیارها در یک دوره زمانی مستمر برآورده نشده‌اند.

اسپسیفایر شدت:
خفیف: BMI 17 kg/m ²
متوسط: BMI 16-16.99 kg/m ²
شدید: BMI 15-15.99 kg/m ²
مفرط: BMI 15 kg/m ²

اختلال بولیمیانروزا

A: اپیزودهای مکرر بینج ایتینگ. اپیزود بینج ایتینگ دو مشخصه دارد که هر دو باید وجود داشته باشند:

۱. در یک دوره زمانی مستقل (مثلاً: در عرض دو ساعت، فرقی نمی‌کند در چه زمانی از شبانه‌روز)، مقدار غذایی که فرد می‌خورد از مقدار غذایی که اکثر افراد در همان دوره زمانی و تحت شرایط مشابه می‌خورند بسیار بیشتر است.
۲. در طول این دوره‌های زمانی پرخوری، فرد احساس می‌کند بر خوردن خود کنترل ندارد. (مثلاً: احساس می‌کند نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا نوع غذا یا مقدار آن را کنترل کند.)

B: فرد برای جبران پرخوری‌های خود و جلوگیری از افزایش وزن، به طور مکرر به رفتارهای جبرانی نامناسب اقدام می‌کند. مثلاً: خودش را به استفراغ می‌اندازد، از ملین‌ها، ادراآورها، و یا سایر داروها استفاده می‌کند؛ روزه می‌گیرد، یا ورزش‌های فشرده و شدید انجام می‌دهد.

C: هم بینج ایتینگ و هم رفتارهای جبرانی نامناسب، به طور متوسط، حداقل یک بار در هفته و به مدت سه ماه روی می‌دهند.

D: ارزشی که فرد برای خودش قائل است به طور غیرمنطقی و بیش از حد تحت تأثیر شکل و وزن بدن قرار دارد.

E: این اختلال انحصاراً در اپیزودهای آنورکسیانروزا روی نمی‌دهد.

اسپسیفایر بهبودی:

در بهبود ناکامل یا جزئی: معیارهای کامل برای بولیمیانروزا قبلاً برآورده شده بودند، و اکنون در حال حاضر بعضی از آن‌ها (نه همه آن‌ها) برای مدتی مستمر برآورده شده‌اند.

در بهبود کامل: معیارهای کامل برای اختلال بولیمیا نروزا قبلاً برآورده شده بودند، اما در حال حاضر هیچ‌یک از معیارها در یک دوره زمانی مستمر برآورده نشده‌اند.

اسپسیفایر شدت:

خفیف: به طور متوسط ۱ تا ۳ اپیزود از رفتارهای جبرانی نامناسب در طول هفته.

متوسط: به طور متوسط ۴ تا ۷ اپیزود از رفتارهای جبرانی نامناسب در طول هفته.

شدید: به طور متوسط ۸ تا ۱۳ اپیزود از رفتارهای جبرانی نامناسب در طول هفته.

مفرط: به طور متوسط ۱۴ اپیزود (یا بیشتر) از رفتارهای جبرانی نامناسب در طول هفته.

اختلال بینج‌ایتینگ

A: اپیزودهای مکرر بینج‌ایتینگ. هر اپیزود بینج‌ایتینگ دو مشخصه اصلی دارد. (هر دو باید وجود داشته باشند):

۱. فرد در یک دوره زمانی مستقل (مثلاً: در عرض دو ساعت) مقداری غذا می‌خورد که بسیار بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در همان دوره زمانی و تحت شرایط مشابه می‌خورند.
۲. احساس می‌کند. در طول این دوره نمی‌تواند رفتار «خوردن» را کنترل کند. (برای مثال، احساس می‌کند نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا نوع غذا یا مقدار آن را کنترل کند.)

B: دوره‌های بینج‌ایتینگ با سه مورد (یا بیشتر) از موارد زیر همراه هستند:

۱. فرد با سرعتی بسیار بیشتر از سرعت عادی غذا می‌خورد.
۲. آن‌قدر می‌خورد که احساس سیری ناخوشایندی به او دست می‌دهد.
۳. حتی زمانی که احساس نمی‌کند به طور فیزیکی گرسنه است، مقدار زیادی غذا می‌خورد.
۴. در تنهایی پرخوری می‌کند زیرا از اینکه دیگران ببینند چقدر زیاد می‌خورد خجالت می‌کشد.
۵. بعد از پرخوری از خودش بدش می‌آید، به شدت ناراحت و غمگین می‌شود، یا به شدت احساس عذاب وجدان می‌کند.

C: به خاطر بینج‌ایتینگ، رنج (دیسترس) شدیدی تجربه می‌کند.

D: بینج‌ایتینگ، به طور متوسط، حداقل یک بار در هفته و به مدت حداقل سه ماه روی می‌دهد.

E: بینج‌ایتینگ با استفاده مکرر از رفتارهای جبرانی (مثل رفتارهای جبرانی در بولیمیا) ارتباطی ندارد و انحصاراً در طول ابتلا به بولیمیا یا آنورکسیا روی نمی‌دهد.

اسپسیفایر بهبودی:

در بهبود ناکامل یا جزئی: معیارهای کامل قبلاً برآورده شده بودند، در حال حاضر در یک دوره زمانی مستمر، بینج‌ایتینگ کمتر از یک اپیزود در هفته روی می‌دهد.

در بهبود کامل: معیارهای کامل قبلاً برآورده شده بودند، اما در حال حاضر هیچ‌یک از معیارها در یک دوره زمانی مستمر برآورده نشده‌اند.

اسپسیفایر شدت:

خفیف: ۱ تا ۳ اپیزود بینج‌ایتینگ در هفته.

متوسط: ۴ تا ۷ اپیزود بینج‌ایتینگ در هفته.

شدید: ۸ تا ۱۳ اپیزود بینج‌ایتینگ در هفته.

مفرط: حداقل ۱۴ اپیزود بینج‌ایتینگ در هفته.

دیگر اختلالات خورد و خوراک مشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه اختلال خورد و خوراک که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند.

نمونه هایی از این موارد عبارت اند از:

آنورکسیانروزای آتپیکال: همهٔ معیارهای آنورکسیا را دارد با این فرق که به رغم کاهش وزن چشمگیر، وزن فرد در محدودهٔ نرمال یا بالاتر از نرمال است.

بولیمیانروزای زیرآستانه ای: همهٔ معیارهای بولیمیا را دارد با این فرق که بینج ایتینگ و رفتارهای جبرانی کمتر از یک بار در هفته و یا کمتر از سه ماه رخ می دهند.

اختلال بینج ایتینگ زیرآستانه ای: همهٔ معیارهای بینج ایتینگ را دارد با این فرق که بینج ایتینگ کمتر از یک بار در هفته و یا کمتر از سه ماه رخ می دهند.

اختلال تصفیه: رفتار مکرر تصفیه برای کاهش وزن در غیاب بینج ایتینگ

سندروم پرخوری شبانه: اپیزودهای مکرر خوردن در طول شب (بعد از بیدار شدن از خواب یا بعد از خوردن شام) که فرد از آن ها آگاه است و آن ها را به یاد می آورد.

اختلالات خوردوخوراک نامشخص

در مواردی به کار می رود که در آن ها، سمپتوم های مشخصهٔ اختلال خوردوخوراک که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی کند. زمانی به کار می رود که درمانگر تصمیم می گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می شود که اطلاعات به اندازهٔ کافی نیست تا یک تشخیص مشخص تر ارائه شود.

اختلالات شخصیت

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل هشتم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۱۶۳ تا ۱۸۷)

معیارهای کلی اختلال شخصیت
A: الگو (روند، یا مجموعه‌ای) پایدار از تجربه‌های درونی و رفتارها که با آنچه از فرهنگ فرد انتظار می‌رود بسیار متفاوت است (تفاوت آن قابل ملاحظه است). این مجموعه یا الگوی تجربه‌ها و رفتارها در دو حوزه (یا بیشتر) از موارد زیر مشاهده می‌شود: ۱. شناخت (cognition، روش‌های ادراک خود، دیگران و رویدادها) ۲. عاطفی (affectivity، دامن، شدت، تغییر، و به‌جا بودن واکنش‌های هیجانی) ۳. عملکرد میان‌فردی (interpersonal functioning) ۴. کنترل تکانه (impulse control)
B: این الگوی پایدار غیرقابل انعطاف است و دامنه وسیعی از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد.
C: این الگوی پایدار به رنج شخصی یا نابسامانی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی منجر می‌شود.
D: این الگو ثابت دارد، به مدت طولانی ادامه می‌یابد، و شروع آن در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بوده است.
E: این الگوی پایدار را نمی‌توان به صورت تجلی (تظاهر) یا پیامد یک اختلال روانی دیگر بهتر توضیح داد.
F: این الگوی پایدار را نمی‌توان به آثار فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، یا داروهای تجویزی) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً ضربه مغزی) نسبت داد.

اختلال شخصیت پارانوئید
A: بدبینی و عدم اعتماد فراگیر به دیگران طوری که فرد انگیزه‌ها و نیت دیگران را بدخواهانه تلقی می‌کند. این طرز فکر در اواخر نوجوانی و قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد و چهارمورد (یا بیشتر) از موارد زیر آن را نشان می‌دهند. ۱. فرد فکر می‌کند که دیگران از او سوءاستفاده می‌کنند به او آسیب می‌رسانند، یا فریبش می‌دهند بدون آنکه دلیل کافی برای این ادعا داشته باشد. ۲. فکر و ذهنش دائماً مشغول شک و تردیدهای ناموجه درباره وفاداری و قابل اعتماد بودن دوستان و همکاران است. ۳. به درددل کردن با دیگران تمایل ندارد زیرا بی دلیل می‌ترسد اطلاعاتی که در میان می‌گذارد با بدجنسی علیه او به کار بروند. ۴. حرف‌های بی‌منظور و مهربانانه دیگران و رویدادهای کاملاً خنثی را حرف‌ها یا رویدادهایی تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز تلقی می‌کند. ۵. به طور دائم کینه نگه می‌دارد. (توهین‌ها، جریحه دار شدن احساسات، و انتقادها را نمی‌بخشد.) ۶. حملاتی را علیه شخصیت و آبروی خود کشف می‌کند که برای دیگران مشخص و آشکار نیست و به سرعت با عصبانیت یا با حمله متقابل به آن‌ها واکنش نشان می‌دهد. ۷. به طور مکرر، بدون توجیه منطقی، درباره وفاداری همسر یا نامزد خود شک می‌کند.

B: این بی‌اعتمادی صرفاً در طول اسکیزوفرنی، یکی از اختلالات دوقطبی، یا اختلال افسردگی عمده به همراه خصوصیات پسیکوتیک، یا یک اختلال روانی دیگر روی نمی‌دهد و نمی‌توان آن را به آثار فیزیولوژیک یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. توجه: اگر معیارها قبل از شروع اسکیزوفرنی برآورده شده باشند، کلمه پری‌موربید یا پیش‌مرضی را اضافه کنید: اختلال شخصیت پارانوئید (پری‌موربید)

اختلال شخصیت اسکیزوئید

A: فرد تقریباً در همه جوانب زندگی از روابط اجتماعی گریزان است و در روابط میان‌فردی، هیجان‌ها و احساسات بسیار محدودی نشان می‌دهد. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد و چهار مورد (یا بیشتر) از موارد زیر آن را نشان می‌دهند.

۱. به روابط میان‌فردی نزدیک (از جمله، عضوی از یک خانواده بودن) نه تمایل دارد و نه از آن‌ها لذت می‌برد.
۲. تقریباً همیشه فعالیت‌های انفرادی را انتخاب می‌کند.
۳. به تجربه‌های سکشوال با یک فرد دیگر علاقه اندکی دارد یا اصلاً علاقه ندارد.
۴. از فعالیت‌های انگشت‌شماری لذت می‌برد یا از هیچ فعالیتی لذت نمی‌برد.
۵. به جز اعضای درجه یک خانواده، دوستان نزدیک یا محرم راز ندارد.
۶. نسبت به ستایش یا انتقاد دیگران بی‌تفاوت به نظر می‌رسد.
۷. از لحاظ عاطفی سرد است تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد و بی‌اعتنایی هیجانی دارد.

B: این وضعیت صرفاً در طول اسکیزوفرنی، یکی از اختلالات دوقطبی، یا اختلال افسردگی عمده به همراه خصوصیات پسیکوتیک، یا یک اختلال سایکوتیک دیگر، یا اختلال طیف اوتیسم روی نمی‌دهد و نمی‌توان آن را به آثار فیزیولوژیک یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. توجه: اگر معیارها قبل از شروع اسکیزوفرنی برآورده شده باشند، کلمه پری‌موربید یا پیش‌مرضی را اضافه کنید: اختلال شخصیت اسکیزوئید (پری‌موربید)

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

A: فرد تقریباً در همه جوانب زندگی نقص‌های میان‌فردی و اجتماعی نشان می‌دهد که مشخصات اصلی آن‌ها عبارت‌اند از معذب بودن در روابط اجتماعی صمیمانه، توانایی ضعیف در ایجاد روابط اجتماعی نزدیک، و همچنین، شناخت‌ها (باورها، افکار و عقاید) غلط و رفتارهای عجیب و غریب. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد و پنج مورد (یا بیشتر) از موارد زیر آن را نشان می‌دهند.

۱. فرد ایده‌های ریفرنس دارد. (اما نه دیلوژن‌های ریفرنس)

۲. باورهای عجیب و تفکر جادویی که بر رفتارشان تأثیر می‌گذارند و با هنجارهای گروه‌های فرهنگی اقلیت هم‌خوانی ندارند. (مثلاً: خرافاتی بودن، باور به روشن‌بینی، تله‌پاتی، یا حس ششم. کودکان و نوجوانان معمولاً خیال‌بافی‌ها یا مشغله‌های ذهنی عجیب و غریب دارند.)

۳. تجربه‌های ادراکی غیرعادی دارد، از جمله ایلوژن‌های بدنی (bodily illusions) (تجربه‌های ادراکی غیرعادی: مثلاً: احساس می‌کند فرد دیگری در کنارش حضور دارد، یا صداهایی می‌شنود که او را صدا می‌زنند. ایلوژن‌های بدنی، مثلاً: کوتاه به نظر رسیدن دست یا پا، یا احساس قلقلک کف در پا)

۴. تفکر و گفتار غیرعادی دارد. (مثلاً: مبهم حرف می‌زند، پرت‌وپلا می‌گوید، استعاره به کار می‌برد، بیش‌ازحد توضیح می‌دهد، یا کلیشه‌ای حرف می‌زند.)

۵. شکاک است یا تفکرات پارانوئیدی دارد.

۶. هیجان‌ها و احساسات نامناسب دارد یا تنوع هیجان‌هایی که نشان می‌دهد، اندک است.

۷. رفتار و ظاهری غیر عادی، عجیب و غریب یا خاص دارد.

۸. به جز اعضای درجه یک خانواده، دوستان نزدیک یا محرم راز ندارد.

۹. از جمع به شدت می‌ترسد و حتی بعد از آشناسدن با اعضای جمع، اضطرابش از بین نمی‌رود و این اضطراب معمولاً بیشتر با ترس‌های پارانوئیدی مرتبط است تا با ترس از قضاوت‌های منفی دیگران درباره خود.

B: این وضعیت صرفاً در طول اسکیزوفرنی، یکی از اختلالات دوقطبی، اختلال افسردگی به همراه خصوصیات پس‌یکوتیک، یک اختلال سایکوتیک دیگر، یا اختلال طیف اوتیسم روی نمی‌دهد و نمی‌توان آن را به آثار فیزیولوژیک یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. توجه: اگر معیارها قبل از شروع اسکیزوفرنی برآورده شده باشند، کلمه پری‌موربید یا پیش‌مرضی را اضافه کنید: اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (پری‌موربید)

اختلال شخصیت ضداجتماعی

A: فرد تقریباً در همه جنبه‌های زندگی به حقوق دیگران احترام نمی‌گذارد و آن‌ها را نقض می‌کند. این رفتار از ۱۵ سالگی شروع شده است، و سه مورد (یا بیشتر) از موارد زیر آن را نشان می‌دهند:

۱. فرد با پیش‌نگرفتن رفتارهای قانونی، هنجارهای اجتماعی را رعایت نمی‌کند، و این موضوع را تکرار ارتکاب اعمال مجرمانه‌ای که به دستگیری او منجر می‌شوند، نشان می‌دهد.
۲. مکار و فریب‌کار است، و این موضوع را دروغ‌گویی‌های مکرر، استفاده از نام‌های مستعار، یا کلاهبرداری از دیگران به منظور سودجویی شخصی یا لذت بردن نشان می‌دهند.
۳. فرد بدون فکر و بلافاصله براساس امیال ناگهانی خود عمل می‌کند یا نمی‌تواند از پیش برنامه‌ریزی کند.
۴. زودرنج، زود خشم، و تحریک‌پذیر یا پرخاشگر است، و این موضوع را تکرار دعواها یا تهاجم‌های فیزیکی نشان می‌دهند.
۵. با کارهای خطرناکی که انجام می‌دهد، ایمنی خود با دیگران را رعایت نمی‌کند.
۶. تقریباً در همه امور بی‌مسئولیت است و این موضوع را تکرار قانون‌شکنی‌ها در محل کار با رعایت نکردن مسئولیت‌های مالی نشان می‌دهند.
۷. پشیمانی و عذاب وجدان ندارد، و این موضوع را بی‌تفاوتی او نسبت به ناراحت کردن دیگران، بدرفتاری با آن‌ها، یا دزدیدن اموال آن‌ها، یا تلاش برای توجیه این اعمال نشان می‌دهند.

B: فرد حداقل ۱۸ سال سن دارد.

C: شواهد نشان می‌دهند که فرد قبل از ۱۵ سالگی رفتارهایی نشان داده است که جزو رفتارهای اختلال سلوک محسوب می‌شوند.

D: رفتارهای ضداجتماعی صرفاً در طول اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی روی نمی‌دهند.

اختلال شخصیت مرزی

- احساسات فرد تقریباً در همه جوانب زندگی، در روابط میان فردی، خودپنداره (شناخت از خود)، و هیجان‌ها عدم ثبات نشان می‌دهد و بسیار تکانشگر است. (بدون فکر و براساس امیال ناگهانی عمل می‌کند و خودکنترلی ندارد.) این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد، و این حالت را پنج مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نشان می‌دهند:
۱. فرد، برای اینکه دیگران او را واقعاً یا به خیال خودش ترک نکنند، مستأصلانه تلاش می‌کند. (توجه: رفتار انتحاری یا خودزنی مندرج در معیار ۵ را در اینجا شامل نکنید.)
 ۲. در زندگی خود به طور دائم و مکرر روابط میان فردی بی‌ثبات و پرتنش دارد که خصوصیت اصلی آن‌ها این است که طرف مقابل را فردی بسیار خوب می‌داند یا او را بی‌اندازه پست و بی‌ارزش می‌پندارد. (نوسان بین دو حد افراطی)
 ۳. اختلال هویت دارد و خودپنداره یا خودانگاره وی به شدت و به طور دائم بی‌ثبات است.
 ۴. حداقل در دو زمینه که در آن‌ها احتمال آسیب‌رسانی به خود وجود دارد، رفتارهای ایمپالسیو دارد (مثلاً: سکس، سوء مصرف مواد، رانندگی خطرناک، بینج‌اینینگ) (توجه: رفتار انتحاری یا خودزنی مندرج در معیار ۵ را در اینجا شامل نکنید.)
 ۵. به طور مکرر رفتارهای انتحاری در پیش می‌گیرد، ژست و حالت خودکشی به خود می‌گیرد، یا تهدید به خودکشی می‌کند، یا رفتارهای خودزنی نشان می‌دهد.
 ۶. از لحاظ احساسی و هیجانی ثبات ندارد زیرا خلق او به شدت واکنشی است. (یعنی، بدون فکرکردن درباره موضوع، مودش تغییر می‌کند.) (مثلاً: دیسفوریای اپیزودیک شدید، زودرنجی و زود خشمی، یا اضطراب که معمولاً چند ساعت طول می‌کشند و به ندرت بیشتر از چند روز ادامه می‌یابند.)
 ۷. تقریباً همیشه احساس خلأ می‌کند.
 ۸. به شدت و نامتناسب با محرک خشمگین‌کننده، عصبانی می‌شود یا نمی‌تواند خشم خود را کنترل کند. (مثلاً: بسیار زود و به فراوانی عصبانی می‌شود، همیشه عصبانی است، یا به طور مکرر با دیگران وارد دعوای فیزیکی می‌شود.)
 ۹. افکار پارانوئیدی موقت و مرتبط با استرس دارد یا سمپتوم‌های شدید گسستگی نشان می‌دهد.

اختلال شخصیت خودشیفته

- فرد تقریباً در همه جوانب زندگی خود احساس خودبزرگ‌بینی دارد (در خیال یا در رفتار)، نیاز به تعریف و تمجید دیگران دارد، و همدلی ندارد. این وضعیت از اواخر نوجوانی و قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است، در شرایط مختلف حضور دارد، و پنج مورد (یا بیشتر) از موارد زیر آن را نشان می‌دهند:
۱. خودبزرگ‌بینی دارد و احساس می‌کند فردی مهم است. (مثلاً: موفقیت‌ها و استعدادهای خود را بزرگ جلوه می‌دهد، و بدون آنکه موفقیت‌های بزرگی داشته باشد انتظار دارد دیگران او را فردی بسیار خوب و مهم بدانند.)
 ۲. دائم درباره موفقیت، قدرت، هوش، زیبایی، یا عشق ایدئال خیال بافی می‌کند.
 ۳. باور دارد که فردی بسیار «خاص» و تافته جدا بافته است و فقط کسانی که خودشان افرادی خاص یا باکلاس هستند می‌توانند او را درک کنند، یا فقط باید با چنین افرادی رفت‌وآمد داشته باشد.
 ۴. به تمجید و تحسین دیگران به شدت نیاز دارد.
 ۵. همیشه حق به جانب است و فکر می‌کند هرکاری بخواهد می‌تواند انجام دهد. (بدون هیچ منطقی انتظار دارد دیگران در حق او لطف خاصی انجام دهند یا رفتاری متفاوت از دیگران با او داشته باشند یا به طور اتوماتیک انتظارات و خواسته‌های او را برآورده کنند.)
 ۶. از دیگران سوء استفاده می‌کند. (از آن‌ها استفاده کند تا به اهداف خود برسد.)
 ۷. همدلی ندارد، یعنی نمی‌خواهد احساسات و نیازهای دیگران را متوجه شود و به رسمیت بشناسد.

۸. معمولاً به دیگران حسادت می‌کند یا فکر می‌کند دیگران به او حسادت می‌کنند.
۹. رفتار متکبرانه دارد یا از بالا به دیگران نگاه می‌کند.

اختلال شخصیت هیستریونیک

- فرد تقریباً در همه جوانب زندگی به صورت مفرط هیجانی و به دنبال جلب توجه است. این وضعیت از اواخر نوجوانی و قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد، و این حالت را پنج مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نشان می‌دهند:
۱. در موقعیت‌هایی که فرد مرکز توجه دیگران واقع نمی‌شود، احساس ناراحتی و معذب بودن می‌کند.
 ۲. رفتار او در تعامل با دیگران معمولاً رفتاری مبتنی بر اغوای سکشوال یا تحریک کننده تلقی می‌شود.
 ۳. هیجان‌هایش به سرعت تغییر می‌کنند یا احساسات خود را به صورت سطحی نشان می‌دهد.
 ۴. به طور دائم از ظاهر فیزیکی خود برای جلب توجه دیگران استفاده می‌کند.
 ۵. طرز حرف زدن او بی‌نهایت کلی‌گویانه است و حرف‌هایش فاقد جزئیات هستند.
 ۶. هیجان‌ها و احساسات خود را به شیوه‌ای تئاتری و مبالغه‌آمیز نشان می‌دهد.
 ۷. تلقین‌پذیر است. (به آسانی تحت تأثیر دیگران یا شرایط حاکم قرار می‌گیرد.)
 ۸. روابط میان فردی را بیشتر از آنچه واقعاً هستند، صمیمانه می‌پندارد.

اختلال شخصیت اجتنابی

- فرد تقریباً در همه جنبه‌های زندگی در حضور دیگران معذب است، احساس بی‌کفایتی می‌کند، نسبت به ارزیابی منفی دیگران از او به شدت حساس است. این وضعیت از اواخر نوجوانی و قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط و موقعیت‌های مختلف حضور دارد، و این حالت را چهار مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نشان می‌دهند:
۱. از شغل‌ها و فعالیت‌های حرفه‌ای که در آن‌ها به تماس اجتماعی و تعاملات اجتماعی زیاد نیاز است دوری می‌کند زیرا از انتقاد، ایرادگیری، یا مورد قبول واقع نشدن می‌ترسد.
 ۲. دوست ندارد با دیگران رابطه میان فردی نزدیک داشته باشد مگر اینکه مطمئن باشد او را دوست دارند.
 ۳. حتی وقتی با کسی رابطه میان فردی صمیمانه دارد، تودار است و با احتیاط حرف می‌زند و عمل می‌کند زیرا می‌ترسد شرمنده یا مسخره شود.
 ۴. در موقعیت‌های اجتماعی دائم به این فکر است که هر لحظه ممکن است از او ایراد بگیرند یا عقایدش را قبول نکنند.
 ۵. در موقعیت‌های میان فردی جدید عصبی می‌شود، زیرا احساس بی‌کفایتی می‌کند.
 ۶. احساس می‌کند مهارت‌های اجتماعی ندارد، جذابیت شخصی ندارد یا پائین‌تر از دیگران است.
 ۷. معمولاً دوست ندارد ریسک شخصی کند یا در هرگونه فعالیت جدید شرکت کند زیرا ممکن است به دیگران ثابت شود بی‌کفایت است و در نتیجه شرمنده شود.

اختلال شخصیت وابسته

فرد نیاز مفرط و فراگیر دارد که دیگران به او رسیدگی کنند و این نیاز باعث می‌شود رفتار مطیعانه و چسبنده در پیش گیرد و از جدا شدن بترسد. این نیاز قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط و موقعیت‌های مختلف حضور دارد، و این حالت را پنج‌مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نشان می‌دهند:

۱. در تصمیم‌گیری‌های روزمره به توصیه و دل‌گرمی دیگران به شدت نیاز دارد.
۲. به دیگران نیاز دارد تا مسئولیت اکثر زمینه‌های زندگی او را برعهده بگیرند.
۳. نمی‌تواند مخالفت خود با دیگران را اعلام کند زیرا می‌ترسد حمایت یا تأیید آن‌ها را از دست بدهد. (توجه: ترس‌های واقع‌گرایانه از تنبیه به دلیل کاری بد، شامل این معیار نمی‌شوند.)
۴. نمی‌تواند برای انجام دادن پروژه‌ها پیش قدم شود یا به تنهایی نمی‌تواند کاری را انجام دهد. (به علت عدم اعتماد به نفس در قضاوت و تصمیم‌گیری درست یا توانایی‌های خود نه به علت بی‌انگیزگی یا فقدان انرژی)
۵. برای به دست آوردن حمایت و ساپورت دیگران دست به تقریباً هرکاری می‌زند، تا جایی که برای انجام دادن کارهای ناخوشایند نیز داوطلب می‌شود.
۶. وقتی تنها می‌شود احساس معذب بودن یا درماندگی می‌کند زیرا به شدت و به طور اغراق‌آمیز می‌ترسد که نتواند از عهده مراقبت از خودش برآید.
۷. وقتی رابطه صمیمی و نزدیکی با یک نفر قطع می‌شود با سرعت به دنبال ایجاد رابطه با یک نفر دیگر می‌گردد تا منبعی برای حمایت و ساپورت داشته باشد.
۸. به طرز غیرمنطقی و غیرواقع‌بینانه می‌ترسد تنها بماند و مجبور شود به تنهایی از خودش مراقبت به عمل آورد.

اختلال شخصیت وسواسی-اجباری

فرد تقریباً در همه جنبه‌های زندگی به فکر نظم، ترتیب، کمال‌گرایی، کنترل شخصی و کنترل میان‌فردی است و در این میان، انعطاف‌پذیری، باز بودن، و صرفه‌جویی در وقت و انرژی قربانی می‌شود. این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع شده است و در شرایط مختلف حضور دارد و چهار مورد (یا بیشتر) از موارد زیر آن را نشان می‌دهند:

۱. فرد دائماً به فکر جزئیات، قواعد، فهرست‌ها، نظم، سازمان یا جدول‌های زمانی است، تا جایی که هدف اصلی فعالیت موردنظر فراموش می‌شود.
۲. کمال‌گرایی باعث می‌شود در به پایان‌رسیدن پروژه‌ها اختلال ایجاد شود (چون استانداردهایش رعایت نشده‌اند، نمی‌تواند پروژه را کامل کند).
۳. به شدت خود را وقف کار می‌کند و شدیداً در تلاش است تا عملکرد خوبی در شغلش داشته باشد تا جایی که فعالیت‌های تفریحی و دوستی‌های خود را کنار می‌گذارد. (در صورت مضیقه مالی، این معیار در نظر گرفته نمی‌شود.)
۴. بیش از حد وجدان کاری دارد، مته به خشخاش می‌گذارد، و درباره رعایت اخلاق، اصول، یا ارزش‌ها انعطاف‌پذیری ندارد. (آداب و رسوم مذهبی جزو این معیار محسوب نمی‌شوند.)
۵. نمی‌تواند اشیای کهنه یا بی‌ارزش را دور بیندازد، حتی اگر هیچ ارزش معنوی برایش نداشته باشند.
۶. دوست ندارد قسمتی از کارش را به دیگران بسپارد یا با دیگران همکاری کند مگر این که کارها را دقیقاً همان‌طور که او می‌خواهد انجام دهند.
۷. در خرج کردن پول هم برای خود و هم برای دیگران خسیس است و اعتقاد دارد که پول را باید برای روز مبادا جمع کرد.
۸. در افکار و عقایدش سرسخت است و اصلاً حاضر نیست کوتاه بیاید.
۹. در خرج کردن پول هم برای خود و هم برای دیگران خسیس است و اعتقاد دارد که پول را باید برای روز مبادا جمع کرد.
۱۰. در افکار و عقایدش سرسخت است و اصلاً حاضر نیست کوتاه بیاید.

تغییر شخصیت ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر

- A: یک آشفتگی دائمی در شخصیت که نشان‌دهنده تغییر در صفات شخصیتی بارز قبلی است.
- نکته: در مورد کودکان، این آشفتگی شخصیتی شامل یک انحراف قابل توجه از رشد نرمال با یک تغییر قابل توجه در مجموعه رفتارهای معمولی کودک است، که حداقل یک سال ادامه می‌یابد.
- B: بررسی سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهند که آشفتگی شخصیتی فرد پیامد مستقیم یک عارضه پزشکی دیگر است.
- C: یک اختلال روانی دیگر (از جمله، یک اختلال روانی دیگر که آن هم ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر است.) توضیح بهتری برای آشفتگی شخصیتی فرد نیست.
- D: آشفتگی شخصیتی فرد، صرفاً در طول ابتلای او به دلیریوم روی نمی‌دهد.
- E: آشفتگی شخصیتی باعث ایجاد شدن دیسترس (رنج و عذاب شخصی) از لحاظ بالینی معنادار (مهم) می‌شود یا در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی نقص ایجاد می‌کند.

انواع فرعی (ساب‌تایپ‌ها):

labile type (نوع فرعی بی‌تعادل، دمدمی‌مزاج، نوسان عاطفی)، در صورتی که سمپتوم غالب در تصویر بالینی (مجموعه سمپتوم‌ها)، نوسان عاطفی (affective lability) باشد.

disinhibited type: نوع فرعی نامقید، بی‌قیدوبند، لابلالی، در صورتی که سمپتوم غالب ضعیف بودن کنترل امیال و هوس‌های ناگهانی باشد، که بی‌بندوباری جنسی نمونه بارز آن است.

aggressive type: نوع فرعی پرخاشگر، در صورتی که سمپتوم غالب رفتار پرخاشگرانه باشد.

apathetic type: نوع فرعی بی‌احساس، بی‌عاطفه، عدم‌همدلی، در صورتی که سمپتوم غالب apathy (بی‌احساسی، عدم‌همدلی) و indifference (بی‌تفاوتی) باشد.

paranoid type: نوع فرعی پارانوئید، در صورتی که سمپتوم غالب شکاکیت یا افکار پارانوئیدی باشد.

other type: نوع فرعی دیگر، در صورتی که هیچ‌یک از انواع فرعی صدق نکنند.

combined type: نوع فرعی مرکب، اگر در تصویر بالینی، بیش از یک سمپتوم غالب وجود داشته باشد.

unspecified type: نوع فرعی نامشخص

دیگر اختلال شخصیت مشخص

در مواردی به‌کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال شخصیت که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به‌کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده‌نشدن معیارها را به اطلاع برساند.

اختلال شخصیت نامشخص

در مواردی به‌کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال شخصیت که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به‌کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده‌نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می‌شود که اطلاعات به اندازه‌ای کافی نیست تا یک تشخیص مشخص‌تر ارائه شود.

اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل نهم کتاب آسیب شناسی روانی روان آموز بخوانید.
(صفحه ۱۹۴ تا ۲۰۷)

اختلال سوماتیک سمپتوم (SSD)
A: یک یا چند سمپتوم سوماتیک که به شدت ناراحت کننده هستند و یا زندگی روزمره را به شدت مختل می سازند.
B: افکار، احساسات، و رفتارهای افراطی در رابطه با این سمپتوم های سوماتیک یا نگرانی های مرتبط با سلامت، که با حداقل یکی از موارد زیر نشان داده می شود: ۱. افکار دائمی درباره میزان خطرناک بودن سمپتوم ها و تناسب نداشتن شدت نگرانی با شدت سمپتوم ها. ۲. اضطراب شدید و دائمی درباره سلامت خود یا درباره سمپتوم ها. ۳. زمان و انرژی زیادی که فرد وقف نگرانی خود درباره سلامت یا درباره این سمپتوم ها می کند.
C: هرچند ممکن است هیچ یک از این سمپتوم ها به طور دائمی حضور نداشته باشد، نگرانی فرد از حضور یک یا چند سمپتوم (صرف نظر از نوع سمپتوم)، دائمی است. (معمولاً بیشتر از شش ماه)
اسپسیفایر: به همراه درد غالب (که قبلاً اختلال درد نام داشت). این طبقه بندی برای افرادی در نظر گرفته شده است که بیشتر از همه (عمدتاً و غالباً، predominantly)، از درد شکایت دارند.
اسپسیفایر: دائمی: مشخصه اصلی دوره دائمی عبارت است از سمپتوم های شدید، ناپسامانی (نقص) شدید، و مدت طولانی (بیشتر از شش ماه)
اسپسیفایر شدت کنونی: خفیف: فقط یکی از سمپتوم های معیار B حضور دارد. متوسط: دو یا چند سمپتوم معیار B حضور دارند. شدید: دو یا چند سمپتوم معیار B حضور دارند، و علاوه بر آن، تعداد زیادی درد سوماتیک (یا فقط یک درد سوماتیک اما بسیار شدید) حضور دارند.
اختلال اضطراب بیماری
A: اشتغال ذهنی درباره مبتلای بودن یا مبتلا شدن به یک بیماری خطرناک.
B: هیچ گونه سمپتوم سوماتیک وجود ندارد یا اگر وجود دارد، شدت آن بسیار اندک است. اگر یک عارضه پزشکی دیگر وجود داشته باشد یا احتمال به وجود آمدن یک عارضه پزشکی بسیار زیاد باشد. (مثال، سابقه بیماری در بسیاری از اعضای خانواده)، اشتغال ذهنی فرد به طور آشکار افراطی با نامتناسب با شدت بیماری با احتمال آن است.
C: فرد درباره سلامت خود به شدت اضطراب دارد. (سطح بالای اضطراب درباره سلامت)، و به آسانی درباره سلامت خود نگران می شود. (آستانه پایین برای نگران شدن درباره سلامت)
D: رفتارهای فرد در رابطه با سلامت بسیار افراطی هستند. (مثلاً: به طور مکرر بدن خود را چک می کند تا در آن علائم بیماری بیاید)، یا رفتارهای اجتنابی ناسازگارانه نشان می دهد. (مثلاً: از دکتر و بیمارستان گریزان است).

E: اشتغال ذهنی دربارهٔ بیماری حداقل شش ماه حضور داشته است، اما خود بیماری مورد نگرانی ممکن است در این مدت عوض شده باشد.
F: یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند علت بهتری برای این اشتغال ذهنی به بیمار بودن باشد. (مثلاً: اختلال سوماتیک سمپتوم، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال بادی دیسمورفیک، اختلال وسواسی-اجباری، یا اختلال دیلورنال از نوع فرعی سوماتیک)
انواع فرعی
تیمار-جو (care-seeking subtype): افراد تیمار-جو (نیازمند محبت، رسیدگی، تیمارداری) از دارو و خدمات درمانی به‌طور فراوان استفاده می‌کنند.
تیمار-گریز (care-avoidant subtype): افراد تیمار-گریز به‌ندرت به دنبال دوا و درمان می‌روند زیرا ملاقات با پزشکان و قرارگرفتن تحت آزمایش‌های پزشکی مختلف در آزمایشگاه، و عبور از یک سری مراحل دیاگنوستیک باعث افزایش اضطراب آن‌ها و رسیدن این اضطراب به سطوح غیرقابل تحمل می‌شود.

اختلال تبدیلی

A: فرد یک یا چند سمپتوم دارد که بر حرکات فیزیکی ارادی یا عملکرد حسی او تأثیر می‌گذارد.
B: معاینات پزشکی نشان می‌دهند که سمپتوم فرد با بیماری‌های نورولوژیک یا عارضه‌های پزشکی شناخته شده مطابقت ندارد.
C: نمی‌توان سمپتوم یا نقص موردنظر را با یک اختلال پزشکی با یک اختلال ذهنی دیگر بهتر توضیح داد.
D: سمپتوم یا نقص فرد باعث رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود، یا الزام می‌کند که فرد مورد معاینه پزشکی قرار بگیرد.
اسپسیفایر نوع سمپتوم: با ضعف یا فلج با حرکات غیرعادی (مثلاً: لرزش، حرکت دیستونیک، میوکلونوس، اختلال راه رفتن) با سمپتوم‌های قورت دادن با سمپتوم گفتار (مثلاً: دیسفونیا، گفتار مبهم (کلماتی که همدیگر را قطع می‌کنند)) با حملات (صرعی) یا تشنج با بی‌حسی یا کاهش حسی (فقدان حسی) با سمپتوم‌های حسی خاص (مثلاً: مشکلات بینایی، بویایی یا شنوایی) با سمپتوم‌های مختلط (میکس)
اسپسیفایر: اپیزود حاد: سمپتوم‌ها کمتر از شش ماه حضور دارند. دائمی: سمپتوم‌ها شش ماه (یا بیشتر) حضور دارند.

اسپیسیفایر:

با (به همراه) استرسور پسیکولوژیک (نام عامل استرس زای روانی را قید کنید).
بدون استرسور پسیکولوژیک (بدون عامل استرس زای روانی)

اختلال ساختگی

اختلال ساختگی تحمیل شده به خود

- A: فرد سمپتوم‌ها یا علائم فیزیکی یا پسیکولوژیک را به دروغ نشان می‌دهد، یا عمدتاً خودش را به جراحت، آسیب یا بیماری دچار می‌کند، و همه این کارها را مشخصاً با هدف فریب دادن دیگران انجام می‌دهد.
- B: فرد خودش را به دیگران به عنوان فردی بیمار، معلول جسمی، یا مجروح معرفی می‌کند.
- C: رفتارهای فریب‌کارانه فرد، حتی هنگامی که پاداش‌های بیرونی آشکاری وجود ندارند، به وضوح مشخص هستند.
- D: یک اختلال روانی دیگر (مثلاً: اختلال دیلوژنال یا یک اختلال سایکوتیک دیگر) نمی‌تواند توضیح بهتری برای این رفتار باشد.

اسپیسیفایر:

اپیزود منفرد (فقط یک بار)

اپیزود مکرر (حداقل دو بار)

اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگران

- A: فرد یک نفر دیگر را به دروغ مبتلا به سمپتوم‌ها یا علائم فیزیکی یا پسیکولوژیک نشان می‌دهد، یا عمدتاً او را دچار جراحت، آسیب، یا بیماری می‌کند، و همه این کارها را مشخصاً با هدف فریب دادن دیگران انجام می‌دهد.
- B: فرد یک نفر دیگر (قربانی) را به دیگران به عنوان بیمار، معلول جسمی، یا مجروح معرفی می‌کند.
- C: رفتارهای فریب‌کارانه فرد، حتی هنگامی که پاداش‌های بیرونی آشکاری وجود ندارند، به وضوح مشخص هستند.
- D: یک اختلال روانی دیگر (مثلاً: اختلال دیلوژنال یا یک اختلال سایکوتیک دیگر) نمی‌تواند توضیح بهتری برای این رفتار باشد.
- توجه: فرد خاطی مبتلا به اختلال ساختگی دیاگنوز می‌شود، نه فرد قربانی.

اسپیسیفایر:

اپیزود منفرد (فقط یک بار)

اپیزود مکرر (حداقل دو بار)

عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر سایر عارضه‌های پزشکی

A: یک سمپتوم یا عارضه پزشکی (به غیر از یک اختلال روانی) حضور دارد.

B: عوامل روانی یا رفتاری به یکی از روش‌های زیر در این عارضه پزشکی تأثیر منفی می‌گذارند:

- عوامل روان‌شناختی در سیر بالینی عارضه پزشکی تأثیر گذاشته‌اند و این موضوع را رابطه زمانی بین عوامل روان‌شناختی و ایجاد شدن یا وخیم تر شدن عارضه پزشکی، یا به تأخیر افتادن بهبودیابی از آن، نشان می‌دهد.
- عوامل روان‌شناختی درمان عارضه پزشکی را مختل می‌سازند. (مثلاً: پابندی ضعیف به دارو)
- عوامل روان‌شناختی فرد را در معرض خطرات تازه، علاوه بر بیماری از قبل موجود، قرار می‌دهند.
- عوامل روان‌شناختی در مشکلات فیزیولوژیک پشت‌پرده تأثیر می‌گذارند، آغاز شدن سمپتوم‌ها را جرقه می‌زنند یا سمپتوم‌های از قبل موجود را وخیم‌تر می‌کنند، یا توجه پزشکی را ملزم می‌سازند.

C: عوامل روانی یا رفتاری مندرج در معیار B را نمی‌توان با یک اختلال روانی دیگر بهتر توضیح داد. (مثلاً: با اختلال وحشت‌زدگی، اختلال افسردگی عمده، PTSD)

اسپسیفایر شدت کنونی

خفیف: ریسک پزشکی را افزایش می‌دهد. (مثلاً: پایبندی نصفه‌نیمه به داروهای ضد فشارخون)

متوسط: عارضه پزشکی موجود را وخیم‌تر می‌سازد. (مثلاً: اضطراب روانی آسم را بدتر می‌کند.)

شدید: به بستری‌کردن در بیمارستان یا پذیرش در بخش اورژانس منجر می‌شود.

مفرط: به خطرات شدید و تهدیدکننده جان منجر می‌شود. (مثلاً: نادیده گرفتن سمپتوم‌های حمله قلبی)

دیگر اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلال مرتبط مشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلال مرتبط که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند. برخی نمونه‌ها عبارت‌اند از:

اختلال سوماتیک سمپتوم کوتاه‌مدت: کمتر از شش ماه

اختلال اضطراب بیماری کوتاه‌مدت: کمتر از شش ماه

اختلال اضطراب بیماری بدون رفتارهای افراطی مرتبط با سلامت یا اجتناب ناسازگارانه

سودوسایسیس یا بارداری کاذب (فرد به اشتباه فکر می‌کند باردار است به همراه نشانه‌ها و سمپتوم‌های بارداری)

اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلال مرتبط نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلال مرتبط که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می‌شود که اطلاعات به اندازه‌ای کافی نیست تا یک تشخیص مشخص‌تر ارائه شود.

اختلالات گسستگی

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل دهم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۲۱۳ تا ۲۲۲)

آمنزیای گسسته
A: فرد نمی‌تواند اطلاعات اتوبیوگرافیک مهم (معمولاً خاطرات تروماتیک یا استرس‌زا) را به یاد بیاورد، و این نوع ناتوانی در به یادآوری با فراموشی عادی مطابقت ندارد.
توجه: دو نوع آمنزیای گسسته اصلی وجود دارد: (۱) آمنزیای موضعی یا گزینشی برای یک یا چند رویداد خاص، و (۲) آمنزیای کلی (یا تعمیم‌یافته) برای هویت شخصی و زندگی گذشته خود.
B: سمپتوم‌ها باعث می‌شوند در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی فرد رنج یا نابسامانی شدیدی به وجود آید.
C: این اختلال را نمی‌توان به تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده نسبت داد. (مثلاً: الکل یا سایر مواد سوءمصرفی یا داروهای تجویزی) همچنین، علت آن نمی‌تواند یک عارضه نورولوژیک یا یک عارضه پزشکی دیگر باشد. (مثلاً: تشنج‌های کمپلکس جزئی، آمنزیای کلی موقت، پیامد آسیب به سر بسته / آسیب مغزی تروماتیک، یا یک اختلال نورولوژیک دیگر)
D: اختلالات زیر نمی‌توانند علت بهتری برای این عارضه باشند: اختلال هویت گسسته، اختلال استرس پس از تروما، اختلال استرس حاد، اختلال سوماتیک سمپتوم، یا اختلال نوروکوگنیتیو عمده یا خفیف.
اسپسیفایر:
همراه با گریز گسسته (گریز گسسته عبارت است از مسافرت (جابه‌جایی) ظاهراً هدفمند یا پرسه‌زنی بی‌هدف که با آمنزیای هویت یا آمنزیای اطلاعات بیوگرافیک مهم همراه است.)

اختلال هویت گسسته
A: در هویت فرد اختلالی به وجود می‌آید که خصوصیت اصلی آن، حضور دو یا چند حالت شخصیتی متمایز است، که در بعضی فرهنگ‌ها ممکن است جن‌زدگی محسوب شود. در این وضعیت، فرد احساس می‌کند هویتش عوض می‌شود و خودش نیست که تصمیم می‌گیرد چه کار کند. به همراه این احساس، و در ارتباط با آن، در هیجان‌ها، رفتارها، هشیاری، ادراک، شناخت و یا اعمال حسی-حرکتی تغییراتی به وجود می‌آید. این علائم و سمپتوم‌ها را خود فرد متوجه می‌شود و اعلام می‌کند، یا ممکن است دیگران آن را مشاهده کنند و گزارش دهند.
B: فرد رویدادهای روزمره، اطلاعات شخصی مهم، و یا رویدادهای تروماتیک را به طور مکرر فراموشی می‌کند و این فراموشی با فراموشی معمولی و عادی مطابقت ندارد.
C: سمپتوم‌ها باعث می‌شوند در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی فرد رنج یا نقص شدیدی به وجود آید که ممکن است به رسیدگی بالینی نیاز داشته باشد. (رنج شخصی و نقص عملکردی از لحاظ بالینی مهم (معنادار))
D: این اختلال بخشی عادی از یک سری آداب و رسوم یا شاعر فرهنگی یا مذهبی (مورد قبول اکثر افراد جامعه) نیست. توجه: در مورد کودکان، نمی‌توان سمپتوم‌های مورد بحث را به هم‌بازی‌های تخیلی یا سایر بازی‌های تخیلی نسبت داد.

E: نمی‌توان سمپتوم‌ها را به آثار فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده نسبت داد. (مثلاً: به یک اپیزود موقت از آمنزای موقت (black-out)، یا به رفتارهای افسارگسیخته در طول مسمومیت با الکل) همچنین، نمی‌توان آن‌ها را به یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. (مثلاً: به تشنج‌های موضعی پیچیده)

اختلال شخص‌زدایی-واقعیت‌زدایی (DPDD)

A: حضور تجربه‌های مداوم یا مکرر شخص‌زدایی، واقعیت‌زدایی، یا هر دو:

۱. شخص‌زدایی: فرد، در رابطه با خودش؛ احساس می‌کند واقعاً وجود ندارد، از خودش جدا شده است، یا کس دیگری است که از خارج به افکار، احساسات، حواس پنج‌گانه بدن، یا کارهای خودش نگاه می‌کند. (مثلاً: احساس می‌کند خود او واقعی نیست، یا واقعی است اما حضور ندارد، در ادراک‌های حسی وی تغییراتی ایجاد می‌شود، از لحاظ احساسی و یا فیزیکی بی‌حس و کرخت شده است، زمان برایش به سرعت یا به کندی می‌گذرد.)

۲. واقعیت‌زدایی: فرد، در رابطه با محیط اطراف خود، احساس می‌کند اشیا یا سایر انسان‌ها وجود خارجی ندارند، یا از او جدا هستند. (مثلاً: احساس می‌کند افراد یا اشیا غیرواقعی هستند، به خواب و رویا شباهت دارند، شبیه‌مانند هستند، بی‌جان هستند، یا ظاهرشان فرق کرده است.)

B: در طول تجربه‌های شخص‌زدایی و یا واقعیت‌زدایی توانایی واقعیت‌آزمایی دست‌نخورده باقی‌می‌ماند.

C: سمپتوم‌ها باعث می‌شوند در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های زندگی فرد رنج یا نابسامانی شدید به وجود آید.

D: این اختلال را نمی‌توان به تأثیر فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، داروهای تجویزی) یا به یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: تشنج) نسبت داد.

E: این اختلال نمی‌تواند علت بهتری داشته باشد، مثلاً: اسکیزوفرنی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال افسردگی عمده، یا یک اختلال گسستگی دیگر.

دیگر اختلال گسستگی مشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصه یک اختلال گسستگی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند. برخی نمونه‌ها عبارت‌اند از:

- سندروم‌های مزمن و مکرر گسستگی میکس (آشفته‌گی هویت که با وقفه یا اختلال نه چندان شدید در احساس هویت و عاملیت مرتبط است یا فرد هیچ‌گونه آمنزای گسسته ندارد اما تغییراتی در هویت ایجاد شده است یا اپیزودهایی از جن‌زدگی را تجربه می‌کند.)

- آشفته‌گی هویت ناشی از تشویق یا ترغیب قهری-اجباری شدید یا همان گسستگی ناشی از شست‌وشوی مغزی یا اصلاح فکر

- واکنش‌های گسستگی حاد به رویدادهای استرس‌زا، معمولاً کمتر از یک ماه و گاهی فقط چند ساعت یا روز.

- خلسه گسسته: محدود شدن سریع آگاهی یا از دست دادن کامل آگاهی از محیط اطراف که فرد به محرک‌های محیطی پاسخ نمی‌دهد. بی‌پاسخی ممکن است با رفتارهای کلیشه‌ای کوچک همراه باشد که شخص از آن‌ها آگاه نیست و نمی‌تواند آن‌ها را کنترل کند. فلج موقت و از دست دادن هشیاری نیز حضور دارد.

اختلال گسستگی نامشخص

در مواردی به کار می‌رود که در آن‌ها، سمپتوم‌های مشخصهٔ یک اختلال گسستگی که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است، اما معیارهای لازم برای هیچ‌یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی‌کند. زمانی به کار می‌رود که درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده‌نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می‌شود که اطلاعات به اندازه‌ای کافی نیست تا یک تشخیص مشخص‌تر ارائه شود.

اختلالات خواب و بیداری

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل یازدهم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۲۲۵ تا ۲۳۸)

اختلال بی‌خوابی (اختلال اینسومنیا)
A: شکایت اصلی (غالب در تصویر بالینی) فرد نارضایتی از کیفیت یا کمیت خواب است، که با یک یا چند سمپتوم از سمپتوم‌های زیر مرتبط است: ۱. فرد در به خواب رفتن مشکل دارد. (در مورد کودکان، آن‌ها ممکن است نتوانند بدون مداخله والدین یا سرپرستان به خواب بروند.) ۲. فرد در ادامه دادن به خواب مشکل دارد، به این صورت که به طور فراوان از خواب می‌پرد یا بعد از این از خواب پریدن، در خوابیدن مجدد مشکل دارد. (در مورد کودکان، آن‌ها ممکن است نتوانند بدون مداخله والدین یا سرپرستان دوباره به خواب بروند.) ۳. فرد صبح زود از خواب بیدار می‌شود و نمی‌تواند دوباره بخوابد.
B: مشکلات فرد در رابطه با خواب باعث رنج و عذاب از لحاظ بالینی معنادار (مهم) یا نقص (ناپسامانی) در عملکرد اجتماعی، شغلی، آموزشی، تحصیلی، رفتاری یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شوند.
C: مشکلات فرد در رابطه با خواب حداقل سه شب در هفته روی می‌دهند.
D: مشکلات فرد در رابطه با خواب به مدت حداقل سه ماه حضور دارند.
E: به رغم وجود فرصت کافی برای خواب، مشکلات فرد در رابطه با خواب بازهم روی می‌دهند.
F: یک اختلال خواب-بیداری دیگر (مثلاً: نازکولپسی، یک اختلال خواب مرتبط با تنفس، یک اختلال خواب ریتم سیرکادیان، یک پاراسومنیا) توضیح بهتری برای اینسومنیا نیست و اینسومنیا صرفاً در طول یک اختلال خواب-بیداری دیگر روی نمی‌دهد.
G: اینسومنیا قابل انتساب به تأثیر فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: یک ماده سوء مصرفی، یک داروی تجویزی) نیست.
H: اختلالات روانی و عارضه‌های پزشکی هم‌زمان (کاموربید) به تنهایی قادر نیستند اینسومنیا را، که شکایت اصلی (غالب در تصویر بالینی) درمان‌جو است، توضیح دهند.
اسپسیفایر: به همراه یک اختلال روانی غیر-خواب کاموربید، شامل اختلالات مصرف ماده به همراه یک اختلال پزشکی کاموربید به همراه یک اختلال خواب دیگر
اسپسیفایر: اپیزودیک: سمپتوم‌ها حداقل یک ماه ولی کمتر از سه ماه ادامه می‌یابند. دائمی: سمپتوم‌ها سه ماه یا بیشتر ادامه می‌یابند. مکرر: دو اپیزود (یا بیشتر) در عرض یک سال روی می‌دهند.
توجه: اینسومنیای حاد یا کوتاه مدت (زمانی که سمپتوم‌ها کمتر از سه ماه ادامه می‌یابند اما همه معیارهای لازم در ارتباط با فراوانی، شدت، رنج و عذاب شخصی، و یا نقص عملکردی را دارند.) باید به عنوان دیگر اختلال اینسومنیای مشخص کدگذاری شود.

اختلال خواب آلودگی (هایپرسومنولنس)

A: بنابر گزارش خود فرد، با اینکه خواب اصلی او حداقل هفت ساعت طول می کشد، به شدت احساس خواب آلودگی می کند، و این موضوع را حداقل یک سمپتوم از سمپتوم های زیر نشان می دهد: ۱. فرد در طول روز چندین بار می خوابد یا چرت می زند. ۲. خواب اصلی او هر روز بیش از ۹ ساعت طول می کشد اما خستگی او را رفع نمی کند (unrefreshing است، یعنی سر حال کننده نیست، یا تجدید قوا نمی کند). ۳. وقتی ناگهان از خواب بیدار می شود نمی تواند کاملاً بیدار (کاملاً هشیار، fully awake) باشد.
B: هایپرسومنولنس (خواب آلودگی) حداقل سه بار در هفته، به مدت حداقل سه ماه، روی می دهد.
C: هایپرسومنولنس به دیسترس (رنج و ناراحتی شخصی) شدید یا نقص در عملکرد شناختی، اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم عملکردی منجر می شود.
D: یک اختلال خواب دیگر توضیح بهتری برای هایپرسومنولنس نیست یا هایپرسومنولنس صرفاً در طول ابتدای فرد به یک اختلال خواب دیگر روی نمی دهد. (مثلاً: ناکولپسی، اختلال خواب مرتبط با تنفس، اختلال خواب-بیداری ریتم سیر کادیان، با یکی از انواع پاراسومنیاهای)
E: هایپرسومنولنس قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: داروی سوء مصرفی، داروی تجویزی) نیست.
F: اختلالات روانی و جسمی هم زمان (کاموربید) به اندازه کافی نمی توانند هایپرسومنولنس را، که شکایت اصلی فرد است، توضیح دهند.
اسپیسیفایرها: به همراه اختلال روانی، از جمله اختلالات مصرف ماده به همراه عارضه پزشکی به همراه یک اختلال خواب دیگر
اسپیسیفایرها: acute: حاد: مدت کمتر از یک ماه subacute: نیمه حاد: مدت یک تا سه ماه persistent: دائمی: مدت بیشتر از سه ماه
اسپیسیفایر شدت: اسپیسیفایر شدت براساس درجه دشواری فرد در حفظ هشیاری خود در طول روز تعیین می شود. دشواری در حفظ هشیاری روزانه نیز از طریق در نظر گرفتن این موضوع انجام می گیرد که فرد چند روز در دفعات دچار حملات غیرقابل مقاومت خواب آلودگی می شود. (مثلاً: هنگامی که جایی نشسته است و کار خاصی نمی کند، در حال رانندگی است، در مهمانی و در جمع دوستان است، یا مشغول انجام دادن وظایف شغلی است. خفیف: دشواری در حفظ هشیاری روزانه یک یا دو روز در هفته متوسط: دشواری در حفظ هشیاری روزانه سه تا چهار روز در هفته شدید: دشواری در حفظ هشیاری روزانه پنج تا هفت روز در هفته

نارکولپسی

A: فرد در طول روز به طور مکرر دوره‌هایی از نیاز غیرقابل سرکوب به خواب را تجربه می‌کند، به طور غیرارادی خوابش می‌برد، یا (به طور ارادی) چرت می‌زند.

B: حضور حداقل یکی از موارد زیر:

۱. اپیزودهایی از کاتاپلکسی که حداقل چند بار در هر ماه روی می‌دهد. اپیزود کاتاپلکسی توسط معیار (a) یا معیار (b) تعریف می‌شود. (a) در افرادی که مدت‌ها است به کاتاپلکسی مبتلا هستند، توناژ (تونوس) عضلانی دوطرفه به طور ناگهانی اما برای مدتی کوتاه (چند ثانیه تا چند دقیقه) از بین می‌رود اما فرد هشیاری خود را از دست نمی‌دهد. علت این فلج موقت خنده یا شوخی است. (b) در کودکان با افرادی که از آغاز بیماری آن‌ها کمتر از شش ماه می‌گذرد، کاتاپلکسی خود را به صورت شکلک‌های چهره‌ای یا بازماندن دهان و بیرون افتادن زبان، یا شل شدن ماهیچه‌ها در سراسر بدن (hypotonia) نشان می‌دهد، بدون آنکه پای هیچ‌گونه محرک‌های هیجانی در میان باشد. (یا اگر محرک هیجانی وجود داشته باشد، برای فرد یا دیگران قابل مشاهده نیست).
۲. کمبود هیپوکرتین (hypocretin)، که با استفاده از اندازه‌گیری میزان هیپوکرتین-۱ در مایع نخاعی مشخص می‌شود. (ارزش‌ها یا نتایج به دست آمده از این آزمایش کمتر از، یا برابر با ارزش‌های به دست آمده از افراد سالمی است که در همان آزمایش شرکت کرده‌اند، یا کمتر از، یا برابر با، 110 pg/ml است). در افرادی که به آسیب مغزی حاد، التهاب مغزی، یا عفونت مغزی مبتلا هستند، سطح پایین هیپوکرتین-۱ نباید ملاک واقع شود.
۳. پلی‌سومنوگرافی از مغز فرد به هنگام خواب شبانه نشان می‌دهد که دوره‌ی نهفتگی خواب REM کمتر از، یا مساوی با، ۱۵ دقیقه است، یا آزمایش MSLT نشان می‌دهد که متوسط نهفتگی خواب کمتر از یا مساوی با هشت دقیقه است و دو (یا چند) دوره SOREMP وجود دارد.

انواع فرعی (سایت‌تایپ‌ها)

نارکولپسی با کاتاپلکسی یا کمبود هیپوکرتین

نارکولپسی بدون کاتاپلکسی و بدون کمبود هیپوکرتین

نارکولپسی با کاتاپلکسی یا کمبود هیپوکرتین ناشی از یک عارضه پزشکی

نارکولپسی بدون کاتاپلکسی یا بدون کمبود هیپوکرتین ناشی از یک عارضه پزشکی

اسپسیفایرهای شدت:

خفیف: کاتاپلکسی نافرمان (نادر، به ندرت) (کمتر از یک بار در هفته)، فرد فقط یک یا دو بار در روز به چرت‌زدن نیاز دارد، و خواب شبانه‌اش زیاد مختل نیست.

متوسط: کاتاپلکسی روزی یک بار یا هر چند روز یک بار، به همراه اختلال در خواب شبانه، و نیاز به چند بار چرت‌زدن در طول روز.

شدید: کاتاپلکسی مقاوم در مقابل حملات متعدد روزانه، خواب‌آلودگی تقریباً دائمی، و خواب شبانه مختل (مثلاً: حرکات دست و پا، اینسومنیا، و رویاهای بسیار شبه واقعی)

آپنه آ-هیپوپنه آی خواب انسدادی

A: یکی از این دو مورد (مورد ۱) یا مورد (۲):

۱. تست پلی سومنوگرافیک نشان می‌دهد که در هر یک ساعت خواب حداقل پنج آپنه آ یا هیپوپنه آی انسدادی روی می‌دهد و یکی از دو سمپتوم زیر حضور دارد:

a. مختل شدن تنفس در طول شب: خروپف کردن، خرناس کشیدن/نفس نفس زدن، یا متوقف شدن تنفس در طول خواب.

b. خواب‌آلودگی، احساس خستگی شدید (fatigue)، یا خوابی که تجدید قوا نمی‌کند به رغم اینکه فرد فرصت کافی برای خوابیدن داشته است، و همه این‌ها را یک عارضه روانی (ازجمله، یک اختلال خواب دیگر) نمی‌تواند بهتر توضیح دهد و قابل انتساب به یک عارضه پزشکی دیگر نیست.

۲. تست پلی سومنوگرافیک نشان می‌دهد که در هر یک ساعت خواب، ۱۵ بار (یا بیشتر) آپنه آ و یا هیپوپنه آی روی می‌دهد و فرقی نمی‌کند که سایر سمپتوم‌ها نیز حضور دارند یا نه.

اسپسیفایر شدت:

خفیف: شاخص آپنه آ-هیپوپنه آ کمتر از ۱۵ است.

متوسط: شاخص آپنه آ-هیپوپنه آ ۱۵ تا ۳۰ است.

شدید: شاخص آپنه آ-هیپوپنه آ بیشتر از ۳۰ است.

آپنه آی خواب مرکزی

A: تست پلی سومنوگرافی نشان می‌دهد که در هر یک ساعت خواب پنج بار یا بیشتر، آپنه آی مرکزی روی می‌دهد.

B: یک اختلال خواب دیگر که فرد در حال حاضر به آن مبتلاست نمی‌تواند توضیح بهتری برای مشکل فرد باشد.

نوع فرعی (ساب تایپ)

آپنه آی خواب مرکزی ایدیوپاتیک: مشخصه اصلی آن اپیزودهای مکرر آپنه آ و هیپوپنه آ در طول خواب است که به علت کاهش یا افزایش دشواری در تنفس به وجود می‌آیند اما هیچ‌گونه شواهدی دال بر مسدود شدن مجرای تنفسی وجود ندارد.

تنفس شین-استوکز: الگویی از واریاسیون کاهشی-افزایشی پریودیک (دوره‌ای) در حجم دم و بازدم که به آپنه آها و هیپوپنه آهای مرکزی با فراوانی حداقل پنج بار در هر ساعت منجر می‌شود و در طی آن‌ها فرد چندین بار از خواب بیدار می‌شود.

آپنه آی خواب مرکزی کاموربید با مصرف مواد اوپیودی: پاتوژن این نوع فرعی به تأثیر مواد اوپیودی (مواد خانواده تریاک) در ژنراتورها (تولیدکننده‌های) ریتم تنفسی در بصل النخاع ربط داده می‌شود. همچنین مواد اوپیودی ممکن است روی رانش تنفسی هیپوکسیک و رانش تنفسی هایپرکاپنیک به طور متفاوت تأثیر بگذارند و در نتیجه باعث ایجاد (پاتوژن) این نوع فرعی شوند.

اسپسیفایر شدت:

شدت آپنه آی خواب مرکزی براساس فراوانی مشکلات تنفسی و همچنین، کاهش غلظت اکسیژن و منقطع شدن خواب که در نتیجه مشکلات تنفسی پی‌درپی به وجود می‌آیند، درجه بندی می‌شود.

هایپوونتیلیشن مرتبط با خواب

A: تست پلی‌سومنوگرافیک نشان می‌دهد که اپیزودهایی از کاهش تنفس مرتبط با افزایش سطح CO_2 وجود دارد. (توجه: در صورت عدم دسترسی به تست‌های آجکتیو برای CO_2 ، پایین بودن سطح HOS و بدون ارتباط با رویدادهای آینه‌ای/هیپوپنه‌ای می‌تواند نشان‌دهنده هایپوونتیلیشن باشد.)

B: یک اختلال خواب دیگر که فرد در حال حاضر به آن مبتلاست، توضیح بهتری برای مشکل تنفسی فرد نیست.

انواع فرعی

هایپوونتیلیشن ایدیوپاتیک: این نوع فرعی به هیچ‌یک از عارضه‌هایی که به آسانی قابل شناسایی باشند، قابل انتساب نیست. هایپوونتیلیشن آلوده‌اولار مرکزی مادرزاد: این نوع فرعی یک اختلال مادرزادی نادر است که در آن، فرد معمولاً از همان بدو تولد نشان می‌دهد که تنفسش عمیق نیست و پزشکان مجبورند از انتوباسیون (گذاشتن لوله تنفسی در دهان) استفاده کنند. اکثر این افراد بعدها قادر خواهند بود تنفس خود را به هنگام بیداری کنترل کنند اما به هنگام خواب ممکن است به سیانوز (cyanosis) یا آینه‌آچار شوند.

هایپوونتیلیشن مرتبط با خواب کاموربید: این نوع فرعی در نتیجه یک عارضه پزشکی روی می‌دهد، برای مثال: یک نوع بیماری ریوی (مثلاً: COPD، ILD) یا یک اختلال نوروماسکولار یا اختلال دیواره قفسه سینه (مثلاً: دیستروفی عضلانی، سندروم پست پولیو، صدمه نخاعی (سر و گردن)، کیفسکولیوسیس) یا داروهای تجویزی (مثلاً: بنزودیازپین‌ها، اوبیودها) این نوع فرعی به همراه چاقی نیز روی می‌دهد. (اختلال هایپوونتیلیشن-چاقی)

اسپسیفایر شدت:

شدت براساس درجه کمبود اکسیژن و درجه مازاد دی‌اکسیدکربن خون در طول خواب، و نیز، شواهدی که نشان می‌دهند بعضی اندام‌های بدن، در اثر این نابهنجاری‌ها، نمی‌توانند کار خود را خوب انجام دهند. (مثلاً: نارسایی در نیمه راست قلب)، درجه‌بندی می‌شود. به هنگام بیداری، حضور نابهنجاری‌هایی در گازهای خون نشان می‌دهد که هایپوونتیلیشن فرد از شدت بیشتری برخوردار است.

اختلالات خواب-بیداری ریتم سیرکادیان

A: یک روند دائمی یا تکراری (عودکننده) از آشفتگی خواب که عمدتاً در نتیجه تغییر در سیستم سیرکادیان یا در نتیجه ناهماهنگی بین ریتم سیرکادیان اندوژن و جدول زمانی خواب-بیداری تحمیل شده از سوی محیط فیزیکی فرد یا الزامات شغلی یا وظایف اجتماعی به وجود آمده است.

B: این آشفتگی خواب به خواب آلودگی شدید یا اینسومنیا، یا هر دو، منجر می‌شود.

C: آشفتگی خواب رنج و عذاب از لحاظ بالینی معنادار (مهم) برای شخص می‌شود (دیسترس شخصی) یا باعث می‌گردد فرد نتواند به وظایف اجتماعی، شغلی، یا وظایف خود در سایر زمینه‌های مهم زندگی خوب رسیدگی کند. (نقص عملکردی)

نوع فرعی

نوع فرعی فاز خواب دیرتر از موعد: الگو یا روندی از به تأخیر افتادن زمان به خواب رفتن ها و زمان بیدار شدن ها، به همراه ناتوانی در به خواب رفتن و بیدار در زمان دل خواه یا زودتر از آنچه از لحاظ اجتماعی (از دید دیگران) قابل قبول است.

اسپسیفایر:

خانوادگی: در خانواده فرد سابقه فاز خواب همراه با تأخیر وجود دارد.

اسپسیفایر:

هم پوشانی با نوع فرعی خواب-بیداری غیر-۲۴-ساعته: نوع فرعی فاز خواب همراه با تأخیر ممکن است با یک اختلال دیگر در گروه اختلالات خواب-بیداری ریتم سیرکادیان به نام نوع فرعی خواب-بیداری غیر-۲۴-ساعته هم پوشانی داشته باشد.

نوع فرعی فاز خواب زودتر از موعد: الگو یا روندی از تسریع شدن زمان به خواب رفتن ها و زمان بیدار شدن ها، به همراه ناتوانی در بیدار ماندن یا ادامه دادن به خواب تا زمان دل خواه یا دیر خوابیدن یا زود بیدار شدن، طوری که از لحاظ اجتماعی (از دید دیگران) قابل قبول باشد.

اسپسیفایر:

خانوادگی: در خانواده فرد سابقه فاز خواب زودتر از موعد وجود دارد.

نوع فرعی خواب-بیداری نامنظم: یک الگو یا روند خواب-بیداری که به صورت موقت بدون نظم و ترتیب است، طوری که زمان بندی دوره های خواب و بیداری در سراسر دوره ۲۴ ساعته متغیر است.

نوع فرعی خواب-بیداری غیر-۲۴ ساعته: الگو یا روندی از چرخه های خواب-بیداری که با محیط اطراف فرد، که براساس ۲۴ ساعت کار می کند، هم زمان نشده است و هر روز ساعت خوابیدن و ساعت بیدار شدن دیرتر می شود.

نوع فرعی شیفت کاری: در طول دوره خواب عمده، بی خوابی (اینسومنیا) روی می دهد و یا در طول دوره خواب عمده، خواب آلودگی شدید وجود دارد. (از جمله خواب غیرارادی یا ناخواسته) و این موضوع به جدول شیفت کاری (یعنی، اجبار به کار کردن در ساعات کاری نامتعارف) نسبت داده می شود.

نوع فرعی مشخص نشده

اسپسیفایر:

دوره ای: سمپتوم ها حداقل یک ماه اما کمتر از سه ماه طول می کشند.

دائمی: سمپتوم ها سه ماه یا بیشتر طول می کشند.

تکراری (عودکننده): حداقل دو اپیزود در عرض یک سال روی می دهند.

اختلالات برانگیختگی در خواب NREM

A: اپیزودهای مکرر بیدار شدن ناقص از خواب، که معمولاً در طول ثلث اول اپیزود خواب عمده روی می دهند، به همراه یکی از دو پدیده زیر:

۱. راه رفتن در خواب: اپیزودهای مکرر بیرون آمدن از تخت خواب در طول خواب و راه رفتن در خانه یا حتی بیرون از خانه. به هنگام راه رفتن در خواب، فرد چهره ای بی احساس دارد و نگاهش خیره است؛ نسبت به تلاش های دیگران برای حرف زدن با او نسبتاً بی تفاوت است؛ و او را فقط با تلاش بسیار زیاد می توان بیدار کرد.

۲. وحشت‌زدگی در خواب: فرد به‌طور مکرر با وحشت در خواب برانگیخته می‌شود، که معمولاً با یک جیغ حاکی از وحشت همراه است. ترس شدیدی وجود دارد و در طول هر اپیزود علائم فیزیولوژیک نشان می‌دهند که سیستم عصبی خودمختار فرد فعال شده است. (مثلاً: میدریاسیس (mydriasis)، تاکیکاردیا، تنفس سریع، و عرق کردن) در طول اپیزودها، تلاش دیگران برای آرام‌ساختن او با بی‌پاسخی نسبی مواجه می‌شود.
B: فرد هیچ‌یک از تصاویر رویایی (ایماژسازی که در خواب دیده است) را به یاد نمی‌آورد یا آنچه به یاد می‌آورد بسیار اندک است. (مثلاً: فقط یک صحنه منفرد را به یاد می‌آورد.)
C: فرد اپیزودها را به یاد نمی‌آورد.
D: اپیزودها باعث می‌شوند دیسترس از لحاظ بالینی معنادار (مهم) یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی به وجود آید.
E: این آشفتگی قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، یا داروهای تجویزی) نیست.
F: در صورت ابتلای فرد به اختلالات روانی یا بیماری‌های جسمی، این عارضه‌ها نمی‌توانند راه‌رفتن در خواب یا وحشت‌زدگی در خواب را توضیح دهند.
انواع فرعی نوع فرعی راه‌رفتن در خواب اسپسیفایر: به همراه خوردن مرتبط با خواب به همراه رفتار سکشوال مرتبط با خواب (sexsomnia، سکسومنیا) نوع فرعی وحشت‌زدگی در خواب

سندروم پاهای بی‌قرار

A: احساس نیاز شدید به تکان دادن پاها، که معمولاً با بعضی حس‌های فیزیکی ناخوشایند در پاها همراه است یا در اثر این حس‌ها به وجود می‌آید. مشخصه‌های اصلی این سندروم هر سه مورد زیر هستند:
۱. احساس نیاز شدید به حرکت دادن پاها زمانی که فرد در حال استراحت است یا فعالیتی انجام نمی‌دهد شروع می‌شود یا اگر قبلاً شروع شده است، بدتر می‌شود.
۲. حرکت دادن پاها باعث می‌شود احساس نیاز شدید به تکان دادن پاها به‌طور کامل یا جزئی از بین برود.
۳. احساس نیاز شدید به تکان دادن پاها در اوایل یا اواخر شب (شب تا صبح) شدیدتر از روز است یا فقط در ابتدا یا اواخر شب (شب تا صبح) روی می‌دهد.
B: سمپتوم‌های معیار A حداقل سه بار در هفته روی می‌دهند و حداقل سه ماه ادامه یافته‌اند.
C: سمپتوم‌های معیار A باعث می‌شوند دیسترس از لحاظ بالینی معنادار (مهم) یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی، رفتاری یا سایر زمینه‌های مهم زندگی به وجود آید.

D: سمپتوم‌های معیار A قابل انتساب به یک اختلال روانی دیگر یا یک عارضه پزشکی دیگر نیستند. (مثلاً: ادمای پا، آرتروز) و یک عارضه رفتاری (مثلاً: قرارگرفتن بدن در وضعیتی ناراحت، تکان دادن پاها که در بعضی افراد به صورت نوعی عادت درآمده است). نمی‌تواند توضیح بهتری برای آن‌ها باشد.
E: سمپتوم‌ها قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک یک ماده سوءمصرفی، یا یک داروی تجویزی نیستند.

اختلال کابوس شبانه

A: خواب‌هایی طولانی و به شدت ناراحت‌کننده که به خوبی در یاد می‌مانند و به دفعات تکرار می‌شوند. مضمون این خواب‌ها معمولاً تلاش فرد برای فرار از موقعیت‌های خطرناکی است که جان، امنیت، یا سلامت جسمی او را تهدید می‌کنند و معمولاً در طول نیمه دوم اپیزود خواب عمده (اصلی) روی می‌دهند.
B: بعد از بیدار شدن از این خواب‌های ناراحت‌کننده، حواس فرد خیلی سریع سر جای خود می‌آید و فرد هشیار و گوش به زنگ می‌شود.
C: این آشفتگی باعث رنج و عذاب (دیسترس) از لحاظ بالینی معنادار (مهم) یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود.
D: سمپتوم‌های کابوس قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: مواد سوءمصرفی، داروهای تجویزی) نیستند.
F: در صورت ابتلای فرد به اختلالات روانی یا جسمی، این اختلالات به اندازه کافی نمی‌توانند خواب‌های ناراحت‌کننده را، که شکایت غالب هستند، توضیح دهند.
اسپسیفایر: در طول مراحل آغازین خواب
اسپسیفایر: حاد: کابوس دیدن‌ها یک ماه یا کمتر ادامه می‌یابند. نیمه حاد: کابوس دیدن‌ها بیشتر از یک اما کمتر از شش ماه ادامه می‌یابند. دائمی: کابوس دیدن‌ها شش ماه یا بیشتر ادامه می‌یابند.
اسپیفایر شدت: شدت را می‌توان براساس فراوانی کابوس‌ها درجه بندی کرد. خفیف: به طور متوسط کمتر از یک بار در هفته متوسط: یک یا چندبار در هفته اما نه هرشب (کمتر از هفت بار در هفته) شدید: هرشب

اختلال رفتارهای حرکتی در خواب REM

A: اپیزودهای مکرر برانگیخته شدن در طول خواب که با حرف زدن و یا رفتارهای حرکتی پیچیده همراه است.
B: این رفتارها در طول خواب REM آغاز می‌گردند و بنابراین، معمولاً بیشتر از ۹۰ دقیقه بعد از شروع خواب روی می‌دهند، در مراحل دیرتر دوره خواب فراوان‌تر هستند، و در طول چرت‌زدن‌ها یا خواب روزانه نیز روی می‌دهند اما از فراوانی کمتری برخوردارند.

C: بعد از بیدار شدن از این اپیزودها، فرد کاملاً بیدار و هشیار است، و سردرگم نیست و حس مکان و زمان را از دست نداده است.
D: یکی از این دو مورد: ۱. خواب REM بدون آتونیا (atonia) که نتایج تست پلی‌سومنوگرافیک این موضوع را نشان می‌دهند. ۲. سابقه فرد نشان‌دهنده حضور احتمالی اختلال رفتارهای حرکتی در خواب REM است و ثابت شده است که یک بیماری مرتبط با سینوکلیئن‌ها وجود دارد. (مثلاً: بیماری پارکینسون، یا MSA)
E: رفتارهای حرکتی باعث ایجاد دیسترس از لحاظ بالینی معنادار (مهم) یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شوند. (از جمله: آسیب‌رساندن به خود یا کسانی که در کنار فرد خوابیده‌اند.)
F: این آشفتگی قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: یک ماده سوء مصرفی، یک داروی تجویزی)، یا یک عارضه پزشکی دیگر نیست.
G: در صورت ابتلای فرد به اختلالات روانی یا جسمی، این اختلالات اپیزودهای رفتارهای حرکتی در خواب را نمی‌توانند توضیح دهند.

اختلال خواب ناشی از ماده/دارو

A: یک آشفتگی بارز و شدید در خواب
B: شواهد جمع‌آوری شده از بررسی سوابق، معاینه فیزیکی، یا تست‌های آزمایشگاهی هم مورد (۱) و هم مورد (۲) را نشان می‌دهند: ۱. سمپتوم‌های معیار A در طول، یا با فاصله اندکی بعد از، مسمومیت با ماده یا پرهیز از مصرف ماده یا قرارگرفتن در معرض یک دارو یا بعد از ترک مصرف دارو به وجود آمده‌اند. ۲. ماده/داروی موردنظر قابلیت این را دارد که سمپتوم‌های معیار A را تولید کند.
C: یک اختلال سایکوتیک غیرناشی از ماده/دارو توضیح بهتری برای آشفتگی فرد نیست. شواهد دال بر حضور یک اختلال سایکوتیک مستقل شامل موارد زیر هستند: سمپتوم‌ها قبل از شروع مصرف ماده/دارو شروع شده‌اند؛ سمپتوم‌ها برای مدتی زیاد (مثلاً: حدود یک ماه) بعد از از بین رفتن سندروم پرهیز حاد یا مسمومیت شدید ادامه می‌یابند؛ یا شواهد دیگری وجود دارد دال بر اینکه یک اختلال خواب مستقل و غیرناشی از ماده/دارو وجود دارد.
D: آشفتگی فرد صرفاً در طول یک دوره دلیریوم روی نمی‌دهد.
انواع فرعی: اینسومنیا خواب‌آلودگی در طول روز پاراسومنیا میکس
اسپیسیفایرها: با شروع در طول مسمومیت با شروع در طول ترک مصرف

دیگر اختلال خواب بیداری مشخص

در مواردی به کار می رود که در آن ها، سمپتوم های مشخصه یک اختلال خواب-بیداری که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی کند. زمانی به کار می رود که درمانگر تصمیم می گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع برساند.

برخی نمونه های اختلال بی خوابی مشخص:

- بی خوابی کوتاه مدت: کمتر از سه ماه
- محدود به خواب غیرسرحال کننده: شکایت فرد از اینکه خوابش سرحال کننده نیست ولی با سایر سمپتوم ها همراه نیست.

اختلال خواب بیداری نامشخص

در مواردی به کار می رود که در آن ها، سمپتوم های مشخصه یک اختلال خواب-بیداری که باعث دیسترس یا نقص عملکرد از لحاظ بالینی معنادار شود تصویر بالینی غالب است اما معیارهای لازم برای هیچ یک از اختلالات موجود در این طبقه را برآورده نمی کند. زمانی به کار می رود که درمانگر تصمیم می گیرد دلیل خاص و مشخص برآورده نشدن معیارها را به اطلاع نرساند و مواردی را شامل می شود که اطلاعات به اندازه ای کافی نیست تا یک تشخیص مشخص تر ارائه شود.

اختلالات عصبی-شناختی

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل چهاردهم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۲۶۳ تا ۲۷۳)

اختلال عصبی-شناختی خفیف

A: شواهد نشان می‌دهند که فرد، درمقایسه با سطح عملکرد سابق، در یک یا چند زمینه شناختی (توجه پیچیده، عملکرد اجرایی (فراشناخت)، یادگیری و حافظه، زبان، شناخت ادراکی-حرکتی، یا شناخت اجتماعی)، به افت شناختی خفیف دچار شده‌است. این شواهد براساس دو عامل زیر قرار دارند:

۱. خود فرد، یا یک نفر آشنا و آگاه از وضعیت، یا پزشک معالج، معتقد است که عملکرد ذهنی (شناختی) افت خفیف داشته‌است.
۲. در عملکرد نوروکognیتیو فرد افت خفیفی مشاهده می‌شود و این افت، ترجیحاً، با آزمایش‌های نوروپسیکولوژیک استاندارد شده، (یا در غیاب چنین آزمایش‌هایی، با یک تکنیک سنجشی معتبر دیگر) ثبت شده‌است.

B: نقص‌های شناختی به اندازه کافی شدید نیستند که در استقلال فرد اختلال به وجود آورند. (فرد هنوز می‌تواند فعالیت‌های مهم زندگی روزمره را انجام دهد و کارهای پیچیده‌تر مثل پرداخت قبض‌های مختلف، یا مصرف به موقع و به مقدار یا تعداد صحیح دارو را انجام دهد، اما برای اینکه استقلال خود را حفظ کند مجبور است تلاش بیشتری به کار ببرد، از استراتژی‌های جبرانی استفاده کند یا در مکانی خاص اسکان داده شود.)

C: نقص‌های شناختی صرفاً و منحصرأً به هنگام ابتلای فرد به دلیریوم روی نمی‌دهند.

D: نمی‌توان نقص‌های شناختی را به یک اختلال ذهنی دیگر نسبت داد. (مثلاً: اختلال افسردگی عمده، اسکیزوفرنی)

انواع فرعی براساس علت:

(هر نوع فرعی که در زیر ارائه شده‌است، دارای معیارهای تشخیصی خاص و متن مختص به آن است. ما در اینجا فقط اسامی آن‌ها را ذکر می‌کنیم، جهت مطالعه جداول مربوط به هریک از آن‌ها می‌توانید به کتاب اصلی مراجعه کنید.)

بیماری آلزایمر

دی‌جنریشن لب پیشانی-گیجگاهی

بیماری لویی‌بادی

بیماری واسکولار

آسیب مغزی تروماتیک

مصرف ماده/دارو

عفونت HIV

بیماری پریون

بیماری پارکینسون

بیماری هانتینگتون

عارضه پزشکی دیگر

علل متعدد

علت نامشخص

اسپیسیفایر:

بدون آشفتگی رفتاری

با آشفتگی رفتاری (سمپتوم‌های سایکوتیک، آشفتگی خلقی، آرتیاسیون، آپاتی، سایر سمپتوم‌های رفتاری)

اختلال عصبی-شناختی عمده

A: شواهد نشان می‌دهند که فرد، درمقایسه با سطح عملکرد سابق، در یک یا چند زمینه شناختی (توجه پیچیده، عملکرد اجرایی (فراشناخت)، یادگیری و حافظه، زبان، شناخت ادراکی-حرکتی، یا شناخت اجتماعی)، به افت شناختی شدید (عمده) دچار شده است. این شواهد براساس دو عامل هستند:

۱. خود فرد، یا یک نفر آشنا و آگاه از وضعیت، یا پزشک معالج، معتقد است که عملکرد ذهنی (شناختی) افت شدید داشته است.
۲. در عملکرد شناختی فرد افت شدیدی مشاهده می‌شود و این افت، ترجیحاً، با آزمایش‌های نوروسایکولوژیک استاندارد شده (یا، در غیاب چنین آزمایش‌هایی، با یک تکنیک سنجشی معتبر دیگر) ثبت شده است.

B: نقص‌های شناختی استقلال فرد در انجام دادن فعالیت‌های روزمره را مختل می‌سازند. (یعنی، در حداقل‌ترین سطح، فرد برای انجام دادن فعالیت‌های مهم زندگی روزمره و کارهای پیچیده‌تر مثل پرداخت قبضه‌های مختلف، یا مصرف به موقع و به تعداد و مقدار صحیح داروها، به کمک دیگران نیاز دارد.)

C: نقص‌های شناختی صرفاً و منحصرأً به هنگام ابتلای فرد به دلیریوم روی نمی‌دهند.

D: نمی‌توان نقص‌های شناختی را به یک اختلال روانی دیگر نسبت داد. (مثلاً: اختلال افسردگی عمده، اسکیزوفرنی)

انواع فرعی براساس علت:

بیماری آلزایمر

دی‌جنریشن لب پیشانی-گیجگاهی

بیماری لویی‌بادی

بیماری واسکولار

آسیب مغزی تروماتیک

مصرف ماده/دارو

عفونت HIV

بیماری پریون

بیماری پارکینسون

بیماری هانتینگتون

عارضه پزشکی دیگر

علل متعدد

علت نامشخص

اسپیسیفایر:

بدون آشفتگی رفتاری

با آشفتگی رفتاری

اسپسیفایر شدت کنونی:

خفیف: مشکل در فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره (مثل کارهای خانه و مدیریت پول)
متوسط: مشکل در فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره (مثل غذا خوردن و لباس پوشیدن)
شدید: وابستگی کامل به دیگران

دلیریوم

A: توانایی فرد در توجه به محیط مختل می‌شود. (یعنی، از توانایی او برای توجه به یک شیء یا یک رویداد محیطی کاسته می‌شود، نمی‌تواند به آسانی توجه خود را متمرکز کند، نمی‌تواند توجه خود را متمرکز نگه دارد، یا نمی‌تواند توجه خود را از موضوعی به موضوع دیگر تغییر مسیر دهد.)

B: این ناراحتی در عرض یک مدت کوتاه به وجود می‌آید. (معمولاً در عرض چند ساعت یا چند روز)، توجه و آگاهی فرد متفاوت از سطح قبلی و عادی می‌شود، و معمولاً در طول روز، شدت آن نوسان دارد.

C: در یکی از سایر زمینه‌های شناختی نیز تغییراتی مشاهده می‌شود. (مثلاً: حافظه افت پیدا می‌کند، فرد سردرگم می‌شود یا نمی‌داند در کجاست و چه وقتی از روز است، در زبان و گفتار یا در ادراک اشیاء دچار مشکل می‌شود، و ادراکش اختلال پیدا می‌کند.)

D: علت ناراحتی‌های قیدشده در معیارهای A و C یک اختلال عصبی شناختی از قبل موجود، تثبیت‌شده، یا در حال تحول و تثبیت نیست و به‌هنگام کاهش شدید سطح برانگیختگی (مثلاً: کما) روی نمی‌دهد.

E: شواهد موجود در سابقه فرد (به‌دست آمده از معاینات فیزیکی، یا یافته‌های آزمایشگاهی) نشان می‌دهند که این ناراحتی محصول یکی از موارد زیر است: نتیجه فیزیولوژیک و مستقیم یک عارضه پزشکی دیگر، مسمومیت با مواد یا سندروم پرهیز از مواد (به علت یک ماده سوء مصرفی یا داروی تجویزی)، یا قرارگرفتن در معرض یک ماده سمی، یا به علت چند عامل هم‌زمان.

انواع فرعی (ساب تایپ‌ها)

دلیریوم ناشی از مسمومیت با مواد

دلیریوم ناشی از پرهیز از (ترک) مواد

دلیریوم ناشی از داروهای تجویزی

دلیریوم ناشی از سایر عارضه‌های پزشکی

دلیریوم ناشی از علل متعدد

اسپسیفایر:

حاد: چند ساعت یا چند روز ادامه می‌یابد.

مداوم: چند هفته یا چند ماه ادامه می‌یابد.

اسپیقایر:

هایپراکتیو: فعالیت پسیکوموتور (روانی-حرکتی) فرد در سطح هایپراکتیو (بیش فعال) است و ممکن است با عدم تعادل خلقی، تشویش و عصبیت، و یا عدم همکاری با پزشکان و پرستاران همراه باشد.

هیپواکتیو: فعالیت پسیکوموتور فرد در سطح هیپواکتیو (کم فعال) است و ممکن است با کرختی، کندی و بی رمقی (که به استوپر یا منگی نزدیک است)، همراه باشد.

سطح فعالیت مختلط: فعالیت پسیکوموتور فرد در سطح نرمال است هرچند توجه و آگاهی او مختل است. همچنین، سطح فعالیت فرد ممکن است نوسانات سریع داشته باشد.

اختلالات و انحرافات جنسی

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل دوازدهم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۲۴۰ تا ۲۵۰)

اختلال میل جنسی هیپوآکتیو در مردان

A: فرد به طور مستمر یا مکرر، افکار یا خیال‌پردازی‌های سکسوال/اروتیک کم دارد یا اصلاً ندارد، و همچنین، میل چندانی به فعالیت جنسی ندارد یا اصلاً ندارد. قضاوت دربارهٔ نقص یا کمبود بر عهدهٔ روانشناس بالینی یا روان‌پزشک است که عوامل مختلف موثر بر عملکرد جنسی را در نظر می‌گیرد، مثل سن، شرایط عمومی و شرایط اجتماعی-فرهنگی زندگی.

B: سمپتوم‌های معیار A حداقل حدود شش ماه ادامه داشته‌اند.

C: سمپتوم‌های معیار A باعث می‌شوند در رنج (دیسترس) شدیدی به وجود آید که به رسیدگی بالینی نیاز دارد. (از لحاظ بالینی معنادار یا با اهمیت است).

D: اختلال روانی غیرجنسی نمی‌تواند توضیح بهتری برای این اختلال جنسی باشد، اختلال جنسی را نمی‌توان پیامد رنج (دیسترس) شدید ناشی از یک رابطهٔ میان‌فردی یا سایر استرس‌زاهای مهم محسوب کرد، و نمی‌توان آن را به آثار یک ماده یا داروی تجویزی یا یک عارضهٔ پزشکی دیگر نسبت داد.

انواع فرعی:

تمام عمری: اختلال از زمان فعال شدن فرد از لحاظ جنسی وجود داشته‌است.

اكتسابی: اختلال بعد از یک دورهٔ فعالیت جنسی عادی شروع شده‌است.

انواع فرعی:

تعمیم یافته: صرفاً به بعضی محرک‌ها، موقعیت‌ها، یا همسر محدود نمی‌شود.

موقعیتی: صرفاً در حضور بعضی انواع محرک‌ها، موقعیت‌ها، یا همسر روی می‌دهد.

اسپسیفایرشد:

خفیف: شواهدی دال بر رنج (دیسترس) خفیف به علت سمپتوم‌های معیار A

متوسط: شواهدی دال بر رنج متوسط به علت سمپتوم‌های معیار A

شدید: شواهدی دال بر رنج شدید یا مفرط به علت سمپتوم‌های معیار A

اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زنان

A: فرد میل جنسی یا برانگیختگی جنسی نداشته یا بسیار کم داشته‌است. این موضوع را حداقل سه مورد از موارد زیر نشان می‌دهند:

۱. علاقهٔ فرد به فعالیت جنسی کاهش یافته‌است یا به کلی وجود ندارد.

۲. افکار یا خیالات جنسی/اروتیک کاهش یافته‌اند یا به کلی وجود ندارند.

۳. فرد برای فعالیت جنسی پیش قدم نمی‌شود یا کمتر از گذشته پیش قدم می‌شود و زمانی که همسر یا پیش می‌گذارد معمولاً واکنش صحیح یا مثبت نشان نمی‌دهد.

۴. در همه یا تقریباً در همهٔ تعاملات جنسی (حدود ۷۵ درصد تا ۱۰۰ درصد موارد)، اصلاً هیجان زده نمی‌شود یا لذت نمی‌برد، یا مقدار آن کاهش یافته‌است.

۵. در واکنش به هرگونه محرک‌های سکشوال / اروتیک درونی یا بیرونی (مثلاً: محرک‌های کتبی، مثل کتاب‌ها یا مجلات سکشوال یا اروتیک، محرک‌های کلامی مثل حرف‌های سکشوال / اروتیک، یا محرک‌های بصری مثل فیلم‌های پورنو یا اروتیک) در فرد هیچ میل یا برانگیختگی جنسی به وجود نمی‌آید یا شدت آن بسیار کم است. ۶. فراوانی یا شدت حس‌های بدنی در اندام‌های تناسلی و یا اندام‌های غیرتناسلی، در طول فعالیت جنسی، در همه تعاملات جنسی یا تقریباً در همه آن‌ها (حدود ۷۵ درصد تا ۱۰۰ درصد)، کاهش یافته است یا اصلاً وجود ندارد.
B: سمپتوم‌های معیار A حداقل حدود شش ماه ادامه داشته اند.
C: سمپتوم‌های معیار A باعث می‌شوند دیسترس شدیدی به وجود آید که به رسیدگی بالینی نیاز دارد.
D: این اختلال جنسی را با یک اختلال روانی غیرجنسی، یا به عنوان پیامد دیسترس شدید در یک رابطه میان فردی (مثلاً: خشونت فیزیکی از سوی همسر)، یا سایر استرس‌زاهای مهم، نمی‌توان بهتر توضیح داد و آن را نمی‌توان به آثار یک ماده یا داروی تجویزی یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. انواع فرعی (ساب تایپ‌ها): تمام عمری: اختلال از زمان فعال شدن فرد از لحاظ جنسی وجود داشته است. اکتسابی: اختلال بعد از یک دوره فعالیت جنسی عادی شروع شده است. انواع فرعی (ساب تایپ‌ها): تعمیم یافته: صرفاً به بعضی محرک‌ها، یا همسر محدود نمی‌شود. موقعیتی: صرفاً در حضور بعضی محرک‌ها، موقعیت‌ها، یا همسر روی می‌دهد. اسپسیفایرها خفیف: شواهدی دال بر دیسترس خفیف به علت سمپتوم‌های معیار A. متوسط: شواهدی دال بر دیسترس متوسط به علت سمپتوم‌های معیار A. شدید: شواهدی دال بر دیسترس شدید یا مفرط به علت سمپتوم‌های معیار A.

اختلال نعوظ

A: حداقل یکی از سه سمپتوم زیر باید در همه موارد فعالیت جنسی یا تقریباً در همه آن‌ها (حدود ۷۵ درصد تا ۱۰۰ درصد) روی دهد. (فعالیت جنسی باید دو نفره باشد. (مستربیشن نباشد.) و خود فرد نباید تمایل داشته که انزال به تاخیر بیفتد.) ۱. دشواری زیاد در رسیدن به نعوظ به هنگام فعالیت جنسی ۲. دشواری زیادی در حفظ نعوظ تا پایان فعالیت جنسی ۳. کاهش زیاد در استحکام نعوظ
B: سمپتوم‌های معیار A حداقل حدود شش ماه ادامه داشته اند.
C: سمپتوم‌های معیار A باعث می‌شوند رنج شدیدی به وجود آید که به رسیدگی بالینی نیاز دارد.

D: این اختلال جنسی را با یک اختلال روانی غیرجنسی، یا به عنوان پیامد دیسترس شدید در یک رابطه میان فردی یا سایر استرس‌زاهای مهم، نمی‌توان بهتر توضیح داد و آن را نمی‌توان به آثار یک ماده یا داروی تجویزی یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

انواع فرعی (ساب‌تایپ‌ها)

تمام عمری: اختلال از زمان فعال شدن فرد از لحاظ جنسی وجود داشته است.

اکتسابی: اختلال بعد از یک دوره فعالیت جنسی عادی شروع شده است.

انواع فرعی (ساب‌تایپ‌ها)

تعمیم یافته: صرفاً به بعضی محرک‌ها، یا همسر محدود نمی‌شود.

موقعیتی: صرفاً در حضور بعضی محرک‌ها، موقعیت‌ها، یا همسر روی می‌دهد.

اسپسیفایرها

خفیف: شواهدی دال بر دیسترس خفیف به علت سمپتوم‌های معیار A.

متوسط: شواهدی دال بر دیسترس متوسط به علت سمپتوم‌های معیار A.

شدید: شواهدی دال بر دیسترس شدید یا مفرط به علت سمپتوم‌های معیار A.

اختلال ارگزم زنانه

A: حداقل یکی از دو سمپتوم زیر باید در همه موارد فعالیت جنسی یا تقریباً در همه آن‌ها (حدود ۷۵ درصد تا ۱۰۰ درصد) روی دهد:

۱. تاخیر زیاد در رسیدن به ارگزم فراوانی پایین ارگزم‌ها، یا ارگزم نشدن
۲. شدت بسیار اندک حس‌های فیزیکی مرتبط با ارگزم.

B: سمپتوم‌های معیار A حداقل حدود شش ماه ادامه داشته اند.

C: سمپتوم‌های معیار A باعث می‌شوند رنج شدیدی به وجود آید که به رسیدگی بالینی نیاز دارد.

D: این اختلال جنسی را با یک اختلال روانی غیرجنسی، یا به عنوان پیامد دیسترس شدید در یک رابطه میان فردی (مثلاً: خشونت فیزیکی از سوی همسر) یا سایر استرس‌زاهای مهم، نمی‌توان بهتر توضیح داد و آن را نمی‌توان به آثار یک ماده یا داروی تجویزی یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

انواع فرعی

تمام عمری: اختلال از زمان فعال شدن فرد از لحاظ جنسی وجود داشته است.

اکتسابی: اختلال بعد از یک دوره فعالیت جنسی عادی شروع شده است.

انواع فرعی

تعمیم یافته: صرفاً به بعضی محرک‌ها، یا همسر محدود نمی‌شود.

موقعیتی: صرفاً در حضور بعضی محرک‌ها، موقعیت‌ها، یا همسر روی می‌دهد.

اسپسیفایرهای شدت

خفیف: شواهدی دال بر دیسترس خفیف به علت سمپتوم‌های معیار A.

متوسط: شواهدی دال بر دیسترس متوسط به علت سمپتوم‌های معیار A.

شدید: شواهدی دال بر دیسترس شدید یا مفرط به علت سمپتوم‌های معیار A.

اسپسیفایر:

هرگز تحت هیچ شرایطی، ارگزم را تجربه نکرده است.

انزال دیرهنگام

A: حداقل یکی از دو سمپتوم زیر باید در همه موارد فعالیت جنسی یا تقریباً در همه آنها (حدود ۷۵ درصد تا ۱۰۰ درصد) روی دهد (فعالیت جنسی باید دونهفره باشد. (مستربیشن نباشد.) و خود فرد نباید تمایل داشته که انزال به تاخیر بیفتد.)

۱. تاخیر بسیار زیاد در انزال

۲. نادر بودن انزالها یا عدم انزال به طور کلی

B: سمپتومهای معیار A حداقل شش ماه ادامه داشته اند.

C: سمپتومهای معیار A باعث می شوند دیسترس شدیدی به وجود آید که به رسیدگی بالینی نیاز دارد.

D: این اختلال جنسی را با یک اختلال روانی غیرجنسی، یا به عنوان پیامد دیسترس شدید در یک رابطه میان فردی یا سایر استرس زاهای مهم، نمی توان بهتر توضیح داد و آن را نمی توان به آثار یک ماده یا داروی تجویزی یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

انواع فرعی (ساب تایپ ها)

تمام عمری: اختلال از زمان فعال شدن فرد از لحاظ جنسی وجود داشته است.

اكتسابی: اختلال بعد از یک دوره فعالیت جنسی عادی شروع شده است.

انواع فرعی (ساب تایپ ها)

تعمیم یافته: صرفاً به بعضی محرک ها، موقعیت ها، یا همسر محدود نمی شود.

موقعیتی: صرفاً در حضور بعضی محرک ها، موقعیت ها، یا همسر روی می دهد.

اسپسیفایرها

خفیف: شواهدی دال بر دیسترس خفیف به علت سمپتومهای معیار A.

متوسط: شواهدی دال بر دیسترس متوسط به علت سمپتومهای معیار A.

شدید: شواهدی دال بر دیسترس شدید یا مفرط به علت سمپتومهای معیار A.

انزال زود هنگام

A: موارد مستمر یا مکرر انزال در طول فعالیت جنسی با همسر، تقریباً در عرض یک دقیقه بعد از پنتریشین واژنی و قبل از آنکه فرد خودش بخواهد.

توجه: با اینکه این دیاگنوز می تواند در مورد کسانی که فعالیت های جنسی غیر - واژنی دارند نیز به کار رود، برای آن گونه فعالیت ها هیچ معیار زمانی خاصی مشخص نشده است.

B: سمپتومهای معیار A حداقل شش ماه ادامه داشته اند و باید در همه موارد فعالیت جنسی یا تقریباً همه آنها (حدود ۷۵ درصد تا ۱۰۰ درصد) روی داده باشند.

C: سمپتومهای معیار A باعث می شوند رنج شدیدی به وجود آید که به رسیدگی بالینی نیاز دارد.

D: این اختلال جنسی را با یک اختلال روانی غیرجنسی، یا به عنوان پیامد دیسترس شدید در یک رابطه میان فردی، یا سایر استرس زاهای مهم، نمی توان بهتر توضیح داد و آن را نمی توان به آثار یک ماده یا داروی تجویزی یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

انواع فرعی (ساب تایپ ها)

تمام عمری: اختلال از زمان فعال شدن فرد از لحاظ جنسی وجود داشته است.

اكتسابی: اختلال بعد از یک دوره فعالیت جنسی عادی شروع شده است. انواع فرعی (ساب تایپ‌ها) تعمیم یافته: صرفاً به بعضی محرک‌ها، موقعیت‌ها، یا همسر محدود نمی‌شود. موقعیتی: صرفاً در حضور بعضی محرک‌ها، موقعیت‌ها، یا همسر روی می‌دهد. اسپیسیفایرها خفیف: انزال در عرض حدود ۳۰ ثانیه تا ۱ دقیقه بعد از پنتریشن واژنی متوسط: انزال در عرض حدود ۱۵ ثانیه تا ۳۰ ثانیه بعد از پنتریشن واژنی شدید: انزال قبل از فعالیت جنسی، در ابتدای آن، یا در عرض تقریباً ۱۵ ثانیه بعد از پنتریشن واژنی

اختلال درد/دخول تناسلی-خاصره‌ای
A: مشکلات مستمر یا مکرر در یک یا چند مورد از موارد زیر: ۱. دشواری زیاد در نزدیکی یا دخول مهبل ۲. درد زیاد در مهبل یا پلوئیس به هنگام تلاش برای دخول مهبل ۳. ترس یا اضطراب شدید در رابطه با درد واژنی یا پلوئیک یا پنتریشن واژنی ۴. انقباض شدید یا تنگ شدن شدید عضلات کف پلوئیس به هنگام تلاش برای پنتریشن واژنی
B: سمپتوم‌های معیار A حداقل شش ماه ادامه داشته‌اند.
C: سمپتوم‌های معیار A باعث می‌شوند دیسترس شدیدی به وجود آید که به رسیدگی بالینی نیاز دارد.
D: این اختلال جنسی را با یک اختلال روانی غیرجنسی، یا به عنوان پیامد دیسترس شدید در یک رابطه میان فردی (مثلاً: خشونت فیزیکی ازسوی همسر) یا سایر استرس‌زاهای مهم، نمی‌توان بهتر توضیح داد و آن را نمی‌توان به آثار یک ماده یا داروی تجویزی یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. انواع فرعی (ساب تایپ‌ها) تمام عمری: اختلال از زمان فعال شدن فرد از لحاظ جنسی وجود داشته است. اكتسابی: اختلال بعد از یک دوره فعالیت جنسی عادی شروع شده است. اسپیسیفایرها خفیف: شواهدی دال بر دیسترس خفیف به علت سمپتوم‌های معیار A. متوسط: شواهدی دال بر دیسترس متوسط به علت سمپتوم‌های معیار A. شدید: شواهدی دال بر دیسترس شدید یا مفرط به علت سمپتوم‌های معیار A.

اختلال جنسی ناشی از ماده/دارو
A: یک آشفتگی از لحاظ بالینی معنادار (مهم) در تصویر بالینی غالب است. (به عبارت دیگر، مهم‌ترین سمپتوم در مجموعه سمپتوم‌هایی که فرد به خاطر آن‌ها مورد معاینه قرار گرفته است، یک نابسامانی یا مشکل جنسی است.)

B: سوابق فرد، معاینه جسمی، یا تست‌های آزمایشگاهی، هم مورد (۱) و هم مورد (۲) را نشان می‌دهند:

۱. سمپتوم‌های معیار A در طول مسمومیت با ماده یا اندکی بعد از آن، یا ترک مصرف ماده یا اندکی بعد از آن، یا بعد از قرارگرفتن او در معرض یک داروی تجویزی، به وجود آمده‌اند.
۲. ماده یا داروی موردنظر قادر به تولید سمپتوم‌های معیار A است.

C: عارضه فرد را یک مشکل یا نابسامانی جنسی غیرناشی از ماده/دارو نمی‌تواند بهتر توضیح دهد. بعضی شواهد که نشان می‌دهند یک مشکل جنسی غیرناشی از ماده/دارو ممکن است علت به وجود آمدن عارضه فرد باشند عبارت‌اند از: سمپتوم‌ها قبل از شروع شدن مصرف ماده/داروی موردنظر آغاز گشته‌اند، سمپتوم‌ها مدتی قابل توجه (مثلاً حدود یک‌ماه) بعد از متوقف شدن مصرف، یا ترک ناگهانی مصرف، یا مسمومیت شدید ادامه می‌یابند، یا شواهد دیگری وجود دارند که نشان می‌دهند یک مشکل جنسی مستقل و غیرناشی از ماده/دارو ممکن است حضور داشته باشد. (مثلاً: سابقه تعداد زیادی اپیزودهای غیرمرتبط با ماده/دارو)

D: مشکل فرد صرفاً در طول یک دوره دلیریوم روی نمی‌دهد. (یعنی، این مشکل فقط زمانی که فرد یک دوره دلیریوم را تجربه می‌کند، به وجود نیامده است.)

E: مشکل فرد باعث ایجاد رنج و عذاب از لحاظ بالینی معنادار (مهم) در فرد می‌شود. (به عبارت دیگر، فرد آن قدر از این موضوع ناراحت است که به روانشناس بالینی مراجعه می‌کند یا توجه بالینی به او ضروری می‌شود. توجه بالینی، یعنی رسیدگی حرفه‌ای به سمپتوم‌های فرد)

توجه: این دیاگنوز فقط زمانی به جای دیاگنوز سندروم مسمومیت با ماده یا سندروم ترک مصرف (پرهیز از ماده) ارائه می‌شود که سمپتوم‌های معیار A در تصویر بالینی غالب هستند و به اندازه کافی شدید هستند که به توجه بالینی نیاز باشد. اسپسیفایرها:

با شروع در طول مسمومیت: اگر معیارهای مسمومیت با ماده مورد نظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول مسمومیت به وجود آمده باشند.

با شروع در طول پرهیز (ترک مصرف): اگر معیارها برای پرهیز از ماده مورد نظر برآورده شده باشند و سمپتوم‌ها در طول ترک مصرف یا با فاصله اندکی بعد از آن به وجود آمده باشند.

با شروع بعد از مصرف داروهای تجویزی: سمپتوم‌ها ممکن است در اوایل شروع به مصرف دارو یا بعد از مصرف آن، یا تغییر در دوز یا زمان مصرف دارو به وجود آمده باشند.

اسپسیفایرهای شدت:

خفیف: در ۲۵ درصد تا ۵۰ درصد موارد فعالیت جنسی روی می‌دهد.

متوسط: در ۵۰ درصد تا ۷۵ درصد موارد فعالیت جنسی روی می‌دهد.

شدید: در بیش از ۷۵ درصد موارد فعالیت جنسی روی می‌دهد.

اختلال فتیشیستیک

A: فرد در یک دوره حداقل شش‌ماهه به خاطر استفاده از اشیای بی‌جان، یا به خاطر تمرکز بسیار خاص روی یک یا چند عضو از اعضای بدن، به طور مکرر و شدید از لحاظ جنسی برانگیخته شده است: می‌توان این برانگیختگی‌های شدید را از روی خیال‌پردازی‌ها، امیال، یا رفتارهای شخص متوجه شد.

B: خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارهای فرد باعث دیسترس و نابسامانی شدید در زمینه‌های اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شوند.
C: اشیای فetiš (اشیایی که فرد به آن‌ها فetišیسم دارد.) به لباس‌ها و زیورآلاتی که در کراس-درسینگ (cross-dressing) مورد استفاده قرار می‌گیرند، محدود نمی‌شوند. (موضوعی که در اختلال ترانسوسستیک مشاهده می‌شود.) همچنین به اشیایی هم که مخصوصاً برای تحریک اندام‌های تناسلی ساخته شده‌اند. (مثلاً: ویبراتور) محدود نمی‌شوند.
اسپسیفایر: عضو (یا اعضای) بدن شیء (یا اشیای) بی‌جان سایر موارد اسپسیفایر: در محیط تحت کنترل: این اسپسیفایر در مورد کسانی به کار می‌رود که در حال حاضر در مکان‌هایی زندگی می‌کنند که از لحاظ فیزیکی مانع از ادامه یافتن رفتارهای پارافیلیک آن‌ها می‌شوند. این مکان‌ها شامل بیمارستان‌ها، زندان‌ها، اقامتگاه‌های شبانه‌روزی، و سایر اماکنی هستند که در آن‌ها فرد تحت نظارت دائمی قرار دارد. در بهبود کامل: فرد حداقل پنج سال است که در یک محیط آزاد (بدون کنترل) زندگی می‌کند و در این مدت هیچ‌گونه رنج و عذاب شخصی (دیسترس) نداشته است، و در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی، یا عملکرد در سایر زمینه‌های مهم زندگی اختلال وارد نشده است.

اختلال ترانسوسستیک

A: در یک دوره حداقل شش ماهه فرد در اثر پوشیدن لباس‌های جنس مخالف یا استفاده از زیورآلات جنس مخالف به شدت و به طور مکرر تحریک جنسی شده است. می‌توان این برانگیختگی‌های شدید را از روی خیال‌پردازی‌ها، امیال، یا رفتارهای شخص متوجه شد.
B: خیال‌پردازی‌ها، امیال جنسی، یا رفتارهای فرد باعث دیسترس و نابسامانی شدید در زمینه‌های اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شوند.
اسپسیفایر: همراه با فetišیسم: (فرد از طریق پارچه، اشیای بی‌جان، یا البسه تحریک جنسی می‌شود.) همراه با اوتوگاینه‌فیلیا: (Autogynephilia، فرد، وقتی به خودش به عنوان یک فرد مؤنث فکر می‌کند یا در ذهنش خود را فردی مؤنث تجسم می‌کند، تحریک جنسی می‌شود.)
اسپسیفایر: در محیط تحت کنترل: این اسپسیفایر در مورد کسانی به کار می‌رود که در حال حاضر در مکان‌هایی زندگی می‌کنند که از لحاظ فیزیکی مانع از ادامه یافتن پوشیدن لباس‌های جنس مخالف می‌شوند. این مکان‌ها شامل بیمارستان‌ها، زندان‌ها، اقامتگاه‌های شبانه‌روزی، و سایر اماکنی هستند که در آن‌ها فرد تحت نظارت دائمی قرار دارد. در بهبود کامل: فرد حداقل پنج سال است که در یک محیط آزاد (بدون کنترل) زندگی می‌کند و در این مدت هیچ‌گونه رنج و عذاب شخصی (دیسترس) نداشته است، و در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا عملکرد در سایر زمینه‌های مهم زندگی اختلال وارد نشده است.

اختلال مازوخیسم جنسی

A: در یک دوره حداقل شش ماهه، فرد به طور مکرر و شدید از تحقیر شدن، کتک خوردن، بسته شدن دست و پا، یا هرکار دیگری که باعث شود رنج و عذاب بکشد، تحریک جنسی شده است. می توان این برانگیختگی های شدید را از روی خیال پردازی ها، امیال، یا رفتارهای شخص متوجه شد.

B: فرد رنج و دیسترس شدیدی می کشد یا در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم زندگی او اختلالات مهمی به وجود آمده است.

اسپسیفایر

همراه با آسفیکسیوفیلیا: (فرد از طریق آسفیکسیشن (خود-خفگی) تحریک جنسی می شود.)
همراه با اوتوگاینه فیلیا: (Autogynephilia)، فرد، وقتی به خودش به عنوان یک فرد مؤنث فکر می کند یا در ذهنش خود را فردی مؤنث تجسم می کند، تحریک جنسی می شود).

اسپسیفایر:

در محیط تحت کنترل: این اسپسیفایر در مورد کسانی به کار می رود که در حال حاضر در مکان هایی زندگی می کنند که از لحاظ فیزیکی مانع از ادامه یافتن رفتارهای جنسی مازوخیستی آن ها می شوند. این مکان ها شامل بیمارستان ها، زندان ها، اقامتگاه های شبانه روزی، و سایر اماکنی هستند که در آن ها فرد تحت نظارت دائمی قرار دارد.
در بهبود کامل: فرد حداقل پنج سال است که در یک محیط آزاد (بدون کنترل) زندگی می کند و در این مدت هیچ گونه رنج و عذاب شخصی (دیسترس) نداشته است، و در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا عملکرد در سایر زمینه های مهم زندگی اختلال وارد نشده است.

اختلال سادیسم جنسی

A: در یک دوره حداقل شش ماهه، فرد به طور مکرر و شدید از تحمیل کردن رنج فیزیکی یا روحی-روانی به یک فرد دیگر تحریک جنسی شده است. می توان این برانگیختگی های شدید را از روی خیال پردازی ها، امیال، یا رفتارهای شخص متوجه شد.

B: فرد طبق این امیال جنسی خود عمل کرده است و یک فرد ناراضی را قربانی خود، ساخته است، یا امیال جنسی یا خیال پردازی ها باعث می شوند فرد رنج (دیسترس) شدیدی را متحمل شود یا در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه های مهم زندگی او اختلالات مهمی به وجود آمده است.

اسپسیفایر:

در محیط تحت کنترل: این اسپسیفایر در مورد کسانی به کار می رود که در حال حاضر در مکان هایی زندگی می کنند که از لحاظ فیزیکی مانع از ادامه یافتن رفتارهای جنسی سادیستی آن ها می شوند. این مکان ها شامل بیمارستان ها، زندان ها، اقامتگاه های شبانه روزی، و سایر اماکنی هستند که در آن ها فرد تحت نظارت دائمی قرار دارد.
در بهبود کامل: فرد حداقل پنج سال است که در یک محیط آزاد (بدون کنترل) زندگی می کند و در این مدت هیچ گونه رنج و عذاب شخصی (دیسترس) نداشته است، و در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا عملکرد در سایر زمینه های مهم زندگی اختلال وارد نشده است.

اختلال ویوریستیک

A: در یک دوره حداقل شش ماهه، فرد به علت نگاه کردن به افراد بی‌خبری که برهنه هستند، درحال تعویض لباس هستند، یا درحال فعالیت جنسی هستند به شدت و به طور مکرر تحریک جنسی شده است. می‌توان این برانگیختگی‌های شدید را از روی خیال‌پردازی‌ها، امیال یا رفتارهای شخص متوجه شد.

B: فرد طبق این امیال جنسی خود وارد عمل شده و یک فرد ناراضی (ناآگاه) را قربانی خویش کرده است، یا به خاطر این امیال جنسی یا خیال‌پردازی‌های جنسی رنج شدیدی را متحمل می‌شود یا در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی او اختلالات مهمی به وجود آمده است.

C: فردی که این برانگیختگی را تجربه می‌کند و یا براساس امیال خود عمل می‌کند، حداقل ۱۸ ساله است.

اسپسیفایر:

در محیط تحت کنترل: این اسپسیفایر در مورد کسانی به کار می‌رود که درحال حاضر در مکان‌هایی زندگی می‌کنند که از لحاظ فیزیکی مانع از ادامه یافتن رفتارهای پارافیلیک آن‌ها می‌شوند. این مکان‌ها شامل بیمارستان‌ها، زندان‌ها، اقامتگاه‌های شبانه‌روزی، و سایر اماکنی هستند که در آن‌ها فرد تحت نظارت دائمی قرار دارد.

در بهبود کامل: فرد حداقل پنج سال است که در یک محیط آزاد (بدون کنترل) زندگی می‌کند و در این مدت هیچ‌گونه رنج و عذاب شخصی (دیسترس) نداشته است، و در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا عملکرد در سایر زمینه‌های مهم زندگی اختلال وارد نشده است.

اختلال فروتوریستیک

A: در یک دوره حداقل شش ماهه، فرد به علت لمس کردن افراد بی‌خبر و ناراضی، یا مالیدن خود به آن‌ها، به شدت و به طور مکرر تحریک جنسی شده است. می‌توان این برانگیختگی‌های شدید را از روی خیال‌پردازی‌ها، امیال، یا رفتارهای شخص متوجه شد.

B: فرد طبق این امیال جنسی خود عمل کرده و یک فرد ناراضی را قربانی خویش کرده است، یا به خاطر این امیال جنسی یا خیال‌پردازی‌های جنسی رنج (دیسترس) شدیدی را متحمل می‌شود یا در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی او اختلالات مهمی به وجود آمده است.

اسپسیفایر:

در محیط تحت کنترل: این اسپسیفایر در مورد کسانی به کار می‌رود که درحال حاضر در مکان‌هایی زندگی می‌کنند که از لحاظ فیزیکی مانع از این می‌شوند که فرد دیگران را لمس کند یا خود را به آن‌ها rub کند. این مکان‌ها شامل بیمارستان‌ها، زندان‌ها، اقامتگاه‌های شبانه‌روزی، و سایر اماکنی هستند که در آن‌ها فرد تحت نظارت دائمی قرار دارد.

در بهبود کامل: فرد حداقل پنج سال است که در یک محیط آزاد (بدون کنترل) زندگی می‌کند و در این مدت خواسته‌ها و علایق جنسی غیرعادی خود را از طریق قربانی کردن یک فرد ناراضی به فعل در نیاورده است و هیچ‌گونه رنج و عذاب شخصی (دیسترس) نداشته است، و در عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا عملکرد در سایر زمینه‌های مهم زندگی اختلال وارد نشده است.

اختلال پدوفیلیک

A: در یک دوره حداقل شش ماهه، فرد از کودکان نابالغ یا کودکانی که تازه بالغ شده‌اند، در مقایسه با افرادی که از لحاظ فیزیکی کاملاً بالغ شده‌اند، به یک اندازه یا بیشتر تحریک جنسی می‌شود. می‌توان این برانگیختگی‌ها را از روی خیال‌پردازی‌ها، امیال، یا رفتارهای شخص متوجه شد.

B: فرد طبق این امیال جنسی خود عمل کرده و یک فرد ناراضی را قربانی خویش کرده است، یا به خاطر این امیال جنسی یا خیال پردازی های جنسی رنج شدیدی را تحمل می کند یا در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم زندگی او اختلالات مهمی به وجود آمده است.

C: فرد حداقل ۱۶ سال سن دارد و حداقل ۵ سال بزرگ تر از کودکانی است که در معیار A ذکر شده اند.

توجه: افرادی که در اواخر نوجوانی قرار دارند و در حال حاضر یک رابطه سکشوال با افراد ۱۲ یا ۱۳ ساله دارند نباید مبتلا به این اختلال دیاگنوز شوند.

انواع فرعی (ساب-تایپ ها)

نوع انحصاری (فقط به سمت کودکان جذب می شوند.)

نوع غیرانحصاری

اسپسیفایر:

به سمت افراد مذکر جذب می شوند.

به سمت افراد مؤنث جذب می شوند.

به سمت هر دو جنس جذب می شوند.

اسپسیفایر:

علاقه جنسی به افراد محرم محدود می شود.

دیسفوریای جنسیتی

دیسفوریای جنسیتی در کودکان

- A: ناهم‌خوانی شدید جنسیتی که فرد تجربه یا ابراز می‌کند و جنسیتی که به او داده‌اند. این ناهم‌خوانی حداقل شش‌ماه طول کشیده‌است، و حداقل شش‌مورد از موارد زیر نشان‌دهنده آن هستند. (یکی از این شش‌مورد باید معیار باشد)
۱. فرد به شدت دوست دارد از جنس مخالف باشد یا اصرار می‌ورزد که از جنسیت مخالف است. (یا از جنسیتی مخالف با جنسیتی است که دیگران به او داده‌اند).
 ۲. پسران به شدت ترجیح می‌دهند لباس‌های دخترانه یا زنانه را بپوشند یا با پارچه و سایر وسایل، ادای لباس‌های زنانه را در می‌آورند. دختران به شدت ترجیح می‌دهند فقط لباس‌های پسرانه یا مردانه بپوشند و در مقابل پوشیدن لباس‌هایی که مشخصاً زنانه هستند به شدت مقاومت می‌کنند.
 ۳. به هنگام بازی‌های خیالی با سایر کودکان، به شدت ترجیح می‌دهند که مشخصاً به افراد جنس مخالف تعلق دارند.
 ۴. اسباب‌بازی‌ها، بازی‌ها، و فعالیت‌هایی را که به شدت ترجیح می‌دهند که مشخصاً به افراد جنس مخالف تعلق دارند.
 ۵. کودک هم‌بازی‌های جنس مخالف را به شدت ترجیح می‌دهد.
 ۶. پسران اسباب‌بازی‌ها، بازی‌ها، و فعالیت‌هایی را که مشخصاً متعلق به پسران هستند به شدت رد می‌کنند و از بازی‌های زدوخوردی یا بازی‌هایی که در آن‌ها نوعی «کشتی» وجود دارد به شدت پرهیز می‌کنند. دختران اسباب‌بازی‌ها، بازی‌ها، و فعالیت‌هایی را که مشخصاً متعلق به دختران است، به شدت رد می‌کنند.
 ۷. کودک از آناتومی جنسی خود به شدت متنفر است.
 ۸. به مشخصه‌های جنسی اولیه و یا ثانویه‌ای که با جنسیتی که تجربه می‌کند مطابقت دارند، علاقه شدیدی دارد.

B: این عارضه با دیسترس (رنج شخصی) از لحاظ بالینی معنادار، یا دیسفانکشن (نقص عملکردی) از لحاظ بالینی معنادار در عملکرد اجتماعی، شغلی و یا سایر زمینه‌های عملکردی دیگر، یا با افزایش زیاد خطر رنج، مثل دیسترس یا ناتوانی (معلولیت) همراه است.

دیسفوریای جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان

- A: ناهم‌خوانی شدید جنسیتی که فرد تجربه یا ابراز می‌کند و جنسیتی که به او داده‌اند. این ناهم‌خوانی حداقل شش‌ماه طول کشیده‌است، و حداقل دو مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نشان‌دهنده آن هستند:
۱. ناهم‌خوانی شدید بین تجربه‌ای که فرد از جنسیت خود دارد با جنسیتی که نشان می‌دهد و یا مشخصه‌های جنسی ثانویه (یا، در نوجوانان کم‌سن‌تر، مشخصه‌های جنسی ثانویه‌ای که انتظار می‌رود به زودی خواهد داشت).
 ۲. تمایل شدید به خلاص شدن به مشخصه‌های جنسی اولیه و یا ثانویه زیرا با تجربه‌ای که فرد از جنسیت خود دارد یا جنسیتی که نشان می‌دهد ناهم‌خوانی شدیدی دارند.
 ۳. تمایل شدید به داشتن مشخصه‌های جنسی اولیه و یا ثانویه جنس مخالف.
 ۴. تمایل شدید به داشتن جنسیت دیگر (یا جنسیتی مخالف با جنسیتی که دیگران به او داده‌اند).
 ۵. تمایل شدید به این که دیگران با او به عنوان فردی از جنسیت دیگر (یا جنسیتی مخالف با جنسیتی که دیگران به او داده‌اند) رفتار کنند.
 ۶. اعتقاد راسخ به این موضوع که فرد احساسات و واکنش‌هایی دارد که متعلق به اعضای جنس مخالف (یا جنسیتی مخالف با جنسیتی که دیگران به او داده‌اند) است.

B: این عارضه با دیسترس (رنج شخصی) از لحاظ بالینی معنادار، یا دیسفانکشن (نقص عملکردی) از لحاظ بالینی معنادار در عملکرد اجتماعی، شغلی و یا سایر زمینه‌های عملکردی دیگر، یا با افزایش زیاد خطر رنج، مثل دیسترس یا ناتوانی (معلولیت) همراه است. اسپسیفایر:

پست-ترانزیشن، (post-transition) یعنی، فرد به زندگی تمام‌وقت در جنسیت مطلوب خود گذر (ترانزیشن) کرده است (با سیر مراحل قانونی لازم برای تغییر جنسیت یا بدون آن) و تحت حداقل یک سری مراحل درمان پزشکی برای تغییر جنسیت قرار گرفته است. (یا در حال حاضر آن را می‌گذراند.)، موضوعی که درمان هورمونی تغییر جنسیت یا طراحی تغییر جنسیت، به منظور اطمینان از دسترسی به جنسیت مطلوب نامیده می‌شود.

اختلالات کنترل تکانه و سلوک

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل پانزدهم کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید.
(صفحه ۲۷۶ تا ۲۹۰)

اختلال نافرمانی-چالشگری (ODD)

A: مجموعه‌ای مستمر و مکرر از عصبانیت، خشم، تحریک‌پذیری، جروب‌حث، چالش‌برانگیزی، نافرمانی، لجبازی، بی‌اعتنایی، یا کینه‌توزی و تلاش برای ناراحت‌کردن دیگران، که حداقل شش‌ماه طول می‌کشد. و حداقل ۴ معیار از ۸ معیار زیر، به‌هنگام تعامل با حداقل یک نفر، این موضوع را نشان می‌دهند (آن "حداقل یک نفر" نباید برادر یا خواهر فرد باشد):

عصبانیت/تحریک‌پذیری

۱. فرد معمولاً نمی‌تواند جلوی عصبانیت خود را بگیرد یا خشم خود را کنترل کند.

۲. معمولاً زودرنج است و به‌آسانی ناراحت یا اعصابش خرد می‌شود.

۳. معمولاً عصبانی است یا اوقات تلخی می‌کند.

جروب‌حث/چالش‌برانگیزی

۴. معمولاً با مسئولان و بالادستان (در مورد کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، معمولاً با بزرگسالان) جروب‌حث می‌کند.

۵. معمولاً فعالانه مخالفت می‌کند یا قبول نمی‌کند که از درخواست‌های مسئولان و بالادست‌ها یا از قوانین اطاعت کند.

۶. معمولاً دیگران را عمدتاً ناراحت می‌کند.

۷. در مورد اشتباهات یا بدرفتاری‌های خود معمولاً دیگران را مقصر می‌داند.

کینه‌توزی/بدجنسی

۸. در شش‌ماه گذشته حداقل دو بار از سر کینه‌توزی یا بدجنسی خواسته است به دیگران آسیب برساند یا آن‌ها را ناراحت کند، یا عملاً این کار را کرده است.

نکته: از تداوم و فراوانی این رفتارها باید برای تفکیک رفتارهای درون مرزهای بهنجاری از رفتارهای مرضی استفاده شود. در مورد کودکان کمتر از پنج‌ساله، رفتارهای موردنظر باید در اکثر روزها و به مدت حداقل شش‌ماه روی دهند مگر اینکه صراحتاً معیار زمانی دیگر درنظر گرفته شده باشد. (معیار A8 حداقل فراوانی رفتار موردنظر یعنی، کینه‌توزی را دو بار در شش‌ماه گذشته تعیین کرده است.) در مورد افراد پنج‌ساله و بالاتر، رفتار موردنظر باید حداقل یک بار در هفته به مدت حداقل شش‌ماه روی دهد، مگر اینکه صراحتاً معیار زمانی دیگر در نظر گرفته شده باشد. (معیار A8) این معیارهای فراوانی روان‌شناسان را راهنمایی می‌کنند تا یک سطح حداقل را برای تعریف سمپتوم‌ها تعیین کنند، با این حال، سایر عوامل نیز باید درنظر گرفته شوند، مثلاً: اینکه آیا فراوانی و شدت رفتارها در خارج از چهارچوب رفتارهای بهنجار برای سطح رشدی، جنسیت و فرهنگ فرد هستند یا نه.

B: رفتار نامطلوب فرد بارنجی که خودش یا اطرافیان‌ش می‌کشند. (مثلاً: خانواده، دوستان و هم‌سالان، همکاران) مرتبط است، یا باعث می‌شود در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی فرد نقص شدیدی به وجود آید، طوری که از لحاظ بالینی معنادار محسوب می‌شود. (نیاز به رسیدگی بالینی دارد.)

C: این رفتارها صرفاً و انحصاراً در طول ابتلای فرد به یک اختلال سایکوتیک، مصرف مواد، افسردگی عمده، یا دوقطبی مشاهده نمی‌شود. همچنین، فرد معیارهای لازم برای اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه را ندارد.

اسپیسفایر شدت:

خفیف: سمپتوم‌ها فقط به یک محیط محدود می‌شوند. (مثلاً: خانه، مدرسه، سرکار، در جمع دوستان)
متوسط: سمپتوم‌ها در حداقل دو محیط حضور دارند.
شدید: سمپتوم‌ها در سه محیط (یا بیشتر) حضور دارند.

اختلال سلوک

A: مجموعه‌ای از رفتارهای مستمر و مکرر که در آن‌ها، حقوق اولیهٔ دیگران، یا هنجارها یا قوانین اصلی و متناسب با سن فرد نقض می‌شوند، و این وضعیت را شرایط زیر نشان می‌دهند: حداقل ۳ معیار از ۱۵ معیار زیر، از هریک از ۴ طبقه‌بندی زیر، در ۱۲ ماه گذشته وجود داشته‌اند و حداقل یکی از معیارها در شش ماه گذشته حضور داشته‌است:

پرخاشگری به مردم و حیوانات

۱. فرد معمولاً به دیگران زور می‌گوید و قلدری می‌کند، آن‌ها را تهدید می‌کند، یا به ارباب آن‌ها می‌پردازد تا کاری را که می‌خواهد انجام دهند.

۲. معمولاً اولین نفری است که دعوا و درگیری فیزیکی را شروع می‌کند.

۳. برای آسیب‌رساندن به دیگران از یک وسیلهٔ خطرناک استفاده کرده‌است. (مثلاً: چوب، آجر، بطری شکسته، چاقو، اسلحه)

۴. نسبت به مردم بی‌رحمی فیزیکی کرده‌است.

۵. نسبت به حیوانات بیرحمی فیزیکی کرده‌است.

۶. با مواجههٔ چهره‌به‌چهره و درگیری شخصی با یک قربانی از او دزدی کرده‌است. (مثلاً: زورگیری کرده‌است (با درگیری فیزیکی، پول با اموال مردم را دزدیده‌است)، کیف‌قاپی کرده‌است، با تهدید مردم را مجبور کرده‌است پول یا اموالشان را به او بدهند، سرقت مسلحانه کرده‌است.)

۷. کسی را به زور مجبور به برقراری رابطهٔ جنسی کرده‌است.)

تخریب اموال

۸. عمداً و به قصد واردکردن صدمات جدی، جایی یا چیزی را آتش زده‌است.

۹. عمداً اموال دیگران را تخریب کرده‌است. (به جز از طریق آتش زدن)

شیادی یا دزدی

۱۰. با استفاده از زور و به قصد دزدی، به خانه، ساختمان یا اتومبیل کسی وارد شده‌است. (توجه، منظور از زور، فقط نیروی فیزیکی نیست، بازکردن قفل خانهٔ مردم در غیاب آن‌ها نیز «به زور» محسوب می‌شود صرفاً به این دلیل که به تلاش و زحمت نیاز دارد.)

۱۱. برای به دست آوردن اشیاء، یا برای اینکه دیگران لطفی در حقش بکنند، یا برای فرار از زیر بار مسئولیت، معمولاً دروغ می‌گوید. (سر دیگران کلاه می‌گذارد.)

۱۲. کالاهایی نسبتاً گران‌قیمت یا گران‌قیمت دزدیده‌است. (مثلاً: دزدی از مغازه‌ها و فروشگاه‌ها، اما بدون آنکه قفلی را باز کند یا دری را بشکند و وارد شود (بدون زور)؛ یا با تقلب، مثلاً با جعل اسکناس یا اسناد)

نقض جدی قوانین

۱۳. به‌رغم ممنوعیت ازسوی والدین، و از قبل از ۱۳ سالگی، شب‌ها تا دیروقت به خانه نمی‌آید یا اصلاً نمی‌آید.

۱۴. هنگامی که در خانهٔ والدین خودش، یا خانهٔ «جانشین والدین» زندگی می‌کند، حداقل دو بار شبانه فرار کرده‌است، یا حداقل یک بار فرار کرده‌است و برای مدتی طولانی برنگشته‌است.

۱۵. معمولاً از مدرسه غیبت غیرموجه می‌کند و این کار قبل از ۱۳ سالگی شروع شده‌است.

B: رفتار نامطلوب باعث می‌شود در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی فرد نقص شدید به وجود آید، طوری که از لحاظ بالینی معنادار محسوب می‌شود. (نیاز به رسیدگی بالینی داشته باشد).

C: اگر فرد ۱۸ ساله یا بیشتر است، معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی نباید برآورده شده باشند.

انواع فرعی:

شروع در کودکی: فرد تا قبل از ۱۰ سالگی حداقل یک سمپتوم از سمپتوم‌های مشخصه اختلال سلوک را نشان می‌دهد.
شروع در نوجوانی: فرد تا قبل از ۱۰ سالگی هیچ‌یک از سمپتوم‌های مشخصه اختلال سلوک را نشان نمی‌دهد.
شروع نامشخص: معیارهای لازم برای اختلال سلوک برآورده شده‌اند، اما اطلاعات به اندازه کافی در دسترس نیست تا مشخص شود آیا آغاز سمپتوم‌ها قبل از ۱۰ سالگی بوده است یا بعد از آن.

اسپسیفایر:

به همراه هیجان‌های جامعه دوستانه محدود: واجد شرایط بودن برای این اسپسیفایر مستلزم این است که فرد حداقل دو مورد از خصوصیات زیر را به مدت حداقل ۱۲ ماه یا بیشتر، و در روابط میان فردی مختلف و محیط‌های متفاوت داشته باشد. این خصوصیات منعکس‌کننده روند معمولی عملکرد فرد در زمینه‌های میان فردی و هیجانی در این دوره حداقل ۱۲ ماهه است نه اینکه رویدادهایی را نشان دهند که صرفاً به صورت جسته و گریخته در بعضی محیط‌ها روی داده‌اند. بنابراین، برای سنجش معیارهای این اسپسیفایر، به منابع اطلاعاتی مختلفی نیاز است. علاوه بر گزارش خود فرد (خود-گزارشی)، لازم است از اطرافیان و آشنایان فرد، که مدت طولانی است که او را می‌شناسند اطلاعات جمع‌آوری شود. (مثلاً: والدین، معلمان، همکاران، خویشاوندان، هم‌کلاسی‌ها)
عدم ندامت یا عذاب وجدان: وقتی کار بدی انجام می‌دهد احساس بدی به او دست نمی‌دهد یا وجدانش عذابش نمی‌دهد. (ابراز پشیمانی بعد از دستگیر شدن و یا مواجهه با مجازات چیزی را نشان نمی‌دهد.) فرد درباره پیامدهای منفی اعمال خود اصلاً نگران نیست. برای مثال، فرد بعد از آسیب‌رساندن یا ناراحت کردن دیگران دچار پشیمانی نمی‌شود و پیامدهای قانون‌شکنی برایش مهم نیستند.

بی‌عاطفگی-عدم همدلی: فرد به احساسات دیگران احترام نمی‌گذارد و احساسات آن‌ها برایش مهم نیستند. فرد با صفت cold (سرد) و uncaring (بی‌عاطفه) توصیف می‌شود. فرد بیشتر نگران این است که اعمالش برای خودش چه پیامدهایی دارند و پیامدهای آن‌ها برای دیگران برایش اهمیت ندارند، حتی اگر آسیب و ضرر زیادی به آن‌ها وارد شود.

عدم دغدغه درباره کیفیت عملکرد: فرد درباره کیفیت عملکرد تحصیلی یا عملکرد مشکل‌زای خود در مدرسه، سرکار یا در دیگر فعالیت‌های مهم دغدغه خاطر ندارد. فرد برای اینکه کارها و تکالیف خود را به بهترین نحو ممکن انجام دهد تلاش نمی‌کند. حتی وقتی به وضوح معلوم است که معلمان یا کارفرمایان یا سایر افراد مسئول و بالادست دقیقاً از او چه انتظاری دارند، و معمولاً دیگران را مسئول کم‌کاری‌ها و عملکرد ضعیف خود می‌دانند و تقصیر را به گردن آن‌ها می‌اندازد.

عاطفه سطحی یا ساختگی: فرد نسبت به دیگران هیچ‌گونه احساسات (feelings) یا هیجان‌ها (emotions) نشان نمی‌دهد، و اگر هم این کار را بکند به شیوه‌ای انجام می‌دهد که سطحی، بدون صداقت، یا دروغین به نظر می‌رسد. (مثلاً: احساس یا هیجانی که نشان می‌دهد با اعمالی که انجام می‌دهد مطابقت ندارد؛ به سرعت می‌تواند هیجان‌های خود را «on» (روشن) یا «off» (خاموش) کند.

اسپسیفایر شدت:

خفیف: فرد علاوه بر مشکلات رفتاری لازم برای دیاگنوز شدن اختلال سلوک، هیچ مشکل رفتاری دیگری ندارد یا تعداد آن‌ها بسیار اندک است؛ و مشکلات رفتاری او آسیب نسبتاً اندکی به دیگران وارد می‌آورند. (مثلاً: دروغ‌گویی، غیبت غیرموجه، شب‌ها بدون اجازه تا دیروقت بیرون ماندن، سایر انواع قانون شکنی)

متوسط: تعداد مشکلات رفتاری و پیامدهای آن‌ها برای دیگران در حد فاصل تعداد مشکلات رفتاری و پیامدهای قید شده در اسپسیفایر «خفیف» و اسپسیفایر «شدید» قرار دارند. (مثلاً: دزدی از دیگران بدون درگیر شدن با آن‌ها، صدمه رساندن به اموال دیگران)

شدید: فرد علاوه بر مشکلات رفتاری لازم برای دیاگنوز شدن اختلال سلوک، تعداد زیادی مشکلات رفتاری دیگر دارد، یا مشکلات رفتاری او باعث آسیب‌رسانی قابل ملاحظه به دیگران می‌شوند. (مثلاً: اجبار دیگران به برقراری رابطه جنسی، بی‌رحمی فیزیکی، استفاده از سلاح سرد یا گرم، دزدی به همراه درگیری با قربانی، زورگیری، به زور وارد خانه یا مغازه دیگران شدن)

اختلال انفجار خشم متناوب (IED)

A: فرد به طور مکرر انفجارهای خشم دارد که نشان می‌دهد قادر به کنترل تکانه‌های پرخاشگری خود نیست. تکانه‌های پرخاشگری (aggressive impulses) از طریق یک مورد از دو مورد زیر نشان داده می‌شود:

۱. پرخاشگری کلامی (مثلاً: قشقرق راه انداختن، غرزدن‌های طولانی و همراه با عصبانیت، جروب‌بحث کلامی، یا دعوا کردن) یا پرخاشگری (aggression) فیزیکی نسبت به اموال خود یا دیگران، حیوانات، یا سایر افراد که به طور متوسط دو بار در هفته روی می‌دهد و سه ماه ادامه می‌یابد. پرخاشگری فیزیکی به آسیب یا تخریب اموال منجر نمی‌شود و به جراحات فیزیکی حیوانات یا سایر افراد منجر نمی‌شود.

۲. در یک دوره ۱۲ ماهه فرد سه بار انفجار خشم داشته است و در طی آن‌ها به اموال و دارایی‌های خود یا دیگران صدمه وارد کرده یا آن‌ها را تخریب کرده است و یا تهاجم (assault) فیزیکی داشته است که در طی آن به حیوانات یا سایر افراد جراحات جسمی وارد کرده است.

B: شدت پرخاشگری ابراز شده در طی انفجارهای مکرر خشم با محرک برانگیزاننده یا با هرگونه عامل استرس‌زای روانی-اجتماعی که جرقه زنده پرخاشگری بوده است، به شدت نامتناسب است.

C: انفجارهای پرخاشگری مکرر از قبل برنامه‌ریزی نشده‌اند. (تکانشی، بدون فکر و بی‌برنامه هستند و یا براساس خشم روی داده‌اند.) و به منظور دستیابی به یک هدف ملموس انجام نمی‌شوند. (مثلاً: پول، قدرت، ارباب)

D: انفجارهای پرخاشگری مکرر یا باعث ایجاد رنج شدید در فرد می‌شوند یا در عملکرد شغلی یا میان فردی او اختلال به وجود می‌آورند، یا با پیامدهای مالی یا جزایی (قضایی) همراه هستند.

E: سن تقویمی فرد حداقل شش سال (یا از لحاظ رشدی در سطحی معادل با افراد شش ساله) است.

F: انفجارهای پرخاشگری را نمی‌توان با یک اختلال روانی دیگر (مثلاً: اختلال افسردگی عمده، اختلال دوقطبی، اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه (DMDD)، یکی از اختلالات سایکوتیک، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی) بهتر توضیح داد و به یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: ترومای سر (ضربه یا آسیب به سر)، بیماری آلزایمر)، یا به آثار فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: یک ماده سوء مصرفی، یک داروی تجویزی) قابل انتساب نیستند. در مورد کودکان ۶ تا ۱۸ ساله، رفتار پرخاشگرانه در صورتی که فرد به یک اختلال ناسازگاری مبتلا باشد، نباید برای دیاگنوز کردن این اختلال در نظر گرفته شود (رفتار پرخاشگرانه کودکان ۶ تا ۱۸ ساله مبتلا به یک اختلال سازگاری را نمی‌توان معیاری برای ابتلای آن‌ها به IED در نظر گرفت).

توجه: این اختلال را می‌توان به همراه اختلال ADHD، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی-چالشگری (ODD)، یا اختلال طیف اوتیسم دیاگنوز کرد. (می‌تواند با آن‌ها کاموربید باشد) به این شرط که انفجارهای پرخاشگری تکانشی و مکرر شدیدتر از آن باشند که معمولاً در این اختلالات مشاهده می‌شود و همچنین، باید به طور جداگانه و مستقل به توجه بالینی نیاز داشته باشند.

پیرومانی (پایرومینیا)

- A: فرد در عمر خود، بیش از یک بار به آتش زدن عمدی و هدفمند اقدام کرده‌است.
- B: قبل از آتش زدن، احساس تنش یا برانگیختگی عاطفی (affective arousal) می‌کند.
- C: عاشق آتش است و به آن علاقه دارد، درباره آن کنجکاو است، یا جذب آتش و شرایط و حواشی موقعیتی (situational contexts) آن است. (مثلاً: پارافراليا (paraphernalia)، موارد استفاده و پیامدهای آتش)
- D: به هنگام آتش زدن، یا به هنگام مشاهده پیامدهای آن یا مشارکت در عواقب آتشی که به وجود آورده‌است، احساس لذت، ارضا، یا سبک‌باری می‌کند.
- E: آتش زدن به منظور کسب منافع مادی و پول انجام نمی‌شود، نوعی ابراز ایدئولوژی و عقاید اجتماعی-سیاسی نیست، برای پنهان کردن فعالیت‌های جنایی و ازبین بردن شواهد انجام نمی‌گیرد، برای نشان دادن خشم یا انتقام نیست، به منظور بهتر ساختن شرایط زندگی خود روی نمی‌دهد. (مثلاً: خانواده‌ای که برای پرداخت قرض‌های خود می‌خواهد بیمه آتش‌سوزی بگیرد)، در پاسخ به یک دیلوژن یا هالوسینیشن روی نمی‌دهد، یا پیامد قضاوت ضعیف نیست مثلاً: در اختلال نوروکوگنیتیو عمده، معلولیت ذهنی، سندروم مسمومیت با ماده)
- F: آتش زدن‌ها را نمی‌توان با اختلال سلوک، یک اپیزود مانیک، یا اختلال شخصیت ضداجتماعی توضیح داد.

کلپتومانی

- A: فرد به طور مکرر نمی‌تواند درمقابل تکانه (هوس ناگهانی و شدید) برای دزدیدن اشیایی که برای مصرف شخصی او ضروری نیستند یا ارزش مادی ناچیزی دارند مقاومت کند.
- B: درست قبل از ارتکاب جرم، احساس تنش فزاینده می‌کند.
- C: به هنگام ارتکاب سرقت و یا بعد از آن احساس لذت رضایت (ارضا)، یا سبک‌باری می‌کند.
- D: به قصد نشان دادن خشم خود یا انتقام گرفتن دزدی نمی‌کند و سرقت‌ها در واکنش به یک دیلوژن یا هالوسینیشن روی نمی‌دهند.
- F: دزدی‌ها را نمی‌توان با اختلال سلوک، یک اپیزود مانیک، یا اختلال شخصیت ضداجتماعی بهتر توضیح داد.

اختلالات دفع

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل هفدهم کتاب آسیب شناسی روانی روان آموز بخوانید.
(صفحه ۳۱۶ تا ۳۱۷)

انورسیس (enuresis)
A: فرد به طور مکرر ادرار خود را در تشک یا لباس هایش تخلیه می کند. (عمدی یا غیرعمدی)
B: این رفتار از لحاظ بالینی اهمیت دارد و یکی از این دو حالت می تواند این موضوع را نشان دهد: فرد حداقل هفته ای دو بار و حداقل به مدت سه ماه پشت سرهم، این رفتار را نشان می دهد، یا در عملکرد اجتماعی، آکادمیک (شغلی)، یا سایر زمینه های زندگی، رنج یا نابسامانی بالینی شدیدی تجربه می کند.
C: سن تقویمی فرد حداقل پنج سال است. (یا در سطح رشدی معادل با آن)
D: این رفتار را نمی توان به اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً: داروی دیورتیک، یا دارو آنتی پسیکوتیک) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: دیابت، اسپینا بیفیدا، یا یک اختلال تشنجی) نسبت داد.
نوع فرعی (ساب تایپ): فقط شبانه: فرد فقط به هنگام خواب در طول شب ادرار می کند. فقط روزانه: فرد در طول ساعات بیداری ادرار می کند. شبانه و روزانه: ترکیبی از دو ساب تایپ بالا.
انکوپرسیس (encopresis)
A: فرد، عمدی یا غیرعمدی، مدفوع خود را در جاهای نامناسب تخلیه می کند. (مثلاً: در لباس یا روی زمین)
B: این رویداد حداقل یک بار در ماه اتفاق می افتد و حداقل به مدت سه ماه ادامه داشته است.
C: سن تقویمی فرد حداقل چهار سال است. (یا سطح رشدی معادل)
D: این رفتار را نمی توان به تأثیر فیزیولوژیک یک ماده (مثلاً: مواد ملین) یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد. (مگر اینکه در عارضه پزشکی موردنظر موضوع یبوست درمیان باشد.)

اختلالات عصبی-رشدی

توضیحات کامل و نکات مهم و کنکوری اختلالات مربوط به این بخش را در فصل‌های ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳ کتاب آسیب‌شناسی روانی روان‌آموز بخوانید. (صفحه ۳۱۸ تا ۳۶۹)

اختلال طیف اوتیسم

A: فرد به طور دائم و در موقعیت‌های مختلف، در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی مشکل دارد و این موضوع را معیارهای زیر نشان می‌دهند:

۱. فرد در تقابل اجتماعی-هیجانی نقص دارد. نقص در تعامل با تقابل اجتماعی-هیجانی روی یک پیوستار قرار دارد که از نزدیک شدن به دیگران به صورت غیرعادی و عدم مصاحبت نوبتی شروع می‌شود، از علاقه‌اندک به اشتراک گذاشتن علایق، هیجان‌ها، و عواطف خود، و واکنش نه چندان زیاد و مناسب به علایق، هیجان‌ها و عواطف دیگران عبور می‌کند، و به بی‌اعتنایی کامل به تعامل اجتماعی و پیش‌قدم شدن در آن خاتمه می‌یابد.
۲. فرد در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی، که برای تعامل اجتماعی ضرورت دارند، نقص دارد. نقص در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی یک پیوستار است که از ضعف فرد در ادغام روش‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی شروع می‌شود، از ناهنجاری در تماس چشمی و زبان بدن، یا نقص در درک روش‌های غیر کلامی و استفاده از آن‌ها عبور می‌کند، و به فقدان کامل حالات هیجانی صورت یا ژست‌های بدنی خاتمه می‌یابد.
۳. فرد در ایجاد، حفظ و درک روابط میان‌فردی نقص دارد. نقص در ایجاد و حفظ روابط میان‌فردی یک پیوستار است که از دشواری در تنظیم رفتار برای مطابقت داشتن با موقعیت‌های اجتماعی مختلف شروع می‌شود، از دشواری در بازی‌های تخیلی با دیگران و دوست پیدا کردن عبور می‌کند، و به عدم علاقه‌ظاهری به مردم خاتمه می‌یابد (به نظر می‌رسد که فرد به دیگران علاقه ندارد).

B: مجموعه‌ای از رفتارها، علایق و فعالیت‌های محدود و تکراری که حداقل دو مورد از موارد زیر آن را نشان می‌دهند:

۱. فرد حرکات فیزیکی کلیشه‌ای و تکراری دارد، یا از اشیاء همیشه به یک شکل استفاده می‌کند. (مثلاً: حرکات استریوتیپیک ساده، اکولالیا، استفاده تکراری از اشیاء، یا عبارات ایدیوسینکراتیک)
۲. فرد به شدت پایبند روتین است، رفتارهای کلامی و غیرکلامی او نظم و ترتیب خاصی دارند، و به شدت درمقابل تغییر مقاومت نشان می‌دهد. (مثلاً: حرکات فیزیکی با نظم و ترتیب خاص، پافشاری بر یک مسیر همیشه‌گی، پافشاری بر یک غذای همیشه‌گی، سئوال‌ات پی‌درپی و تکراری، یا ناراحتی شدید در مقابل کوچک‌ترین تغییرات)
۳. فرد علایقی بسیار محدود و ثابت دارد که از لحاظ شدت یا میزان توجه غیرعادی هستند. (مثلاً: دل‌بستگی شدید به اشیای غیرمعمولی، یا اشتغال ذهنی در مورد موضوعات غیرعادی، دایره علایق فرد بسیار محدود است، یا علایقش را اصلاً تغییر نمی‌دهد.)
۴. واکنش افراطی یا تفریطی درمقابل محرک‌های حسی یا علاقه غیرمعمولی به بعضی جنبه‌های حسی محیط (مثلاً: فرد ظاهراً به درد، گرما و سرما بی‌تفاوت است، به بعضی صداها یا بافت‌های اشیاء واکنش خصمانه نشان می‌دهد، بعضی اشیاء را به طور افراطی بو یا لمس می‌کند، به بعضی نورها یا اشیای چرخان علاقه بسیار شدیدی نشان می‌دهد.)

C: سمپتوم‌ها باید در نوزادی و خردسالی حضور داشته باشند. (هرچند ممکن است فقط زمانی به چشم بیایند که الزام‌های اجتماعی از توانایی‌های محدود فرد فراتر می‌روند یا ممکن است استراتژی‌هایی که فرد در دوره‌های بعدی زندگی یاد گرفته است، آن‌ها را پنهان کنند.)

D: سمپتوم‌ها در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های عملکردی مهم اختلال ایجاد می‌کنند.

E: معلولیت ذهنی یا تاخیر رشدی کلی نمی‌تواند علت بهتری برای این سمپتوم‌ها باشد.

توجه: افرادی که طبق معیارهای DSM-IV مبتلا به اختلال اوتیسم، اختلال اسپرگر، یا اختلال رشدی فراگیر نامشخص شناخته شده‌اند، اکنون باید مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دیاگنوز شوند. افرادی که در ارتباط اجتماعی نقص‌های شدید دارند، اما سمپتوم‌هایشان معیارهای لازم برای اختلال طیف اوتیسم را برآورده نمی‌کنند، باید برای اختلال ارتباط اجتماعی (پراگماتیک، منظوررسانی) معاینه شوند.

اسپسیفایرها:

به همراه یا بدون همراهی نقص ذهنی

به همراه یا بدون همراهی نقص زبانی

اسپسیفایرها:

مرتبط با یک عارضه پزشکی یا ژنتیک شناخته شده یا یک عامل محیطی شناخته شده

مرتبط با یک اختلال عصبی-رشدی، ذهنی، یا رفتاری دیگر

اسپسیفایرها:

به همراه کاتونیا

اسپسیفایرها شدت:

نیازمند حمایت بسیار زیاد

نیازمند حمایت زیاد

نیازمند حمایت

اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی / ADHD

A: مجموعه‌ای فراگیر از رفتارهای بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی-تکانشگری که باعث مختل شدن عملکرد اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی می‌شوند، و خصوصیت اصلی آن معیار (۱) و/یا (۲) است.

۱. بی‌توجهی: شش سمپتوم (یا بیشتر) از سمپتوم‌های زیر که به مدت حداقل شش ماه ادامه داشته‌اند و شدت و درجه آن‌ها با مرحله رشدی فرد مطابقت و مناسبت ندارد، و در فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی، شغلی تأثیر مستقیم می‌گذارند.

a. فرد معمولاً به جزئیات توجه نشان نمی‌دهد یا در تکالیف مدرسه، وظایف شغلی، یا سایر فعالیت‌ها اشتباهاتی از روی بی‌دقتی مرتکب می‌شود.

b. معمولاً نمی‌تواند توجه خود به کارهای جدی یا فعالیت‌های تفریحی را حفظ کند.

c. وقتی کسی مستقیماً با او حرف می‌زند معمولاً به نظر می‌رسد که گوش نمی‌دهد. (به نظر می‌رسد حواسش جای دیگری است، حتی زمانی که هیچ محرک مشخص دیگری در محیط وجود ندارد.)

d. معمولاً نمی‌تواند گام به گام و طبق دستورالعمل‌ها پیش برود و نمی‌تواند تکالیف مدرسه، کارهای معمولی، یا وظایف خود در محل کارش را به پایان برساند.

e. معمولاً نمی‌تواند کارها و فعالیت‌های خود را سازمان‌دهی کند و به آن‌ها نظم دهد.

f. معمولاً از انجام دادن کارهایی که به تلاش ذهنی مستمر نیاز دارند اجتناب می‌کند، از آن‌ها بدش می‌آید، یا بابتی میلی به انجام دادن آن‌ها می‌پردازد.

g. معمولاً لوازم ضروری برای انجام دادن تکالیف با کارهای مختلف را گم می‌کند.

h. محرک‌های مزاحم و بی‌اهمیت معمولاً حواس او را به آسانی پرت می‌کنند.

i. کارهای روزمره خود را معمولاً فراموش می‌کند.

۲. بیش‌فعالی و تکانشگری: شش سمپتوم (یا بیشتر) از سمپتوم‌های زیر که به مدت حداقل شش ماه ادامه داشته‌اند و شدت و درجه آن‌ها با مرحله رشدی فرد مطابقت و مناسبت ندارد، و در فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی، شغلی تأثیر مستقیم می‌گذارند. a. وقتی نشسته است، معمولاً دست‌ها و پاها را خود را تکان می‌دهد یا حرکات ریز و مکرر انجام می‌دهد. b. در مواقعی که انتظار می‌رود روی صندلی خود بنشیند، معمولاً صندلی را ترک می‌کند. c. در موقعیت‌های نامناسب، این طرف و آن طرف می‌دود یا از وسایل مختلف بالا می‌رود. (در مورد نوجوانان و بزرگسالان، این حالت ممکن است به احساس بی‌تابی و بی‌قراری محدود شود.) d. معمولاً نمی‌تواند بدون سروصدا راه‌انداختن یا حرف زدن به بازی یا سایر فعالیت‌های تفریحی بپردازد. e. همیشه در حال جنب‌وجوش است یا به نظر می‌رسد هر لحظه ممکن است حرکت کند، طوری رفتار می‌کند که انگار یک موتور محرکه او را هول می‌دهد. f. معمولاً زیاد حرف می‌زند. g. معمولاً پیش از آنکه یک سوال به طور کامل مطرح شود، یعنی، هنوز سوال تمام نشده، ناگهان پاسخ می‌دهد، بدون آنکه با دقت به پاسخ خود فکر کند. h. معمولاً نمی‌تواند منتظر نوبتش بماند. i. معمولاً کارهای دیگران را متوقف می‌کند یا مزاحمشان می‌شود.	B: قبل از ۱۲ سالگی، چندین سمپتوم بی‌توجهی یا چندین سمپتوم بیش‌فعالی-تکانشگری وجود داشته‌اند.
C: چندین سمپتوم بی‌توجهی یا چندین سمپتوم بیش‌فعالی-تکانشگری در دو یا چند موقعیت محیطی مشاهده می‌شوند.	D: شواهد واضح نشان می‌دهند که این سمپتوم‌ها در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی فرد اختلال ایجاد می‌کنند یا کیفیت آن‌ها را پایین می‌آورند.
E: این سمپتوم‌ها صرفاً در طول ابتلا به اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات سایکوتیک روی نمی‌دهند و یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند دلیل بهتری برای آن‌ها باشد.	انواع فرعی: به همراه سمپتوم‌های مرکب: در شش ماه گذشته، هم معیار A1 (بی‌توجهی) و هم معیار A2 (بیش‌فعالی-تکانشگری) حضور داشته‌اند. به همراه بی‌توجهی غالب: در شش ماه گذشته، معیارهای A1 بی‌توجهی حضور داشته‌اند اما معیارهای A2 (بیش‌فعالی-تکانشگری) حضور نداشته‌اند. به همراه بیش‌فعالی/تکانشگری غالب: در شش ماه گذشته، معیارهای A2 (بیش‌فعالی-تکانشگری) حضور داشته‌اند اما معیارهای A1 (بی‌توجهی) حضور نداشته‌اند.
اسپیسیفایر: در بهبود جزئی: زمانی است که فرد قبلاً همه معیارهای لازم را داشته‌است، در شش ماه گذشته، تعداد معیارها از تعداد معیارهای کامل کمتر بوده‌است، و سمپتوم‌ها هنوز به نقص در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی منجر می‌شوند.	

اسپیسفایر شدت:

خفیف: فقط سمپتوم‌های لازم برای تشخیص حضور دارند، یا تعداد سمپتوم‌های اضافی علاوه بر سمپتوم‌های ضروری بسیار اندک است، و سمپتوم‌ها صرفاً به نقص‌های جزئی در عملکرد اجتماعی، یا شغلی، منجر می‌شوند.

متوسط: سمپتوم‌ها یا نقص عملکردی در حد فاصل «خفیف» و «شدید» قرار دارند.

شدید: تعداد سمپتوم‌های اضافه بر سمپتوم‌های لازم برای دیاگنوز بسیار زیاد است، یا تعدادی از سمپتوم‌ها به طور خاص شدید هستند، یا سمپتوم‌ها به نقص قابل توجه در عملکرد اجتماعی یا شغلی منجر می‌شوند.

اختلال یادگیری خاص

A: به رغم کمک دیگران و مداخلات مختلف، فرد در یادگیری مهارت‌های تحصیلی و استفاده از آن‌ها مشکل دارد و این موضوع را حضور حداقل یک سمپتوم از سمپتوم‌های زیر، که به مدت حداقل شش ماه حضور داشته اند، نشان می‌دهد:

۱. کلمات را غلط می‌خواند، یا آهسته و به دشواری می‌خواند. (مثلاً: کلمات جداگانه را با صدای بلند و غلط، یا به آهستگی و با تردید، می‌خواند، به طور فراوان کلمات را حدس می‌زند، خواندن کلمات با صدای بلند برایش مشکل است.)

۲. در درک معنی آنچه خوانده است مشکل دارد. (مثلاً: ممکن است متن را صحیح بخواند اما توالی یا سکانس رویدادها، روابط، استنباط‌ها، یا معانی عمیق‌تر آنچه را که خوانده است درک نکند.)

۳. در هجی کردن کلمات مشکل دارد. (مثلاً: ممکن است حروف صدا دار یا حروف بی‌صدا اضافه کند، حذف کند (جا بیندازد)، یا یک حرف را به جای حرف دیگر به کار ببرد.)

۴. در نوشتن و ابراز عقاید به صورت کتبی مشکل دارد. (مثلاً در داخل جملات تعداد زیادی اشتباه گرامری با نقطه و علامت گذاری مرتکب می‌شود)، عقایدی که به صورت مکتوب ابراز می‌کند واضح نیستند، سازمان دهی پاراگراف‌ها ضعیف است.

۵. در تسلط یافتن بر قواعد اعداد و ارقام، اطلاعات رقمی، یا محاسبه مشکل دارد. (مثلاً: از اعداد، بزرگی آن‌ها، و روابط آن‌ها با هم درک ضعیفی دارد، اعداد یک رقمی را با انگشتانش می‌شمارد و نمی‌تواند مثل هم‌کلاسی‌های خود قواعد ارقام و اعداد را به یاد بیاورد، وسط محاسبه سردرگم می‌شود و ممکن است روش محاسبه را عوض کند.)

۶. در استدلال ریاضی مشکل دارد. (مثلاً: در استفاده از مفاهیم، قواعد، یا فرمول‌های ریاضی برای حل مسائل ریاضی، به شدت مشکل دارد.)

B: مهارت‌های تحصیلی فرد در یک یا چند درس، بسیار کمتر از سن تقویمی او هستند و در عملکرد تحصیلی و شغلی، یا در فعالیت‌های زندگی روزمره اختلال شدید به وجود می‌آورند. این موضوع را نمرات فرد در آزمون‌های پیشرفت تحصیلی و سنجش‌های بالینی جامع نشان می‌دهند.

C: مشکلات یادگیری در سال‌های مدرسه شروع می‌شوند اما ممکن است تا زمانی که مهارت‌های تحصیلی از توانایی‌های فرد سبقت نگرفته اند خودشان را نشان ندهند. (مثلاً: زمانی که فرد مجبور می‌شود متونی دشوار و طولانی را در یک محدوده زمانی خاص بخواند، یا بار درسی بسیار زیاد باشد.)

D: معلولیت‌های ذهنی، مشکلات بینایی یا شنوایی اصلاح نشده، یا سایر اختلالات ذهنی یا نورولوژیک، شرایط ناگوار روانی-اجتماعی، عدم آشنایی کافی با زبانی که دروس تدریس می‌شود، یا پایه تحصیلی ضعیف، نمی‌توانند توضیح بهتری برای مشکلات یادگیری باشند.

اسپسیفایرها: به همراه نقص در خواندن (دیس لکسیا) (a) صحیح خواندن کلمات (b) سرعت یا سیالی خواندن (c) درک مطلب
به همراه نقص در نوشتن (دیس گرافیا) (a) صحیح نوشتن کلمات (b) گرامر و نقطه‌گذاری صحیح (c) وضوح و سازمان‌بندی انشا به همراه نقص در ریاضی (دیس کلکولیا) (a) درک اعداد (b) به یاد سپردن و به یاد آوردن مواد ریاضی حفظی (مثلاً: جدول ضرب) (c) محاسبات ریاضی صحیح یا سریع (d) استدلال ریاضی صحیح
اسپسیفایر شدت: خفیف: فرد در یادگرفتن بعضی مهارت‌ها در یک یا دو زمینه تحصیلی تا اندازه‌ای مشکل دارد، اما شدت آن اندک است و در نتیجه، در صورت حمایت از کودک، می‌تواند از استراتژی‌های جبرانی استفاده کند و در تحصیل موفق باشد. متوسط: مشکلات قابل توجهی وجود دارد، و کودک برای موفق عمل کردن در تحصیلات به ساپورت (حمایت) بسیار زیادی نیاز دارد. شدید: مشکلات بسیار شدید هستند و بدون حمایت بسیار زیاد نمی‌توان با آن‌ها مقابله کرد. حتی حمایت بسیار زیاد نیز ممکن است نتواند نقص‌های کودک را به اندازه کافی جبران کند.

اختلال زبان
A: کودک در یادگیری و استفاده از زبان در زمینه‌های مختلف (زبان شفاهی، کتبی، زبان اشاره یا سایر زمینه‌ها) مشکلات دائمی دارد و علت آن‌ها نقص در درک یا تولید است که موارد زیر را شامل می‌شود: ۱. محدود بودن کلمات (تعداد کلمات اندک است و کودک کلمات متنوعی به کار نمی‌برد). ۲. ساختار جمله‌ای محدود (کودک نمی‌تواند کلمات و پسوندها را در کنار هم بگذارد تا جملاتی براساس قوانین گرامر و مورفولوژی بسازد). ۳. نقص در حرف زدن (نمی‌تواند از کلمات استفاده کند و جملات را به هم متصل کند تا یک موضوع یا یک سری رویدادها را توصیف کند یا توضیح دهد یا با کسی وارد گفت‌وگو شود).
B: توانایی‌های زبانی، در یک یا چند زمینه، کمتر از آن است که از سن فرد انتظار می‌رود و این موضوع باعث می‌شود در یک یا چند زمینه زیر محدودیت عملکرد به وجود آید: ارتباط برقرار کردن با دیگران، تعامل اجتماعی، موفقیت تحصیلی، یا عملکرد شغلی.
C: سمپتوم‌ها در اوایل دوره رشد خردسالی و اوایل کودکی آغاز شده‌اند.

D: این مشکلات را نمی‌توان به نقص شنوایی یا نقص در یک حس دیگر، نقص حرکتی، یا یک عارضه پزشکی یا نورولوژیک دیگر نسبت داد و معلولیت ذهنی نمی‌تواند توضیح بهتری برای آن باشد.
اختلال آواهای گفتاری
A: فرد در تولید آواهای گفتاری مشکلات دائمی دارد طوری که حرف‌هایش مفهوم نیستند یا نمی‌تواند پیام‌های خود را به صورت شفاهی به اطلاع دیگران برساند.
B: مشکلات فرد در تولید اصوات گفتاری یا آواهای کلامی (در شرایط عادی) باعث می‌شوند نتواند به خوبی تبادل اطلاعات کند، و در نتیجه، در یک یا چند زمینه زیر اختلال به وجود می‌آید: تعاملات اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، یا عملکرد شغلی.
C: سمپتوم‌ها در اوایل دوره رشدی (خردسالی و اوایل کودکی) آغاز شده‌اند.
D: نمی‌توان این مشکلات را به عارضه‌های مادرزاد یا اکتسابی (مثلاً: فلج مغزی، کام شکافتگی، ناشنوایی یا کم‌شنوایی، آسیب مغزی تروماتیک)، یا یک عارضه پزشکی یا نورولوژیک دیگر نسبت داد.

اختلال سیالی کلامی با شروع در کودکی (لکنت)
A: زمانی فرد رسماً مبتلا به اختلال سیالی کلامی با شروع در کودکی (لکنت زبان) اعلام می‌شود که در سیالی کلامی عادی و در زمان بندی تلفظ اصوات مشکل داشته باشد، این مشکل با سن و مهارت‌های زبانی او مطابقت نداشته باشد، به مدت طولانی ادامه یابد (در اکثر موارد)، و یک یا چند مورد از موارد زیر به طور فراوان و شدید در آن مشاهده شود:
۱. فرد اصوات و سیلاب‌ها را تکرار می‌کند.
۲. صدای حروف بی‌صدا و همچنین، صدای حروف صدادار، را طولانی تلفظ می‌کند.
۳. کلمات را شکسته بیان می‌کند. (در وسط کلمه مکث می‌کند.)
۴. در میان حرف‌ها مکث‌هایی دارد که آن‌ها را با صدایی دیگر پر می‌کند. (بلوکینگ صدادار یا مکث پر شده)، یا این مکث‌ها با سکوت همراه هستند. (بلوکینگ ساکت، یا مکث‌های خالی)
۵. فرد از سیر کاملوکوشن (circumlocution) استفاده می‌کند. (برای اجتناب از کلمات مشکل ساز کلمات دیگری به کار می‌برد.)
۶. کلمات را با فشار فیزیکی زیاد از حد تولید می‌کند.
۷. کلمات یک‌هجایی (یک‌سیلابی) را تکرار می‌کند. (مثلاً: من-من-من-من می‌آیم.)
B: این مشکلات باعث می‌شوند فرد از حرف زدن مضطرب شود یا در یک یا چند زمینه زیر اختلال به وجود آید: برقرارکردن ارتباط با دیگران، تعامل اجتماعی، عملکرد تحصیلی یا عملکرد شغلی.
C: سمپتوم‌ها در اوایل دوره رشدی (خردسالی و اوایل کودکی) آغاز شده‌اند.
D: این مشکلات را نمی‌توان به نقص گفتاری-حرکتی یا حسی، مشکلات سیالی کلامی ناشی از مشکلات نورولوژیک (مثلاً: سکتۀ مغزی، تومور، تروما) یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد و یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند توضیح بهتری برای آن‌ها باشد.

اختلال ارتباط اجتماعی

- A: فرد در استفاده از ارتباط کلامی و غیرکلامی برای تعامل با دیگران (ارتباط اجتماعی) مشکلات دائمی دارد و این موضوع را همه‌مُ موارد زیر نشان می‌دهند:
۱. فرد در استفاده از ارتباط برای اهداف اجتماعی، مثل سلام و احوالپرسی و تبادل اطلاعات، به شیوه‌ای مناسب و متناسب با موقعیت موردنظر، مشکل دارد.
 ۲. نمی‌تواند نحوه ارتباط را تغییر دهد تا با موقعیت یا نیازهای شنونده مطابقت داشته باشد. (مثلاً: تفاوت نداشتن حرف زدن در کلاس با حرف زدن در حیاط مدرسه، یا حرف زدن با یک بچه با حرف زدن با یک بزرگسال)، و از زبان بیش از حد رسمی خودداری می‌کند.
 ۳. در رعایت قواعد صحبت و داستان‌گویی مشکل دارد، مثلاً در رعایت نوبت در حرف زدن، گفتن حرف خود با جملاتی دیگر وقتی شنونده متوجه نمی‌شود، و دانستن این که چگونه از علائم و اشارات کلامی و غیرکلامی برای کنترل بهتر تعامل با دیگران می‌توان استفاده کرد.
 ۴. آنچه را که به وضوح بیان نشده است، متوجه نمی‌شود. (مثلاً: استنباط کردن) و معنای غیراصولی و غیرمعمولی یا مبهم زبان را درک نمی‌کند. (مثلاً: اصطلاحات محاوره‌ای، طنز، استعاره، معانی متعددی که برای تفسیرشدن به شرایط محیطی نیاز دارند).
- B: این نقص‌ها به یک یا چند مورد زیر منجر می‌شوند: ناتوانی در ارتباط مؤثر و صحیح با دیگران، تعامل اجتماعی، روابط اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، یا عملکرد شغلی.
- C: سمپتوم‌ها در اوایل دوره رشدی (خردسالی و اوایل کودکی) آغاز شده‌اند. (اما نقص‌های کودک ممکن است تا زمانی که نیاز به ارتباط اجتماعی از حد توانایی‌های او بیشتر می‌شوند به طور کامل ظاهر نشوند.)
- D: این سمپتوم‌ها را نمی‌توان به یک عارضه پزشکی یا نورولوژیک دیگر، یا به توانایی‌های اندک در زمینه ساختار کلمات و گرامر نسبت داد، و اختلال طیف اوتیسم، معلولیت ذهنی، یا یک اختلال ذهنی دیگر نمی‌تواند توضیح بهتری برای آن‌ها باشد.

اختلال هماهنگی حرکتی رشدی

- A: کیفیت یادگیری و اجرای حرکات فیزیکی فرد، با توجه به سن تقویمی او و فرصت‌های قبلی پیش آمده برای کسب مهارت‌های حرکتی و به کار بردن آن‌ها، کمتر از سطح انتظار است. کیفیت بد حرکات فیزیکی او ممکن است به شیوه‌های زیر نشان داده شود: فرد در هماهنگ کردن حرکات فیزیکی مشکل دارد، نمی‌تواند تعادل خود را خوب حفظ کند، دست‌وپا چلفتی است، اشیاء از دستش می‌افتند، یا به هنگام راه رفتن به در و دیوار و مبل و صندلی می‌خورد، در پشت سر گذاشتن موفقیت‌آمیز حرکات رشدی متناسب با مرحله رشدی خود تأخیر زیادی دارد. (مثلاً: در نشستن، چهار دست‌وپا رفتن، یا راه رفتن روی دو پا)، یا در کسب مهارت‌های حرکتی ابتدایی و اصلی تأخیر زیادی دارد. (مثلاً: گرفتن یک شیء معلق در هوا، پرتاب اشیاء، شوت زدن، دویدن، پریدن، لی‌لی کردن، بُریدن، رنگ زدن، نوشتن، نوشتن حروف با فاصله)
- B: نقص‌های حرکتی ذکر شده در معیار A در فعالیت‌های روزمره زندگی فرد (مثلاً: رسیدگی به خود) و در عملکرد تحصیلی، شغلی، و تفریحی، به شدت و به طور دائم اختلال ایجاد می‌کنند.
- C: سمپتوم‌ها در اوایل دوره رشدی (خردسالی و اوایل کودکی) آغاز شده‌اند.
- D: معلولیت ذهنی یا نقص بینایی توضیح بهتری برای نقص در مهارت‌های حرکتی نیستند و این نقص‌های حرکتی را نمی‌توان به یک عارضه نورولوژیک که بر حرکت تأثیر می‌گذارد نسبت داد. (مثلاً: فلج مغزی، دیستروفی عضلانی، اختلال دیجنراتیو).

اختلال حرکت کلیشه‌ای

A: فرد حرکاتی انجام می‌دهد که به نظر می‌رسد، مجبور است انجام دهد اما ظاهراً کاربرد خاصی ندارد یا برای هدف خاصی انجام نمی‌شوند. (مثلاً: دستش را به صورت دست‌دادن با دیگران یا به حالت بای‌بای کردن تکان می‌دهد، اما منظورش سلام یا خداحافظی با کسی نیست، سرش را به این طرف و آن طرف تکان می‌دهد بدون آنکه منظورش «نه» گفتن باشد، سرش را به دیوار می‌کوبد بدون آنکه از چیزی ناراحت باشد، دست یا بدن خود را گاز می‌گیرد بدون آنکه هدفی داشته باشد.)

B: رفتار حرکتی تکراری در فعالیت اجتماعی، تحصیلی، یا سایر فعالیت‌ها تداخل ایجاد می‌کند و ممکن است به خود-جرحی منجر شود.

C: سمپتوم‌ها در اوایل دوره رشدی (خردسالی و اوایل کودکی) آغاز شده‌اند.

D: حرکت استریوتیپیک (کلیشه‌ای) فرد را نمی‌توان به تاثیر فیزیولوژیک یک ماده یا یک عارضه نورولوژیک نسبت داد و یک اختلال عصبی-رشدی یا اختلال ذهنی دیگر (مثلاً: اختلال مو-کندن، اختلال وسواسی-اجباری) توضیح بهتری برای آن نیست.

اسپسیفایر:

به همراه رفتار خود-جرحی (یا رفتاری که در صورت پیش‌نگرفتن تمهیدات پیشگیرانه ممکن است به جراحت منجر شود).
بدون رفتار خود-جرحی

اسپسیفایر:

مرتبط با یک عارضه پزشکی یا ژنتیک شناخته شده، یک اختلال عصبی-رشدی شناخته شده، یا یک عامل محیطی شناخته شده (مثلاً: سندروم لش-نیهان، معلولیت ذهنی، سندروم جنین الکلیزه)

اسپسیفایر شدت:

خفیف: سمپتوم‌ها را از طریق رفتارهای مختلف به آسانی می‌توان مدیریت کرد. مثلاً: با ارائه محرک‌های حسی یا پرت کردن حواس می‌توان آن‌ها را سرکوب کرد.
متوسط: برای مدیریت کردن سمپتوم‌ها به تغییر و تعدیل رفتار و بعضی اقدامات محافظتی خاص نیاز است.
شدید: فرد به طور دائم باید تحت مراقبت باشد، تا از جراحت جدی پیشگیری شود.

اختلالات تیک

تیک عبارت است از یک حرکت یا صدای ناگهانی سریع، مکرر و غیرریتیمیک.

اختلال تورت

A: در طول بیماری، هم یک یا چند تیک حرکتی "و" هم یک یا چند تیک صوتی حضور داشته‌اند، هرچند الزاماً هم‌زمان نبوده‌اند.

B: این تیک‌ها ممکن است از لحاظ فراوانی (تعداد موارد در یک واحد زمانی) کمتر یا بیشتر شوند، اما از زمان شروع اولین تیک، بیشتر از یک سال ادامه یافته‌اند.

C: شروع این اختلال پیش از ۱۸ سالگی است.

D: این سمپتوم‌ها را نمی‌توان به تاثیر یک ماده (مثلاً: کوکائین) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: بیماری هانتینگتون، و انسفالیت پست-ویرال (postviral encephalitis)) نسبت داد.

اختلال تیک حرکتی یا صوتی دائم (مزمّن)
A: در طول بیماری، یک یا چند تیک حرکتی "یا" یک یا چند تیک صوتی حضور داشته‌اند، اما هم تیک حرکتی "و" هم تیک صوتی وجود نداشته‌است. (هرگز به‌طور هم‌زمان وجود نداشته‌اند.)
B: این تیک‌ها ممکن است از لحاظ فراوانی (تعداد موارد در یک واحد زمانی) کمتر یا بیشتر شوند، اما از زمان شروع اولین تیک، بیشتر از یک سال ادامه یافته‌اند.
C: شروع این اختلال، پیش از ۱۸ سالگی است.
D: این سمپتوم‌ها را نمی‌توان به تأثیر یک ماده (مثلاً: کوکائین) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: بیماری هانتینگتون و انسفالیت پست-ویرال) نسبت داد.
E: معیارهای اختلال تورنت هرگز وجود نداشته‌اند.
اسپسیفایر:
به همراه فقط تیک‌های حرکتی
به همراه فقط تیک‌های صوتی
اختلال تیک موقت
A: یک یا چند تیک حرکتی و یا تیک صوتی.
B: این تیک‌ها کمتر از یک سال بعد از شروع تیک حضور داشته‌اند.
C: شروع این اختلال پیش از ۱۸ سالگی است.
D: این سمپتوم‌ها را نمی‌توان به تأثیر یک ماده (مثلاً: کوکائین) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً: بیماری هانتینگتون و انسفالیت پست-ویرال) نسبت داد.
E: معیارهای اختلال تورنت یا اختلال تیک حرکتی یا صوتی دائم (مزمّن) هرگز وجود نداشته‌اند.
معلولیت ذهنی
معلولیت ذهنی (اختلال رشد ذهنی، اختلال رشدی ذهنی) اختلالی است که در طول دوره رشدی شروع می‌شود و شامل نقص‌هایی هم در عملکرد ذهنی و هم در عملکرد سازگاران در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی است. سه معیار زیر باید برآورده شوند:
A: نقص در عملکرد ذهنی، مثل استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری آکادمیک، و یادگیری از روی تجربه. این نقص‌ها را هم سنجش بالینی و هم آزمون‌های استاندارد شده فردی شده باید تأیید کنند.
B: نقص در عملکرد سازگاران که به ناتوانی در رسیدن به استانداردهای رشدی و اجتماعی-فرهنگی برای استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی منجر می‌شود. بدون ساینورت مداوم، نقص‌های موجود در عملکرد سازگاران باعث می‌شوند فرد در یک یا چند فعالیت زندگی روزمره (مثلاً: ارتباط برقرار کردن با دیگران، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و زندگی مستقل) و در چند محیط (مثلاً: خانه، مدرسه، کار، جامعه) محدودیت عملکرد داشته باشد.
C: آغاز نقص‌های ذهنی و سازگاران در طول دوره رشد.

اسپیسیفایر شدت کنونی: (براساس مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و عملی سنجیده می‌شود.)

خفیف

متوسط

شدید

عمیق

تاخیر رشدی کلی

این طبقه برای افرادی در نظر گرفته شده است که کمتر از پنج سال سن دارند یعنی زمانی که سطح شدت بالینی را در طول دوران اولیهٔ کودکی نمی‌توان به شیوه‌ای قابل اطمینان سنجید. این اختلال زمانی دیاگنوز می‌شود که فرد در چندین زمینهٔ عملکرد ذهنی نمی‌تواند همگام با انتظاراتی که از سن او می‌رود عمل کند و در مورد افرادی به کار می‌رود که قادر نیستند تحت سنجش سیستماتیک عملکرد ذهنی قرار بگیرند، ازجمله: کودکانی که بیش از آن کوچک هستند که بتوانند در آزمون‌های استاندارد شرکت کنند. این طبقه از اختلالات به سنجش مجدد بعد از یک دورهٔ زمانی نیاز دارد.

معلولیت ذهنی نامشخص

این طبقه برای افرادی در نظر گرفته شده است که بیشتر از پنج سال سن دارند یعنی زمانی که سنجش درجهٔ معلولیت ذهنی از طریق ابزارهای سنجش در دسترس، به کاری دشوار یا غیرممکن تبدیل شده است مخصوصاً به علت نقص‌های حسی یا فیزیکی مثلاً نابینایی یا ناشنوایی پیش‌زبانی، معلولیت لوکوموتور (ناتوانی در رفتن از جایی به جای دیگر) یا حضور چند رفتار مشکل‌زا یا اختلالات روانی هم‌زمان. این طبقه فقط باید در شرایط استثنایی در نظر گرفته شود و به سنجش مجدد بعد از یک دورهٔ زمانی نیاز دارد.