

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی

متن تجدیدنظر شده ویرایش پنجم

DSM-5-TR

مؤلف

انجمن روان‌پزشکی آمریکا

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

استاد روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر ابوذرا گل‌ورز

دکترای روان‌شناسی

دکتر فرهاد شاملو

استادیار روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دکتر زاهد عبداللهی

دکترای روان‌شناسی بالینی

دکتر محمد منایی

متخصص روان‌پزشکی

دکتر سمیرا وکیلی

دکترای روان‌شناسی

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم و تحقیقات تهران

دکتر مرتضی نقی‌پور

دکترای روان‌شناسی سلامت

دکتر ژانت هاشمی‌آذر

عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر فاطمه هداوندخانی

دکترای روان‌شناسی

دکتر علی فخرایی

متخصص روان‌پزشکی

دکتر آتوسا فرمند

متخصص روان‌پزشکی

علی نیلوفری

کارشناس ارشد مشاوره خانواده مدرس دانشگاه

فهرست

اختلالات ایدایی، کنترل تکانه و سلوک.....	۵۷۵	مقدمه.....	۷
اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد.....	۵۹۶	پیشگفتار DSM-5-TR.....	۹
اختلالات عصبی شناختی.....	۷۱۷	پیشگفتار DSM-5.....	۱۱
اختلالات شخصیت.....	۷۸۳	طبقه‌بندی DSM-5-TR.....	۱۵
اختلالات پارافیلیک.....	۸۲۹		
سایر اختلالات روانی.....	۸۵۳	بخش ۱.....	۶۵
اختلالات حرکتی و سایر عوارض جانبی ناشی از داروها.....	۸۵۵	مقدمه.....	۶۹
سایر حالاتی که ممکن است قانون توجه بالینی قرار		چگونگی استفاده از راهنما.....	۸۵
بگیرند.....	۸۶۹	ملاحظات احتیاطی مربوط به استفاده DSM-5 در موارد	
		پزشکی قانونی.....	۹۳
بخش ۳.....	۸۸۳	بخش ۲.....	۹۵
مقیاس‌های اندازه‌گیری.....	۸۸۵	اختلالات عصبی رشدی.....	۹۹
فرهنگ و تشخیص روان‌پزشکی.....	۹۰۳	طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی.....	۱۶۳
مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت.....	۹۲۳	اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط.....	۱۹۹
اختلالاتی برای مطالعه بیشتر.....	۹۴۱	اختلالات افسردگی.....	۲۳۵
ضمیمه.....	۹۶۵	اختلالات اضطرابی.....	۲۷۱
رئوس تغییرات DSM-5 در مقایسه با DSM-IV.....	۹۶۷	اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط.....	۳۱۹
فهرست واژگان فنی.....	۹۷۷	اختلال‌های مربوط به سانحه و عوامل استرس.....	۳۵۱
فهرست الفبایی تشخیص‌های DSM-5-TR و کدهای		اختلالات تجزیه‌ای یا گسستگی.....	۳۸۵
ICD-10-CM.....	۹۹۳	اختلال علامت جسمی و اختلالات مرتبط.....	۴۰۵
فهرست عددی تشخیص‌های DSM-5 و کدهای		اختلالات تغذیه و خوردن.....	۴۲۷
ICD-9-CM.....	۱۰۲۱	اختلالات دفعی.....	۴۵۳
نمایه.....	۱۰۴۵	اختلالات خواب - بیداری.....	۴۶۱
		اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری جنسی).....	۵۳۱
		نارضایتی جنسیتی.....	۵۶۳

مقدمه

دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) یک زبان مشترک و استاندارد برای طبقه‌بندی اختلالات روانی ارائه می‌کند و توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا تهیه شده است. این راهنمای تشخیصی برای اولین بار در ۱۹۵۲ منتشر شد و از آن زمان تاکنون پنج ویرایش از آن انتشار یافته است. DSM در حال حاضر به مرجع مشترک روان‌پزشکان و روان‌شناسان آمریکا و بسیاری کشورهای جهان تبدیل شده است و نقش بی‌بدیلی در انجام پژوهش‌های نظام‌مند بر روی اختلالات روانی ایفا کرده است.

تاریخچه تحول DSM به نوعی بازتاب تحول تفکر و دیدگاه انجمن روان‌پزشکی آمریکا و بسیاری از بالینگران حیطه بهداشت روان در سراسر دنیاست و مقالات جالبی در این زمینه به رشته تحریر درآمده است. از جمله می‌توان به مقاله Roger K. Blashfield و همکاران اشاره کرد که در سال ۲۰۱۴ The Annual Review of Clinical Psychology منتشر شد.

شاید تأثیرگذارترین تغییرات از ۱۹۵۲ تا زمان انتشار DSM-5 ارائه مدل ابعادی طبقه‌بندی اختلالات شخصیت بود که در آن به کارکرد شخصیت در زمینه خود و کارکرد بین فردی (تخریب در کارکرد دو مورد از چهار زمینه هویت، همدلی، صمیمت و خودگردانی) توجه شد و فقط در صورت وجود اختلال عملکرد شخصیت می‌توان فرد را واجد شرایط احراز تشخیص اختلال شخصیت دانست. در صورتی که فرد این ملاک دروازه‌ای را احراز نمود برای تشخیص اختصاصی‌تر، پنج حوزه صفتی شامل عاطفه‌مندی منفی، دل‌گسستگی، ستیزه‌جویی، مهارگسستگی و گرایش روان‌پریشی ارزیابی خواهد شد که این پنج حوزه صفتی شباهت بسیار به نظریه پنج عامل در شخصیت (FFM) دارد. چنین تغییرات بنیادینی که با سنت همیشگی DSM تفاوت بسیار دارد منتقدان پرشوری هم دارد و برای ارزیابی تأثیرات آن در حوزه کار بالینی و درمانی اختلالات شخصیت باید منتظر ماند و دید آیا این دیدگاه جدید توسط بالینگران دست‌اندرکار پژوهش‌های مربوط به شخصیت پذیرفته خواهد شد یا خیر.

متن بازبینی شده ویرایش پنجم دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR) که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۲۰۲۲ منتشر شد یک تفاوت بارز با DSM-IV-TR دارد و آن این است که در این نسخه برخلاف DSM-IV-TR تغییرات اعمال شده منحصر به متن دستنامه نیست و در عناوین تشخیصی و نیز ملاک‌های تشخیصی تغییراتی به چشم می‌خورد. با اینکه بیشتر این تغییرات شامل تغییراتی نسبتاً جزئی و با هدف رفع ابهام‌ها یا تناقضات بین ملاک‌های تشخیصی بوده است، برخی از این تغییرات آنقدر قابل توجه هستند که روی کار بالینی تأثیر بگذارند. در یک نگاه اجمالی می‌توان تغییرات DSM-5-TR را در چهار بخش خلاصه نمود:

۱- عناوین تشخیصی افزوده شده: اختلال سوگ طول کشیده یا طولانی، اختلال خلقی نامعین و اختلال شناختی خفیف ناشی از مواد محرک. افزودن عنوان اختلال سوگ طول کشیده نشان‌دهنده تغییری چشم‌گیر در مفهوم‌پردازی سوگ و تمییز آن از افسردگی است و به نظر می‌رسد در سال‌های آتی تأثیرات قابل توجهی بر کار بالینی درمانگران بگذارد.

افزودن اختلال عصبی شناختی خفیف ناشی از مواد محرک بازتاب یافته‌های اخیر است که نشان می‌دهند مصرف مواد محرک می‌تواند منجر به بروز علائمی نظیر مشکلات در یادگیری و حافظه و کارکرد اجرایی شود.

۲- تغییر ملاک‌های تشخیصی یا تعریف مشخصه‌ها یا شاخص‌ها: این نوع تغییر در بیش از هفتاد اختلال انجام شده است که مهم‌ترین آنها مربوط به موارد زیر است:

اختلال طیف اوتیسم: مشخصه‌های شدت افزوده شدن مشخصه‌های سیر به اختلال سازگاری و تغییر ملاک A در دلیوم. در همه این موارد تغییری بنیادین در مفهوم اختلال ایجاد نشده بلکه تلاش شده ابهام‌های موجود در ملاک مربوطه یا ناسازگاری آن با سایر ملاک‌ها رفع شود.

۳- به‌روز شدن واژگان فنی (ترمینولوژی): مثلاً واژه داروهای نورولپتیک با به اصطلاح «داروهای ضدروان‌پریشی» جایگزین شده است.

۴- به روز شدن متن دستنامه: این تغییر محصول فرایندی سه ساله با شرکت بیش از ۲۰۰ متخصص است که بیشتر آنها در تدوین DSM-5 نقش داشته‌اند. بیشترین به‌روزرسانی در بخش‌های مربوط به شیوع اختلالات، عوامل خطر ساز و پیش‌آگهی، ویژگی‌های مرتبط با فرهنگ و ویژگی‌های تشخیصی مرتبط با جنسیت و اختلالات همراه اعمال شده است.

در پایان ذکر این نکته ضروری است که DSM ممکن است تمام حقیقت را در مورد اختلالات روانپزشکی بر ملا نکند، اما همچون تمامی حیطه‌های علم محصول تلاش هدفمند و طاقت‌فرسای شمار زیادی از چهره‌های برجسته بهداشت روان است و علی‌رغم نقدهایی که به آن وارد است هرگز نمی‌توان نقش این دستنامه را در رشد تحقیقات مربوط به اختلالات روانپزشکی نادیده گرفت. مطالعه این کتاب برای تمامی روان‌پزشکان، روان‌شناسان و تمامی دست‌اندرکاران حیطه بهداشت روان ضروری است و همواره باید به یاد داشته باشیم که مؤلفان DSM ادعا ندارند همه چیز را می‌دانند، اما با کمی تسامح می‌توان ادعا کرد «در این برهه زمانی و براساس شواهد پژوهشی گرد آمده، این چیزی است که از اختلالات روانی می‌دانیم».

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

پیشگفتار DSM-5-TR

بخش‌هایی از متن که به‌طور وسیع به‌روزرسانی شده‌اند عبارتند از شیوع، عوامل خطر ساز و پیش‌آگهی، موضوعات تشخیصی وابسته به فرهنگ، موضوعات تشخیصی وابسته به جنس و جنسیت، همراهی با افکار و رفتارهای خودکشی و هم‌ابتلائی‌ها. همچنین برای اولین بار، کل متن DSM توسط گروه کاری‌ای که به لحاظ قومی و نژادی ترکیب متوازن و متعادل داشته‌اند مورد مرور و بازبینی قرار گرفته‌اند. این ترکیب متعادل برای اطمینان از این موضوع است که عوامل خطر سازی همچون تجربه تبعیض و نژادپرستی مورد توجه مناسب قرار گیرد و از زبانی عاری از انگ استفاده شود. برای آگاهی از کدگذاری‌های دوره‌ای آینده و سایر به‌روزرسانی‌های DSM-5-TR به آدرس www.dsm5.org مراجعه کنید.

به‌منظور سهولت کار در این دستنامه، ترکیب “DSM” در کل اشاره به عنوان کلی DSM دارد و به ویرایش خاصی از آن تعلق ندارد. (به‌طور مثال «استفاده از DSM برای تعیین تشخیص بالینی نیازمند تمرین و آموزش بالینی است») «DSM-5» اشاره به مجموعه کامل ملاک‌های تأیید شده اختلالات و سایر شرایط و محتویات DSM-5 دارد که به‌طور رسمی در ماه می ۲۰۱۳ منتشر شده است. “DSM-5-TR” به متن تأیید شده دستنامه فعلی اشاره دارد. هرچند ویرایش متن فعلی شامل تغییرات مفهومی در مجموعه ملاک‌ها یا سایر اجزای ساختاری DSM-5 نیست، نیاز به ایجاد تغییرات در برخی ملاک‌های تشخیصی توأم با به‌روزرسانی متن آن در سراسر کتاب آشکار شد و این تغییرات با هدف شفاف‌سازی تشخیص‌ها بود. از آنجا که سازه‌های مفهومی ملاک‌ها تغییر نکرده‌است، مجموعه ملاک‌های DSM-5-TR همان ملاک‌های اصلی DSM-5 است و به همین دلیل هنوز به آنها «ملاک‌های DSM-5» اطلاق می‌شود. عنوان تشخیصی جدید اختلال سوگ طول کشیده اشاره به یک اختلال جدید در DSM-5-TR دارد، زیرا این اختلال جدیداً به این کتاب اضافه شده است.

تدوین DSM-5-TR حاصل یک تلاش تیمی فوق‌العاده است. ما به‌ویژه مدیون تلاش‌های خستگی‌ناپذیر

متن بازبینی شده ویرایش پنجم دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR) انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اولین بازبینی منتشر شده از DSM-5 محسوب می‌شود. در این دستنامه بازبینی شده، ملاک‌های تشخیص اصلی و اولیه منتشر شده DSM-5 با اصطلاحات بعدی انجام شده (که عمدتاً در جهت شفاف‌سازی بوده است) در بیش از ۷۰ اختلال ادغام شده است و متن توصیفی همراه با هر اختلال DSM به شکلی جامع به‌روزرسانی شده است. این به‌روزرسانی بر اساس مرورهای انجام شده بر روی متون علمی از زمان انتشار DSM صورت گرفته است و در آن یک تشخیص جدید تحت عنوان اختلال سوگ طول کشیده و کدهای علائم مرتبط با گزارش رفتارهای آسیب به خود انتحاری و غیر انتحاری درج شده است. این تغییرات با موارد اعمال شده در بازبینی متن قبلی (DSM-IV-TR) تفاوت دارد، زیرا در مورد قبلی به‌روزرسانی تقریباً منحصر به متن بود و ملاک‌های تشخیص تقریباً دست‌نخورده باقی مانده بود. در ویرایش جدید تمام به‌روزرسانی‌های قبلی برخط (online) مربوط به DSM-5 پس از انتشار آن در سال ۲۰۱۳ و در پاسخ به کاربرد، پیشرفت‌های علمی اختصاصی و تطبیق کدهای ICD-10-CM، طی یک فرایند بازبینی مکرر ادغام شده است. بنابراین، DSM-5-TR محصول سه فرایند بازبینی مجزا است که هر کدام تحت نظارت گروه‌های مشخصی از کارشناسان (که البته هم‌پوشانی دارند) انجام شده است: تدوین ملاک‌های تشخیصی اولیه DSM-5 و متن مرتبط توسط کارگروه DSM-5 که در سال ۲۰۱۳ منتشر شد، به‌روزرسانی‌های مربوط به ملاک‌های تشخیصی و متن DSM-5 توسط کمیته رهبری DSM که وظیفه نظارت بر فرایند بازنگری مکرر را داشته‌اند و به‌روزرسانی کامل متن که توسط کمیته فرعی بازنگری انجام شده است.

درک بالینی و پژوهشی اختلالات روانی روز به روز توسعه می‌یابد. در نتیجه بیشتر متون مربوط به اختلالات DSM-5-TR در طول ۹ سال قبل پس از انتشار اولیه DSM-5 مورد برخی بازنگری‌ها قرار گرفته‌اند و بخش قابل توجهی از آنها حتی مشمول بازنگری‌های قابل ملاحظه شده‌اند.

ویرایش و تولید انتشارات انجمن روان‌پزشکی آمریکا که در به
 ثمر نشستن این کار تلاش ویژه داشتند تشکر می‌کنیم:
 Greg Kuny سرپرستار کتاب‌ها، Tammy Cordova مدیر
 طراحی گرافیک، Andrew Wilson مدیر تولید،
 Judy Castugna دستیار مدیر خدمات تولید، Erika Parker
 دبیر خرید و فروش، Alisa Riccardic ویراستار ارشد کتاب و
 Carrie Farnham ویراستار ارشد کتاب. در پایان لازم است
 تشکر و قدردانی خود را از Saul Levin M.D, M.P.A. مدیرعامل و مدیر پزشکی انجمن روان‌پزشکی آمریکا به خاطر
 حمایت و پشتیبانی از بازنگری جامع این متن اعلام کنیم.

Michael B. First, M.D

مدیر ریاست مشترک کمیته فرعی بازنگری و DSM-5-TR

Philip Wang, M. D. Dr. P.H

ریاست مشترک کمیته فرعی بازنگری

۵ نوامبر ۲۰۲۱

Daniel S. Pine, و Wilson M. Comptm, MD, M. P. E
 M.D هستیم که در مقام نایب رئیس کمیته فرعی بازنگری
 متن همراه با بیش از ۲۰۰ نفر از کارشناسان خبره در زمینه‌های
 گوناگون سهم به‌سزایی در کار تهیه بازنگری متن داشتند.
 همچنین مایل هستیم از Paul Appelbaum, M.D., ریاست
 کمیته رهبری DSM و کل اعضای کمیته رهبری DSM، به -
 خاطر مرور دقیق متن و ملاک‌ها و شفاف‌سازی آنها و ارائه
 پیشنهادهای مفید در این زمینه تشکر کنیم. همچنین از
 Ann M Eng، سرپرستار DSM، به‌خاطر اداره به موقع
 فرایند تدوین DSM-5-TR از برنامه‌ریزی اولیه تا تکمیل آن و
 دقت ویژه به جزئیات و تمامی نقدهایی که در جهت پیشبرد
 بازنگری ارائه داد، تشکر ویژه داریم. همچنین از نقش ارزنده و
 کمک‌های Nitin Gogtay, M.D. ریاست شاخه پژوهش و
 قائم مقام مدیر بخش طبی انجمن روان‌پزشکی آمریکا،
 Diana E. Clarke Ph.D. مدیرعامل پژوهش و آمارگر
 اپیدمیولوژیست ارشد و Lamyaa H. Yousif M.D, Ph.D،
 MSC مدیر ارشد عملیاتی DSM و پژوهشگر همراه تشکر
 می‌کنیم. از کمک و رهبری John McDuffie مسئول
 انتشارات انجمن روان‌پزشکی آمریکا و تلاش کارکنان تیم

پیشگفتار DSM-5

سرپایی، بیمارستان روزانه، روان‌پزشکی رابط- مشاور، مطب‌های خصوصی، و مراقبت‌های اولیه) و نیز مطالعات همه‌گیرشناختی اختلالات روانی جمعیت عمومی است. در عین حال DSM-5 ابزاری است در جهت گردآوری و ارائه آمارهای صحیح بهداشت عمومی در زمینه میزان‌های هم‌ابتلائی و مرگ و میر اختلالات روانی. نهایتاً ملاک‌های تشخیصی و متون مربوطه به‌منزله نوعی درسنامه عمل می‌کنند که برای دانشجویانی که در ابتدای دوره حرفه‌ای برای فهم و تشخیص اختلالات روانی نیاز به شیوه‌ای ساختاریافته دارند و نیز برای متخصصانی که برای اولین بار به یک اختلال نادر برمی‌خورند، کمک شایانی می‌کنند. خوشبختانه تمام موارد فوق با هم سازگاری دارند.

در تدوین DSM-5 همه این نیازها و علایق متنوع در نظر گرفته شده است. تقسیم‌بندی DSM با تقسیم‌بندی بین‌المللی بیماری‌های (ICD) سازمان بهداشت جهانی (WHO) که در آمریکا سامانه کدگذاری رسمی محسوب می‌شود هماهنگ شده است، به‌طوری‌که ملاک‌های DSM اختلالاتی را تعریف می‌کنند که در ICD با نام‌های تشخیصی و کدهای رقمی شناسایی شده‌اند. در DSM-5 هم کدهای ICD-9-CM و هم کدهای ICD-10-CM هنگام تقسیم‌بندی بیماری‌ها کدهای تشخیصی به همراه بیماری‌های مربوطه آورده می‌شود (ICD-10 در اکتبر ۲۰۱۵ به کار گرفته خواهد شد).

گرچه DSM-5 یک تقسیم‌بندی طبقه‌ای اختلالات مجزا محسوب می‌شود، ما می‌دانیم که اختلالات روانی همیشه به‌طور کامل در مرزبندی‌های یک اختلال واحد قرار نمی‌گیرند. حوزه برخی علائم، مانند اضطراب و افسردگی در چند گروه تشخیصی دیده می‌شوند و شاید بازتاب زمینه مشترک آسیب‌پذیری به یک گروه بزرگتر اختلالات باشد. در راستای به رسمیت شناختن این واقعیت، اختلالاتی که در DSM-5 آورده شده‌اند در یک ساختار سامان‌یافته بازبینی شده مرتب شده‌اند تا بستر دیدگاه‌های جدید بالینی را مهیا سازند. این ساختار جدید مطابق شکل ساماندهی بیماری‌ها در ICD-11 که در سال

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

هرچند هدف اصلی از تدوین این ویراست DSM این بوده که راهنمایی مفید برای کار بالینی باشد، اما به‌منزله یک نظام طبقه‌بندی رسمی در طیف وسیعی از زمینه‌ها و موقعیت‌ها نیز کاربرد دارد. DSM مورد استفاده بالینگران و پژوهشگران زیادی با دیدگاه‌های مختلف (زیستی، روان‌پویشی، شناختی، رفتاری، بین‌فردی، خانواده/سیستم‌ها) است که همه آنها تلاش می‌کنند برای انتقال ویژگی‌های عمده بیمارانشان به یک زبان مشترک دست یابند. اطلاعات و یافته‌ها برای تمام متخصصانی که با جنبه‌های مختلف بهداشت روان سروکار دارند شامل: روان‌پزشکان، سایر پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، مشاوران، متخصصان حقوقی و پزشکی قانونی، کاردرمانگران و متخصصان توانبخشی و سایر متخصصان حوزه سلامت از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. ملاک‌های تشخیصی موجز و صریح هستند و هدف از ارائه آنها تسهیل ارزیابی عینی علائم در محیط‌های مختلف بالینی (بستری،

۲۰۱۵ منتشر خواهد شد، طراحی شده است. سایر تغییرات ایجاد شده در جهت تسهیل کار در تمام زمینه‌ها عبارتند از:

• **ارائه مسائل رشدی مرتبط با تشخیص: ترتیب**

فصول به شکلی تغییر یافته که معرف رویکرد معطوف به چرخه حیات باشد، یعنی اختلالاتی که بیشتر در کودکی تشخیص داده می‌شوند (مانند اختلالات رشدی عصبی) در فصول اولیه دستنامه و اختلالاتی که بیشتر در سالمندی دیده می‌شوند (مانند اختلالات عصبی شناختی) در فصول پایانی دستنامه آورده شده‌اند. همچنین در متن دستنامه، زیر عنوان سیر و بروز راجع به نحوه امکان تغییرات علائم بیماری‌ها در طول عمر توضیحاتی ارائه شده است. عوامل تشخیصی وابسته به سن (مانند بروز علائم و تفاوت شیوع در گروه‌های سنی خاص) نیز در متن آورده شده است. برای تأکید بیشتر، این عوامل وابسته به سن در هر موردی که مناسبت داشته به ملاک‌های تشخیصی اضافه شده‌اند (برای مثال در گروه ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌خوابی و اختلال استرس پس از سانحه، ملاک‌های تشخیصی اختصاصی نحوه بروز این علائم در کودکان را توصیف می‌کند). به همین منوال مسائل فرهنگی و جنسیتی در موارد لزوم در اختلالات مربوطه آورده شده‌اند.

• **الحاق آخرین یافته‌های علمی تحقیقات ژنتیک و**

تصویربرداری عصبی: ساختار فصول به گونه‌ای بازبینی شده است که آخرین نتایج تحقیقات علوم عصبی و پیوستگی ژنتیکی بین گروه‌های تشخیصی را دربرگیرد. عوامل خطر فیزیولوژیک و ژنتیکی و نشانگرهای پیش‌آگهی و برخی شاخص‌های تشخیصی مطرح در متن مورد تأکید قرار گرفته است. این ساختار جدید باید توانایی بالینگران را در تشخیص یک اختلال از بین طیف یک گروه تشخیصی که پایه مشترک در مدارهای عصبی، آسیب‌پذیری ژنتیک و عوامل آشکارساز محیطی دارند بالا ببرد.

• **ترکیب اختلال در خودماندگی، اختلال آسیب‌گر و**

اختلال نافذ رشد در طیف اختلال در خودماندگی (اوتیسم): علائم این اختلالات معرف طیف واحدی از

نقص خفیف تا شدید در دو مقوله ارتباطات اجتماعی و رفتارها و علایق محدود تکراری است و به نظر می‌رسد اختلالات مجزایی نیستند. هدف از این تغییر افزایش حساسیت و اختصاصی بودن ملاک‌های تشخیصی طیف اختلال در خودماندگی و شناسایی اهداف درمانی متمرکزتر برای این تخریب‌های شناسایی شده است.

• **تقسیم‌بندی سرراست‌تر و ساده‌تر اختلالات**

دوقطبی و افسردگی: اختلالات افسردگی و دوقطبی شایع‌ترین اختلالات تشخیصی روان‌پزشکی هستند. لذا جمع و جور کردن علائم این اختلالات هم از نظر بالینی و هم از نظر آموزشی اهمیت زیادی دارد. به جای جداسازی تعاریف دوره‌های مانیا هیپومانیا و افسردگی اساسی از تعاریف اختلال دوقطبی I و اختلال دوقطبی II و اختلال افسردگی اساسی همان گونه که در ویرایش قبلی انجام شده بود، ما تمام اجزاء تشخیصی هر اختلال را در ملاک‌های تشخیصی مرتبط گنجانده‌ایم. این رویکرد، تشخیص درمان این اختلالات مهم را تسهیل می‌کند. همچنین نکات توضیحی بیشتری برای افتراق داغدیدگی و اختلال افسردگی اساسی نسبت به قبل ارائه شده است (قبلاً در ملاک‌های تشخیصی صرفاً رد کردن داغدیدگی ساده تصریح شده بود). مشخصه‌های جدید ناراحتی اضطرابی، و ویژگی‌های مختلط نیز در حال حاضر به شکل کامل در هنگام توضیح تفاوت‌های مشخصه‌های همراه ملاک‌های تشخیصی این اختلالات شرح داده شده‌اند.

• **ساختاربندی جدید اختلالات مصرف مواد به**

منظور انسجام و شفافیت بیشتر: گروه‌های تشخیصی سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد کنار گذاشته شده‌اند و به جای آنها طبقه جدید اختلالات مصرف مواد در نظر گرفته شده است و نام ماده خاص مصرفی در عنوان اختصاصی اختلال لحاظ شده است. «وابستگی» به راحتی با کلمه «اعتیاد» اشتباه گرفته می‌شود، چرا که تحمل و ترک که قبلاً به عنوان مشخصات وابستگی تلقی می‌شدند در مصرف بسیاری از داروهایی که روی دستگاه اعصاب مرکزی اثر می‌گذارند دیده می‌شوند بدون اینکه الزاماً نشانگر وجود اعتیاد باشند. با بازنگری و ابهام‌زدایی از این

ملاک‌ها در DSM-5، ما امیدواریم که برخی از سوءتفاهمات گسترده‌ای که در این زمینه وجود دارد برطرف گردد.

• افزایش ویژگی اختلالات عمده و خفیف

عصبی‌شناختی: با توجه به پیشرفت‌های چشمگیر علوم اعصاب، عصب- روان‌شناسی و تصویربرداری مغزی در دو دهه گذشته، بیان روش‌های نوین تشخیص گروهی از اختلالات که قبلاً زوال ذهن (دمانس) یا بیماری‌های عضوی مغز نامیده می‌شد از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار بود. نشانگرهای زیستی یافت شده در تصویربرداری‌های مغزی بر روی اختلالات عروقی یا آسیب‌های ناشی از ضربه و یافته‌های اختصاصی ژنتیک مولکولی در انواع نادر بیماری آلزایمر و بیماری هانتینگتون، سبب پیشرفت قابل ملاحظه در تشخیص بالینی این بیماری‌ها و تقسیم آنها به زیر گروه‌های اختصاصی شده است.

• تغییر در مفهوم پردازی اختلالات شخصیت:

علیرغم اینکه در ویرایش‌های قبلی به مزایای رویکردی ابعادی و طیفی در مورد اختلالات شخصیت اشاره شده بود، اما انتقال از یک سامانه تشخیصی دسته‌بندی مجزای اختلالات به سامانه‌ای که بر مبنای توزیع نسبی صفات شخصیتی باشد مورد اقبال گسترده قرار نگرفت. لذا در DSM-5 این دسته‌بندی مجزای اختلالات شخصیت بدون تغییر باقی مانده است ولی یک مدل جایگزین ترکیبی نیز در بخش ۳ پیشنهاد شده است تا راهنمای تحقیقات آتی تفکیک ارزیابی‌های عملکرد بین فردی و جلوه صفات شخصیتی مرضی در ۶ اختلال اختصاصی باشد. نیمرخ ابعادی و طیفی بروز صفات شخصیتی، در قالب رویکردی بر مبنای صفات شخصیتی نیز در نظر گرفته شده است.

• بخش ۳: اختلالات و ویژگی‌های جدید: یک

بخش جدید (بخش ۳) افزوده شده است تا بر اختلالاتی تأکید شود که نیاز به مطالعه بیشتر دارند و هنوز به عنوان بخشی از تقسیم‌بندی رسمی اختلالات روانی

در کار بالینی روزمره پذیرفته نشده‌اند. مقیاس‌های بُعدی و طیفی در مورد شدت علائم در ۱۳ حوزه علائم نیز افزوده شده است تا سنجش میزان علائم در همه گروه‌های تشخیصی فراهم شود. به همین منوال به جای مقیاس ارزیابی کلی کارکردی (GAF) که محدودیت‌هایی را دربرداشت، جدول ارزیابی ناتوانی سازمان بهداشت جهانی (WHODAS) ارائه شده که یک روش استاندارد ارزیابی کلی سطوح مختلف ناتوانی ناشی از اختلالات روانی بوده و بر اساس تقسیم‌بندی بین‌المللی کارکرد، ناتوانی و سلامت (ICF) طراحی شده است و در کل پزشکی کاربرد دارد. ما امیدواریم که به مرور زمان با به کارگیری بیشتر این مقیاس‌ها در هنگام ارزیابی‌های تشخیصی، توصیف بالینی تک تک علائم دیده شده و ناتوانی همراه آنها با دقت و انعطاف بیشتری همراه باشد.

• امکانات آنلاین: DSM-5 بر اطلاعات تکمیلی برخط یا

آنلاین (online) تأکید می‌کند. مقیاس‌های تقاطعی و تشخیص شدت دیگری به صورت آنلاین در دسترس است (www.psychiatry.org/dsm5) و با اختلالات مربوطه پیوند دارند. به علاوه مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی، مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی - نسخه مربوط به افراد مطلع و مقیاس‌های ضمیمه‌ای این مصاحبه صورت‌بندی (formulation) فرهنگ‌نی نی_____ در www.psychiatry.org/dsm5 به صورت آنلاین در دسترس هستند.

این نوآوری‌ها زیر نظر صاحب‌نظران برجسته اختلالات روانی در جهان برنامه‌ریزی شده‌اند و با توجه به بازبینی تخصصی آنها، نظرات عمومی و نظرات مستقل هم‌تایان اجرا شده است. ۱۳ گروه کاری تحت سرپرستی هیئت اجرایی (task force DSM-5)، همراه سایر اعضای بازبینی و نهائینا هیئت امنای APA (انجمن روان‌پزشکی آمریکا) همگی معرف تبحری جهانی در زمینه این رشته تخصصی هستند. این تلاش توسط گروه زیادی از رایزنان و کادر تخصصی شاخه تحقیقاتی APA حمایت شده است. ذکر نام تمام افرادی که در این کار

بزرگ سهم بوده‌اند، در اینجا امکان ندارد ولی فهرست آنها در ضمیمه کتاب آورده شده است. ما صمیمانه از کلیه کسانی که ساعات بی‌شماری را صرف اینکار کرده و تلاش نموده‌اند که تشخیص اختلالات روانی روند بهتری داشته باشد، تشکر می‌نماییم.

ما قدردانی ویژه‌ای از هیئت رئیسه، تنظیم‌کننده‌های متن و اعضای هر ۱۳ گروه که اسامی آنها در ابتدای کتاب فهرست شده‌اند می‌نماییم، آنها طی ۶ سال گذشته ساعات زیادی را داوطلبانه صرف بهبود پایه و اساس علمی کار بالینی روان‌پزشکی نموده‌اند. دکتر سوزان. ک. شولتز، سر ویراستار کتاب، همراه دکتر امیلی. الف. کوهل نویسنده ارشد و دستیار ویراستار DSM-5 در جهت یکسان‌سازی و انسجام اقدامات کارگروه‌های مختلف تلاش زیادی به‌خرج داده‌اند. دکتر ویلیام. ای. نارو وظیفه راهبری گروه پژوهشی را به‌عهده داشت. این گروه راهبرد کلی پژوهش در DSM شامل کارآزمایی‌های میدانی را تدوین نمود که شواهد پایه این ویراست را تقویت کرد. به‌علاوه ما مدیون افرادی هستیم که در بازنگری مستقل طرح‌های پیشنهادی جدید این ویرایش زمان زیادی صرف کرده‌اند از جمله: دکتر کینت. اس. کیندلر و دکتر رابرت فریدمن، اعضای کمیته بازنگری علمی؛ دکتر جان. اس. مکین‌تایر و دکتر جوئل یاگر اعضای کمیته بهداشت عمومی و بالینی و دکتر گیلن‌مارتین رئیس انجمن فرایند بازنگری APA.

ما از دکتر هلنا. سی. گرامر برای مشاوره‌های آماری دقیق و عالی وی، دکتر مایکل. بی. فیرست برای کدگذاری و بازنگری ملاک‌های تشخیصی که بی‌نهایت ارزشمند بوده است و دکتر پُل، اسی اپل‌بوم برای بازخوردهای وی در مسائل قانونی صمیمانه تشکر می‌کنیم. ماریا. ان. وارد نیز کمک زیادی در رسیدگی به کلیه کدهای ICD نموده‌اند. هیئت رئیسه شامل اعضای زیر: رؤسای تمام گروه‌های بازنگری، اعضای هیئت اجرایی (task force) و مسئولان اجرایی APA و به ریاست دکتر فیلیپ وی ژسته وظیفه هدایت و جمع‌بندی نظرات و تأیید

مطالب را به‌عهده داشته است. این میزان تعهد سبب ایجاد عینیت و توازن شده است که به‌نظر ما شاخص DSM-5 محسوب می‌شود.

ما قدردان اعضای شاخه پژوهشی APA هستیم که اسامی آنها در فهرست هیئت اجرایی و کار گروه‌ها ذکر شده در ابتدای کتاب موجود است، کسانی که در تعامل با هیئت اجرایی، گروه‌های کاری، مشاوران و گروه بازنگری به شکل خستگی‌ناپذیر فعالیت نموده تا به‌عنوان رابط بین این گروه‌ها مشکلات را برطرف کرده، مدیریت و هدایت کارآزمایی‌های آکادمیک و معمول بالینی را به‌عهده داشته‌اند و تمام تصمیمات اتخاذ شده در این فرایند مهم را ثبت کرده‌اند. ما به‌ویژه خود را مدیون حمایت‌ها و راهنمایی‌های دکتر جیمز. اچ. اسکولن، جی. آر. مدیر پزشکی و دبیر کل اجرایی انجمن روان‌پزشکان آمریکا (APA) می‌دانیم که در طی این سال‌ها مشقت فرایند این کار عظیم را برای ما کم کرده است. در آخر ما از همکاران ویراستاری و تولید انتشارات روان‌پزشکان آمریکا، به‌خصوص ربکا رینه هارت، ناشر؛ جان مک دافی، سرویراستار؛ آن اینگ، دستیار ویراستار؛ گریک کُنی، مدیریت ویراستار؛ و تایی کوردووا، مدیر طراحی گرافیک به‌خاطر راهنمایی‌هایشان در گردآوری همه مطالب و آماده‌سازی محصول نهایی تشکر می‌نماییم. این کتاب محصول تلاش افراد برجسته زیادی است که وقت، تبحر و علاقه خود را وقف تهیه DSM کردند.

دکتر دیوید، جی. کوپفر

ریاست هیئت اجرایی DSM-5

دکتر دارل، آر. رژیرو M. P. H.

نایب رئیس هیئت اجرایی DSM-5

۱۹ دسامبر ۲۰۱۲

طبقه‌بندی DSM-5-TR

جلوی نام هر اختلال، کدهای ICD-10-CM داخل پرانتز آورده شده است. خطوط فاصله نشان‌دهنده کد ICD-10-CM هستند که به زیر نوع، شاخص اختلال یا دسته ماده مخدر مورد نظر بستگی دارند. برای آشنایی با کدگذاری‌های دوره‌ای DSM-5-TR و سایر به روزرسانی‌های آن به آدرس www.dsm5.org مراجعه کنید.

در مورد تمام اختلالات روانی ناشی از یک بیماری طبی دیگر توجه داشته باشید که: نام بیماری طبی مسبب را به صورت زیر همراه نام اختلال روانی ناشی از [بیماری طبی] ذکر نمایید. کد و نام بیماری طبی باید در ابتدا و قبل از اختلال روانی ناشی از بیماری طبی آورده شود.

اختلالات عصبی‌رشدی

اختلالات رشدی ذهنی

--	اختلالات رشدی هوش (کم‌توانی ذهنی)
	شدت فعلی را معین نمایید:
F۷۰	خفیف
F۷۱	متوسط
F۷۲	شدید
F۷۳	عمیق
F۸۸	تأخیر رشدی کلی
F۷۹	اختلال نامعین رشدی هوش (کم‌توانی ذهنی)

اختلالات ارتباطی

F۸۰/۲	اختلال زبانی
F۸۰/۰	اختلال صوت تکلم
F۸۰/۸۱	اختلال فصاحت با شروع در دوره کودکی (لکنت زبان)
نکته: مواردی که در سنین بالاتر شروع می‌شود به‌منزله اختلال فصاحت با شروع در دوره بزرگسالی	
F۹۸/۵	با کد تشخیص‌گذاری می‌شوند
F۸۰/۸۲	اختلال ارتباطی اجتماعی (کاربردی)
F۸۰/۹	اختلال ارتباطی نامعین

اختلالات طیف در خودماندگی

F۸۴/۰ طیف اختلال در خودماندگی

شدت فعلی اختلال را مشخص کنید: نیازمند حمایت خیلی زیاد، نیاز به حمایت زیاد، نیازمند حمایت مشخص کنید/اگر: همراه تخریب ذهنی یا بدون آن است. همراه اختلالات زبانی یا بدون آن است. مشخص کنید/اگر: همراه یک بیماری طبی دیگر یا ژنتیکی یا عامل محیطی است. (تکته در کدگذاری: از کدهای اضافی برای شناسایی بیماری طبی دیگر یا بیماری ژنتیکی استفاده کنید): همراه با یک مشکل و عصبی‌رشدی، روانی یا رفتاری است. مشخص کنید/اگر: همراه با کاتاتونیا است (از کد اضافی F۰۶/۱ استفاده کنید)

اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی

- / - اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی

مشخص کنید/اگر: در فروکش نسبی

شدت فعلی را مشخص نمایید: خفیف، متوسط، شدید

مشخص نمایید/آیا:

F۹۰/۲ علائم بالینی مرکب

F۹۰/۰ بی‌توجهی وجه بارز علائم بالینی است.

F۹۰/۱ بیش‌فعالی / تکانشگری وجه بارز علائم بالینی است.

F۹۰/۸ سایر انواع معین اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی

F۹۰/۹ اختلال نامعین کم‌توجهی / بیش‌فعالی

اختلال یادگیری اختصاصی

- / - اختلال یادگیری اختصاصی

شدت فعلی را مشخص نمایید: خفیف، متوسط، شدید

مشخص کنید/اگر:

F۸۱/۰ همراه نقایص خواندن است (معین کنید اگر: قرائت صحیح کلمات، سرعت و فصاحت خواندن، درک مطلب)

F۸۱/۸۱ همراه نقایص بیان نوشتاری است (معین کنید اگر: دیکته صحیح کلمات، دقت در استفاده از دستور زبان و نقطه‌گذاری

جملات، وضوح و نظام‌مندی بیان نوشتاری مختل است.)

F۸۱/۲ همراه نقایص ریاضیات (معین کنید اگر: درک اعداد، حفظ کردن قواعد حساب، دقت یا روان بودن محاسبات،

استدلال ریاضی دقیق مختل است.)

اختلالات حرکتی

F۸۲ اختلال هماهنگی رشدی

F۹۸/۴ اختلال حرکات قالبی

مشخص کنید/اگر: همراه رفتارهای خودآسیبی یا بدون رفتارهای خودآسیبی است.

مشخص کنید اگر: همراه یک بیماری طبی یا ژنتیک شناخته شده و اختلال رشدی عصبی یا عامل محیطی است. شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید

اختلالات تیک

F۹۵/۲	اختلال تورِت
F۹۵/۱	اختلال مداوم (مزمِن) تیک حرکتی یا صوتی
	مشخص کنید اگر: فقط تیک حرکتی، فقط تیک صوتی
F۹۵/۰	اختلال تیک موقت
F۹۵/۸	سایر اختلالات معین تیک
F۹۵/۹	اختلال نامعین تیک

سایر اختلالات عصبی‌رشدی

F۸۸	سایر انواع معین اختلال عصبی‌رشدی
F۸۹	اختلال رشدی عصبی‌نامعین

طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی

شاخص‌های زیر در موارد مناسب برای اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی به کار می‌روند:

(الف) مشخص کنید اگر: شاخص‌های سیر بیماری که در زیر ذکر شده‌اند فقط پس از پایان یک سال از شروع بیماری به کار می‌روند: نخستین دورهٔ بیماری، در حال حاضر در مرحلهٔ حاد؛ نخستین دورهٔ بیماری، در حال حاضر فروکش نسبی؛ نخستین دورهٔ بیماری، در حال حاضر در فروکش کامل؛ دوره‌های متعدد، در حال حاضر در مرحلهٔ حاد بیماری؛ دوره‌های متعدد، در حال حاضر در فروکش نسبی؛ دوره‌های متعدد، در حال حاضر در فروکش کامل؛ مداوم؛ نامعین

(ب) مشخص کنید اگر: همراه با کاتاتونیا (کد اضافی F۰۶/۱ به کار برید)

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

F۲۱	اختلال (شخصیت) اسکیزوتایپی
F۲۲	اختلال هذیانی ^{الف، ج}

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

مشخص کنید اگر: همراه با محتوای غریب و ناممکن

F۲۳	اختلال روان‌پریشی گذرا ^{ب، ج}
-----	--

مشخص کنید اگر: همراه با عامل(های) استرس‌زای آشکار، بدون عامل(های) استرس‌زای آشکار، با شروع پیرایمانی

F۲۰/۸۱	اختلال اسکیزوفرنی‌فُرم ^{ب، ج}
--------	--

مشخص کنید اگر: همراه با ویژگی‌های پیش‌آگهی خوب، بدون ویژگی‌های پیش‌آگهی خوب

اسکیزوفرنیا	الف، ب، ج	F۲۰/۹
اختلال اسکیزوافکتیو	الف، ب، ج	- / -
مشخص کنید آیا:		
نوع دوقطبی		F۲۵/۰
نوع افسرده		F۲۵/۱
اختلال روان‌پریشی ناشی از دارو/ مواد ^ج		- / -
برای کاربرد کدهای ICD-10-CM، به دسته‌های گوناگون مواد و اختلال روان‌پریشی اختصاصی ناشی از مواد یا دارواز مبحث اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد مراجعه کنید. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مرتبط با هر اختلال در کتابچه راهنما مراجعه کنید.		
نکته در کدگذاری: کد CD-10-CM بستگی به وجود یا نبود اختلال مصرف مواد هم‌ابتلا برای همان دسته از مواد دارد. در هر موردی، یک تشخیص مجزای اضافه از اختلال مصرف مواد لزوماً گذاشته نمی‌شود.		
مشخص کنید/ اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره ترک (محرومیت)، شروع پس از مصرف دارو اختلال روان‌پریشی ناشی از یک بیماری طبی دیگر ^ع		
مشخص کنید آیا:		- / -
همراه هذیان		F۰۶/۲
همراه توهم		F۰۶/۰
کاتاتونی مربوط به یک اختلال روانی دیگر (شاخص کاتاتونیا)		F۰۶/۱
اختلال کاتاتونیک ناشی از یک بیماری طبی دیگر		F۰۶/۱
کاتاتونیای نامعین		F۰۶/۱
توجه: نخست سایر علائم مربوط به دستگاه عصبی و عضلانی - اسکلتی را با کد R۲۹/۱۱۸ کدگذاری کنید.		
سایر اختلالات معین طیف اسکیزوفرنیا و روان‌پریشی		F۲۸
طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات نامعین روان‌پریشی		F۲۹

اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط

- شاخص‌های زیر را در موارد مناسب برای اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط به کار برید.
- (الف) مشخص کنید: همراه ناراحتی اضطرابی (شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، متوسط تا شدید، شدید)؛ همراه ویژگی‌های مختلط؛ همراه تندچرخه؛ همراه ویژگی‌های ملانکولیک؛ همراه ویژگی‌های آتیبیک؛ همراه ویژگی‌های روان‌پریشانه هماهنگ با خلق؛ همراه ویژگی‌های روان‌پریشانه ناهماهنگ با خلق؛ همراه کاتاتونیا (از کد اضافه F۰۶/۱ استفاده نمایید)؛ با شروع پیرازایمانی؛ با الگوی فصلی
- (ب) مشخص کنید: همراه ناراحتی اضطرابی (شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، متوسط تا شدید، شدید)؛ همراه ویژگی‌های مختلط، همراه تندمزاجی، با شروع پیرازایمانی، با الگوی فصلی
- / - اختلال دوقطبی I الف
- / - دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری مانیا

F۳۱/۱۱	خفیف
F۳۱/۱۲	متوسط
F۳۱/۱۳	شدید
F۳۱/۲	با علائم روان‌پریشی
F۳۱/۷۳	در فروکش نسبی
F۳۱/۷۴	در فروکش کامل
F۳۱/۹	نامعین
F۳۱/۰	دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری هیپومانیا
F۳۱/۷۱	در فروکش نسبی
F۳۱/۷۲	در فروکش کامل
F۳۱/۹	نامعین
- / -	دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری افسردگی
F۳۱/۳۱	خفیف
F۳۱/۳۲	متوسط
F۳۱/۴	شدید
F۳۱/۵	با علائم روان‌پریشی
F۳۱/۷۵	در فروکش نسبی
F۳۱/۷۶	در فروکش کامل
F۳۱/۹	نامعین
F۳۱/۹	دوره فعلی یا آخرین دوره نامعین
F۳۱/۸۱	اختلال دوقطبی II
دوره فعلی یا آخرین دوره بیماری را مشخص کنید: هیپومانیا ^{الف} ، افسردگی	
سیر بیماری را مشخص نمایید اگر حائز ملاک‌های کامل یک دوره خلقی نیست: در فروکش نسبی، در فروکش کامل	
شدت بیماری را معین نمایید اگر حائز ملاک‌های کامل یک دوره افسردگی اساسی است: خفیف، متوسط، شدید	
F۳۴/۰	اختلال خلق ادواری (سیکلوتایمی)
مشخص کنید اگر: همراه ناراحتی اضطرابی است (شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، متوسط تا شدید، شدید)	
- / -	اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از دارو/ مواد
نکته: برای کاربرد کدهای ICD-10-CM، به دسته‌های گوناگون مواد و اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط اختصاصی ناشی از مواد یا دارو از مبحث اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد مراجعه کنید. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مرتبط با هر اختلال در کتابچه راهنما مراجعه کنید.	
نکته در کدگذاری: کد در ICD-10-CM بستگی به وجود یا نبود اختلال مصرف مواد هم‌ابتلا برای همان دسته از مواد دارد. در هر موردی الزاماً یک تشخیص جداگانه اضافی از اختلال مصرف مواد گذاشته نمی‌شود.	
مشخص کنید اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره ترک (محرومیت)، شروع پس از مصرف دارو	
- / -	اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از یک بیماری طبی دیگر

مشخص نماید/گر:

F۰۶/۳۳	با ویژگی‌های مانیا
F۰۶/۳۳	با دوره شبیه مانیا یا هیپومانیا
F۰۶/۳۴	با ویژگی‌های مختلط
F۳۱/۸۹	سایر اختلالات معین دوقطبی و اختلالات مرتبط
F۳۱/۹	اختلال نامعین دوقطبی و اختلالات مرتبط
F۳۹	اختلال خلقی نامعین

اختلالات افسردگی

F۳۴/۸۱ اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی

- / - اختلال افسردگی اساسی

الف) مشخص کنید: همراه ناراحتی اضطرابی (شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، متوسط شدید، شدید)؛ با ویژگی‌های مختلط؛ با ویژگی‌های ملانکولیک؛ با ویژگی‌های آتیبیک؛ با ویژگی‌های روان‌پریشی هماهنگ با خلق؛ با ویژگی‌های روان‌پریشی، ناهماهنگ با خلق؛ با کاتاتونیا (از کد اضافه F۰۶/۱ استفاده نمایید)؛ با شروع پیرازایمانی؛ با الگوی فصلی

- / - دوره منفرد

F۳۲/۰ خفیف

F۳۲/۱ متوسط

F۳۲/۲ شدید

F۳۲/۳ با ویژگی‌های روان‌پریشی

F۳۲/۴ در فروکش نسبی

F۳۲/۵ در فروکش کامل

F۳۲/۹ نامعین

- / - دوره راجعه

F۳۳/۰ خفیف

F۳۳/۱ متوسط

F۳۳/۲ شدید

F۳۳/۳ با ویژگی‌های روان‌پریشی

F۳۳/۴۱ در فروکش نسبی

F۳۳/۴۲ در فروکش کامل

F۳۳/۹ نامعین

F۳۴/۱ اختلال افسردگی پایدار (افسرده‌خوبی)

مشخص کنید: همراه ناراحتی اضطرابی (شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، متوسط شدید، شدید)؛ با

ویژگی‌های آتیبیک

مشخص کنید اگر: در فروکش نسبی، در فروکش کامل	
مشخص کنید اگر: با شروع زودرس، با شروع دیررس	
مشخص کنید اگر: فقط سندرم افسرده‌خویی؛ همراه دورهٔ مداوم افسردگی اساسی؛ همراه دوره‌های متناوب افسردگی اساسی، با دورهٔ جاری؛ همراه دوره‌های متناوب افسردگی اساسی، بدون دورهٔ جاری.	
شدت فعلی بیماری را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید	
اختلال ملال پیش از قاعدگی	F۳۲/۸۱
اختلال افسردگی ناشی از دارو/ مواد	- / -
نکته: برای کاربرد کدهای ICD-10-CM، به دسته‌های گوناگون مواد و اختلال افسردگی اختصاصی ناشی از مواد یا دارو از بحث اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد مراجعه کنید. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مرتبط با هر اختلال در کتابچهٔ راهنما مراجعه کنید.	
نکته در کدگذاری: کد در ICD-10-CM بستگی به وجود یا نبود اختلال مصرف مواد همراه برای همان دسته از مواد دارد. در هر موردی الزاماً یک تشخیص جداگانهٔ اضافی از اختلال مصرف مواد گذاشته نمی‌شود.	
مشخص کنید اگر: شروع در حین دورهٔ مسمومیت، شروع در دورهٔ ترک، شروع پس از مصرف دارو	
اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر	- / -
مشخص کنید اگر:	
همراه ویژگی‌های افسردگی	F۰۶/۳۱
همراه دورهٔ شبه‌افسردگی اساسی	F۰۶/۳۲
همراه ویژگی‌های مختلط	F۰۶/۳۴
سایر اختلالات افسردگی معین	F۳۲/۸۹
اختلال نامعین افسردگی	F۳۲/A
اختلال نامعین خلقی	F۳۹

اختلالات اضطرابی

اختلال اضطراب جدایی	F۹۳/۰
سکوت انتخابی	F۹۴/۰
هراس اختصاصی	- / -
مشخص کنید اگر:	
حیوانات	F۴۰/۲۱۸
محیط طبیعی	F۴۰/۲۲۸
خون - تزریق - جراحت	- / -
ترس از خون	F۴۰/۲۳۰
ترس از تزریق و انتقال خون	F۴۰/۲۳۱
ترس از سایر مراقبت‌های پزشکی	F۴۰/۲۳۲

F۴۰/۲۳۳ ترس از جراحت

F۴۰/۲۴۸ موقعیتی

F۴۰/۲۹۸ سایر

F۴۰/۱۰ اختلال اضطراب اجتماعی

مشخص کنید اگر: فقط در حین عملکرد

F۴۱/۰ اختلال پانیک (وحشتزدگی)

- / - مشخصه حمله پانیک (وحشتزدگی)

F۴۰/۰۰ بازارهراسی

F۴۱/۱ اختلال اضطراب فراگیر

- / - اختلال اضطراب ناشی از دارو / مواد

نکته: برای کاربرد کدهای ICD-10-CM، به دسته‌های گوناگون مواد و اختلال اضطرابی اختصاصی ناشی از مواد یا دارو از مبحث اختلالات اعتیادی و مرتبط با روند ثبت مواد مراجعه کنید. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و مرتبط با هر اختلال در کتابچه راهنما مراجعه کنید.

نکته در کدگذاری: کد در ICD-10-CM بستگی به وجود یا نبود اختلال مصرف مواد همراه برای همان دسته از مواد دارد. در هر موردی الزاماً یک تشخیص جداگانه اضافی از اختلال مصرف مواد گذاشته نمی‌شود.

مشخص کنید اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره ترک (محرومیت)، شروع پس از مصرف دارو

F۰۶/۴ اختلال اضطرابی ناشی از یک بیماری طبی دیگر

F۴۱/۸ سایر اختلالات معین اضطرابی

F۴۱/۹ اختلال نامعین اضطراب

اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط

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

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

F۴۲/۲ اختلال وسواسی جبری^{الف}

مشخص کنید اگر: با تیک مرتبط است

F۴۵/۲۲ اختلال بدریخت‌انگاری بدن^{الف}

مشخص کنید اگر: همراه با بدریخت‌انگاری عضلات است

F۴۲/۳ اختلال انباشت‌گری (احتکار، Hoarding)^{الف}

مشخص کنید اگر: با خرید بیش از اندازه همراه است

F۶۳/۳ وسواس کندن مو (اختلال کندن مو)

F۴۲/۴ اختلال خراش (کندن پوست)

- / - اختلال وسواسی جبری و اختلال مرتبط ناشی از دارو/ مواد

نکته: برای کاربرد کدهای ICD-10-CM، به دسته‌های گوناگون مواد و اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط

اختصاصی ناشی از مواد یا دارو از مبحث اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد مراجعه کنید. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه ملاک‌های تشخیصی و روند ثبت مرتبط با هر اختلال در کتابچه راهنما مراجعه کنید.

نکته در کدگذاری: کد در ICD-10-CM بستگی به وجود یا نبود اختلال مصرف مواد هم‌ابتلا برای همان دسته از مواد دارد. در هر موردی الزاماً یک تشخیص جداگانه اضافی از اختلال مصرف مواد گذاشته نمی‌شود.

- مشخص کنید / اگر: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره ترک، شروع پس از مصرف دارو
اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط با آن ناشی از یک بیماری طبی دیگر F۰۶/۸
- مشخص کنید / اگر: همراه علائم شبه اختلال وسواسی جبری، با مشغولیت ذهنی راجع به ظاهر، با علائم انباشت‌گری، با علائم کندن مو، با علائم کندن پوست
- سایر اختلالات وسواسی جبری و اختلالات مرتبط معین F۴۲/۸
- اختلال وسواسی جبری نامعین و اختلال مرتبط F۴۲/۹

اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا

- اختلال دل‌بستگی واکنشی F۹۴/۱
- مشخص کنید / اگر: مداوم
- شدت بیماری فعلی را معین نمایید: شدید
- اختلال مشغولیت اجتماعی مهار گسیخته F۹۴/۲
- مشخص کنید / اگر: مداوم
- شدت بیماری فعلی را معین نمایید: شدید
- اختلال استرس پس از سانحه F۴۳/۱۰
- مشخص کنید / آیا: همراه علائم گسستگی است
- مشخص کنید / اگر: با بروز دیررس است
- اختلال استرس پس از سانحه در افراد بالای ۶ سال - / -
- اختلال استرس پس از سانحه در کودکان ۶ ساله و کوچک‌تر - / -
- اختلال استرس حاد F۴۳/۰
- اختلالات سازگاری - / -
- مشخص کنید / اگر: حاد، مداوم (مزمن)
- مشخص کنید / آیا:
- با خلق افسرده F۴۳/۲۱
- با اضطراب F۴۳/۲۲
- با ترکیبی از اضطراب و خلق افسرده F۴۳/۲۳
- با اختلال سلوک F۴۳/۲۴
- با ترکیبی از آشفتگی هیجانات و سلوک F۴۳/۲۵
- نامعین F۴۳/۲۰

F۴۳/۸	اختلال سوگ طول کشیده
F۴۳/۸	سایر اختلالات معین مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زای
F۴۳/۹	اختلالات نامعین مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زای

اختلالات تجزیه‌ای (گسستگی)

F۴۴/۸۱	اختلال هویت تجزیه‌ای یا گسسته
F۴۴/۰	فراموشی تجزیه‌ای یا گسسته
	مشخص کنید اگر:
F۴۴/۱	با گریز تجزیه‌ای یا گسسته
F۴۸/۱	اختلال گسست از خویشتن / گسست از واقعیت
F۴۴/۸۹	سایر اختلالات معین تجزیه‌ای یا گسسته
F۴۴/۹	اختلال نامعین تجزیه‌ای یا گسسته

اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط

F۴۵/۱	اختلال علائم جسمی
	مشخص کنید اگر: درد علامت غالب است
	مشخص کنید اگر: مداوم
	شدت فعلی را معین نمایید: خفیف، متوسط، شدید
F۴۵/۲۱	اختلال اضطراب بیماری
	مشخص کنید: نوع مراقبت‌خواه، نوع مراقبت‌گریز
- / -	اختلال علائم عصبی کارکردی (اختلال تبدیلی)
	مشخص کنید اگر: مرحله حاد، مداوم
	مشخص کنید اگر: با عوامل استرس‌زای روان‌شناختی (عامل استرس‌زا را معین کنید)، بدون عامل استرس‌زای روان‌شناختی
	نوع علائم را معین نمایید:
F۴۴/۴	با ضعف یا فلج
F۴۴/۴	با ناهنجاری‌های حرکتی
F۴۴/۴	با مشکلات بلع
F۴۴/۴	با علائم تکلمی
F۴۴/۵	با حملات یا تشنج
F۴۴/۶	با بیهوشی یا نقصان حسی
F۴۴/۶	با علائم خاص حسی
F۴۴/۷	با علائم مختلط

F۵۴	عوامل روان‌شناختی که روی سایر بیماری‌های طبیی تأثیر می‌گذارند
-/-	شدت فعلی بیماری را معین نمایند: خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید
-/-	اختلال ساختگی
	مشخص کنید: دوره منفرد، دوره‌های متعدد
F۶۸/۱۰	اختلال ساختگی تحمیل کرده بر خود
F۶۸ /A	اختلال ساختگی تحمیل کرده بر دیگری
F۴۵/۸	سایر اختلالات معین علائم جسمی و اختلالات مرتبط
F۴۵/۹	اختلال نامعین علائم جسمی و اختلالات مرتبط

اختلالات تغذیه و خوردن

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

	(الف) مشخص کنید اگر: در فروکش کامل
	(ب) مشخص کنید اگر: در فروکش نسبی، در فروکش کامل
	(ج) شدت فعلی بیماری را مشخص نمایند: خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید
- / -	هرزه‌خواری (pica)
F۹۸/۳	در کودکان
F۵۰/۸۹	در بزرگسالان
F۹۸/۳۱	اختلال نشخوار ^{الف}
F۵۰/۸۲	اختلال پرهیز/ محدودیت غذا خوردن ^{الف}
- / -	بی‌اشتهایی عصبی ^{ب، ج}
	مشخص کنید آیا:
F۵۰/۰۱	نوع محدودیت مصرف غذا
F۵۰/۰۲	نوع پرخوری/ پاکسازی
F۵۰/۲	پراشتهایی عصبی ^{ب، ج}
F۵۰/۸۱	اختلال پرخوری ^{ب، ج}
F۵۰/۸۹	سایر اختلالات معین تغذیه یا خوردن
F۵۰/۹	اختلال نامعین تغذیه یا خوردن

اختلالات دفعی

F۹۸/۰	بی‌اختیاری ادرار
	مشخص کنید آیا: فقط شبانه، فقط روزانه، روزانه و شبانه
F۹۸/۱	بی‌اختیاری مدفوع
	مشخص کنید آیا: همراه یبوست و بی‌اختیاری سرریز، بدون یبوست و بی‌اختیاری سرریز

- / -	سایر اختلالات معین دفعی
N۳۹/۴۹۸	با علائم ادراری
R۱۵/۹	با علائم مدفوعی
- / -	اختلال نامعین دفعی
R۳۳	با علائم ادراری
R۱۵/۹	با علائم مدفوعی

اختلالات خواب- بیداری

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

(الف) مشخص کنید / اگر: دوره‌ای، مداوم، راجعه

(ب) مشخص کنید / اگر: حاد، تحت حاد، مداوم

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

F۵۱/۰۱ اختلال بی‌خوابی^{الف}

مشخص کنید: همراه اختلال روانی، همراه بیماری طبی، همراه یک اختلال خواب دیگر

F۵۱/۱۱ اختلال پر خوابی^ب

مشخص کنید / اگر: همراه اختلال روانی، همراه بیماری طبی، همراه یک اختلال خواب دیگر

- / - نارکولپسی (حمله خواب)^ج

مشخص کنید / آیا:

G۴۷/۴۱۱ نارکولپسی با قوام‌باختگی (کاتاپلکسی) یا کمبود هیپوکرتین (نوع ۱)

G۴۷/۴۱۹ نارکولپسی بدون قوام‌باختگی (کاتاپلکسی) و بدون کمبود هیپوکرتین یا بدون سندرم هیپوکرتین (نوع ۲)

G۴۷/۴۲۱ نارکولپسی با قوام‌باختگی (کاتاپلکسی) یا کمبود هیپوکرتین ناشی از یک بیماری طبی

G۴۷/۴۲۹ نارکولپسی بدون قوام‌باختگی (کاتاپلکسی) و بدون کمبود هیپوکرتین ناشی از یک بیماری طبی

اختلالات خواب مرتبط با تنفس

G۴۷/۳۳ وقفه / اُفت تنفسی انسدادی خواب^ج

- / - وقفه تنفسی (آپنه) مرکزی خواب

شدت / اختلال فعلی را مشخص کنید

مشخص کنید / آیا:

G۴۷/۳۱ وقفه تنفسی (آپنه) ایدیوپاتیک مرکزی خواب

R۰۶/۳ وقفه تنفسی شین - استوکس

G۴۷/۳۷ وقفه تنفسی (آپنه) مرکزی خواب هم‌ابتلا با سوء مصرف مواد افیونی

نکته: ابتدا اختلال مصرف مواد افیونی را کدگذاری کنید (اگر وجود دارد).

- / - هیپوونتیلاسیون (افت تهویه) مرتبط با خواب

شدت اختلال فعلی را مشخص کنید

مشخص کنید آیا:

G۴۷/۳۴ هیپوونتیلیاسیون (افت تهویه) ایدیوپاتیک

G۴۷/۳۵ هیپوونتیلیاسیون (افت تهویه) آلئولی مرکزی مادرزادی

G۴۷/۳۶ هم‌ابتلائی با هیپوونتیلیاسیون مرتبط با خواب

- / - اختلالات چرخه شبانه‌روزی خواب - بیداری^{الف}

مشخص کنید آیا:

G۴۷/۲۱ نوع تأخیر مرحله خواب

مشخص کنید اگر: خانوادگی، همپوشانی با نوع خواب-بیداری غیر ۲۴ ساعته

G۴۷/۲۲ نوع جلو افتادن مرحله خواب

مشخص کنید اگر: خانوادگی

G۴۷/۲۳ نوع الگوی خواب و بیداری نامنظم

G۴۷/۲۴ نوع الگوی خواب و بیداری غیر ۲۴ ساعته

G۴۷/۲۶ نوع نوبت کاری

G۴۷/۲۰ نوع نامعین

بدخوابی‌ها (پاراسومنیا)

- / - اختلالات برانگیختگی خواب مرحله غیر «حرکات سریع چشم» (Non-REM)

مشخص کنید آیا:

F۵۱/۳ نوع راه رفتن در خواب

مشخص کنید اگر: همراه خوردن مرتبط با خواب، با رفتارهای جنسی مرتبط با خواب (sexsomnia)

F۵۱/۴ نوع وحشت شبانه

F۵۱/۵ اختلال کابوس^{ب،ج}

مشخص کنید اگر: هنگام شروع خواب

مشخص کنید اگر: همراه اختلال روانی، همراه یک بیماری طبی، همراه با یک اختلال خواب دیگر

G۴۷/۵۲ اختلال رفتاری خواب مرحله REM

G۲۵/۸۱ سندرم پاهای بی‌قرار

- / - اختلال خواب ناشی از دارو / مواد

نکته: برای کاربرد کدهای ICD-10-CM به دسته‌های گوناگون مواد و اختلال خواب اختصاصی ناشی از مواد یا دارو از

مبحث اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد مراجعه کنید. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه ملاک‌های

تشخیصی و روند مرتبط با هر اختلال در کتابچه راهنما مراجعه کنید.

نکته در کدگذاری: کد در ICD-10-CM بستگی به وجود یا نبود اختلال مصرف مواد هم‌ابتلا برای همان دسته از مواد

دارد. در هر موردی الزاماً یک تشخیص جداگانه اضافی از اختلال مصرف مواد گذاشته نمی‌شود.

مشخص کنید اگر: نوع بی‌خوابی، نوع خواب‌آلودگی روزانه، نوع ناهنجاری خواب، نوع مختلط

مشخص کنید / اگر: شروع در حین دورهٔ مسمومیت، شروع در دورهٔ محرومیت، شروع پس از مصرف دارو

G۴۷/۰۹	سایر اختلالات معین بی‌خوابی
G۴۷/۰۰	اختلال نامعین بی‌خوابی
G۴۷/۱۹	سایر اختلالات معین پرخوابی
G۴۷/۱۰	اختلال نامعین پرخوابی
G۴۷/۸	سایر اختلالات معین خواب - بیداری
G۴۷/۹	اختلال نامعین خواب - بیداری

کژکاری‌های جنسی (اختلالات عملکرد جنسی)

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

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

(ب) مشخص کنید / آیا: فراگیر، موقعیتی

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

F۵۲/۳۲ انزال تأخیری (الف، ب، ج)

F۵۲/۳۱ اختلال نعوظ (الف، ب، ج)

F۵۲/۳۱ اختلال ارگاسم زنان (الف، ب، ج)

مشخص کنید / اگر: تحت هیچ شرایطی ارگاسم را تجربه نکرده است.

F۵۲/۳۲ تمایل جنسی زنان / اختلال انگیزش جنسی (الف، ب، ج)

F۵۲/۶ درد لگنی - تناسلی / اختلال دخول (الف، ج)

F۵۲/۰ اختلال تمایل جنسی ضعیف مردان (الف، ب، ج)

F۵۲/۴ انزال زودرس (الف، ب، ج)

- / - کژکاری جنسی ناشی از دارو / مواد^ع

نکته: برای کاربرد کدهای ICD-10-CM به دسته‌های گوناگون مواد و اختلال عملکرد جنسی اختصاصی ناشی از مواد

یا دارو از مبحث اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد مراجعه کنید. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر به مجموعه

ملاک‌های تشخیصی و روند مرتبط با هر اختلال در کتابچهٔ راهنما مراجعه کنید.

نکته در کدگذاری: کد در ICD-10-CM بستگی به وجود یا نبود اختلال مصرف مواد هم‌ابتلا برای همان دسته از

مواد دارد. در هر موردی الزاماً یک تشخیص جداگانهٔ اضافی از اختلال مصرف مواد گذاشته نمی‌شود.

مشخص کنید / اگر: شروع در حین دورهٔ مسمومیت، شروع در دورهٔ محرومیت، شروع پس از مصرف دارو

F۵۲/۸ سایر کژکاری‌های معین جنسی

F۵۲/۹ کژکاری نامعین جنسی

نارضایتی جنسیتی

شاخص‌های زیر را در موارد مناسب برای نارضایتی جنسیتی به کار برید:

(الف) مشخص کنید اگر: با یک اختلال تفاوت در رشد جنسی
(ب) توجه: اگر علاوه بر نارضایتی جنسیتی، اختلال / تفاوت رشد جنسی نیز وجود دارد، آن را هم کدگذاری نمایید.

- / -	نارضایتی جنسیتی
F۶۴/۲	نارضایتی جنسیتی در کودکان ^{الف و ب}
F۶۴/۰	نارضایتی جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان ^{الف و ب}
	مشخص کنید اگر: بعد از تغییر جنسیت
F۶۴/۸	سایر نارضایتی‌های معین جنسیتی
F۶۴/۹	نارضایتی نامعین جنسیتی

اختلالات کنترل تکانه، رفتارهای ایدایی و سلوک

F۹۱/۳	اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه
	شدت اختلال فعلی را مشخص نمایید: خفیف، متوسط، شدید
F۶۳/۸۱	اختلال انفجاری متناوب
- / -	اختلال سلوک
	مشخص کنید اگر: با هیجانات اجتماعی محدود همراه است
	شدت فعلی بیماری را مشخص نمایید: خفیف، متوسط، شدید
	مشخص کنید آیا:
F۹۱/۱	با شروع دوران کودکی
F۹۱/۲	با شروع دوران نوجوانی
F۹۱/۹	شروع نامعین
F۶۰/۲	اختلال شخصیت ضداجتماعی
F۶۳/۱	جنون آتش‌افروزی
F۶۳/۲	جنون دزدی
F۹۱/۸	سایر اختلالات معین ایدایی، کنترل تکانه و سلوک
F۹۱/۹	اختلالات نامعین ایدایی، کنترل تکانه و سلوک

اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد

	اختلالات مرتبط با مواد
	اختلالات مرتبط با الکل
- / -	اختلال مصرف الکل
	مشخص کنید اگر: در یک محیط تحت کنترل است
	شدت / فروکش اختلال فعلی را مشخص کنید
F۱۰/۱۰	خفیف

- F۱۰/۱۱ در فروکش اولیه
- F۱۰/۱۱ در فروکش کامل
- F۱۰/۲۰ متوسط
- F۱۰/۲۱ در فروکش اولیه
- F۱۰/۲۱ در فروکش کامل
- F۱۰/۲۰ شدید
- F۱۰/۲۱ در فروکش اولیه
- F۱۰/۲۱ در فروکش کامل
- / - مسمومیت با الکل
- F۱۰/۱۲۰ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۲۰ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۲۰ بدون اختلال مصرف
- / - ترک (محرومیت) الکل
- بدون آشفتگی‌های ادراکی
- F۱۰/۱۳۰ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۳۰ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۳۰ بدون اختلال مصرف
- با آشفتگی‌های ادراکی
- F۱۰/۱۳۲ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۳۲ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۳۲ بدون اختلال مصرف
- /- اختلال‌های اضطرابی ناشی از الکل
- توجه:** اختلال‌ها بنا به ترتیب آمدنشان در کتابچه راهنما فهرست شده‌اند.
- مشخص کنید شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در حین دوره ترک
- مشخص کنید اگر: حاد، مداوم
- مشخص کنید اگر: پرتحرک، کم‌تحرک، سطوح گوناگونی از فعالیت
- /- اختلال روان‌پریشی ناشی از الکل^{الف}
- F۱۰/۱۵۹ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۵۹ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۵۹ بدون اختلال مصرف
- /- اختلال دوقطبی ناشی از الکل و اختلالات مرتبط
- F۱۰/۱۴ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۴ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۴ بدون اختلال مصرف

- /- اختلال افسردگی ناشی از الکل
- F۱۰/۱۴ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۴ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۴ بدون اختلال مصرف
- /- اختلال اضطرابی ناشی از الکل
- F۱۰/۱۸۰ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۸۰ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۸۰ بدون اختلال مصرف
- /- اختلال خواب ناشی از الکل^{الف}
- مشخص کنید /یا: از نوع بی‌خوابی است.
- F۱۰/۱۸۲ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۸۲ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۸۲ بدون اختلال مصرف
- /- کژکاری جنسی ناشی از الکل^{الف}
- مشخص کنید /اگر: خفیف، متوسط، شدید
- F۱۰/۱۸۱ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۸۱ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۸۱ بدون اختلال مصرف
- /- دلیریوم مسمومیت با الکل^{ب ح}
- F۱۰/۱۲۱ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۲۱ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۲۱ بدون اختلال مصرف
- /- دلیریوم ناشی از محرومیت از الکل
- F۱۰/۱۳۱ همراه اختلال مصرف خفیف
- F۱۰/۲۳۱ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۳۱ بدون اختلال مصرف
- /- اختلال عصبی‌شناختی عمده ناشی از الکل
- مشخص کنید /اگر: مداوم است
- /- نوع همراه با فراموشی - افسانه‌پردازی
- F۱۰/۲۶ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۶ بدون اختلال مصرف
- /- نوع بدون فراموشی - افسانه‌پردازی
- F۱۰/۲۷ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
- F۱۰/۹۷ بدون اختلال مصرف

- /- اختلال عصبی‌شناختی خفیف ناشی از الکل
 مشخص کنید اگر: مداوم است
 F۱۰/۱۸۸ همراه اختلال مصرف خفیف
 F۱۰/۲۸۸ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید
 F۱۰/۹۸۸ بدون اختلال مصرف
 F۱۰/۹۹ اختلال نامعین مرتبط با الکل

اختلالات مرتبط با کافئین

- F۱۵/۹۲۰ مسمومیت کافئین
 F۱۵/۹۳ ترک (محرومیت) کافئین
 -/- اختلالات روانی ناشی از کافئین
توجه: اختلالات به ترتیبی که در کتابچه راهنما ذکر شده‌اند، فهرست شده‌اند.
 مشخص کنید *با:* شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت شروع پس از مصرف دارو
توجه: مواد ذکر شده در این دسته، حتی اگر به صورت بدون نسخه (OTC) تهیه شده باشند، قادر به ایجاد اختلال روانی ناشی از ماده مربوطه هستند.
 F۱۵/۹۸۰ اختلال اضطرابی ناشی از کافئین
 F۱۵/۹۸۲ اختلال خواب ناشی از کافئین
 مشخص کنید *آیا:* از نوع بی‌خوابی، از نوع خواب‌آلودگی روزانه یا نوع مختلف است.
 F۱۵/۹۹ اختلال نامعین مرتبط با کافئین

اختلالات مرتبط با کانابیس

- /- اختلال مصرف کانابیس
 مشخص کنید اگر: در یک محیط تحت کنترل است.
 شدت/ فروکش اختلال فعلی را مشخص کنید.
 F۱۲/۱۰ خفیف
 F۱۲/۱۱ در فروکش اولیه
 F۱۲/۱۱ در فروکش کامل
 F۱۲/۲۰ متوسط
 F۱۲/۲۱ در فروکش اولیه
 F۱۲/۲۱ در فروکش کامل
 F۱۲/۲۰ شدید
 F۱۲/۲۱ در فروکش اولیه
 F۱۲/۲۱ در فروکش کامل
 -/- مسمومیت با کانابیس

بدون آشفتگی‌های ادراکی

F۱۲/۱۲۰ همراه اختلال مصرف خفیف

F۱۲/۲۲۰ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید

F۱۲/۹۲۰ بدون اختلال مصرف

همراه آشفتگی‌های ادراکی

F۱۲/۱۲۲ همراه اختلال مصرف خفیف

F۱۲/۲۲۲ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید

F۱۲/۹۲۲ بدون اختلال مصرف

-/- محرومیت کانابیس

F۱۲/۱۳۰ همراه اختلال مصرف خفیف

F۱۲/۲۳۰ همراه اختلال مصرف متوسط یا شدید

F۱۲/۹۳۰ بدون اختلال مصرف

-/- اختلالات روانی ناشی از کانابیس

توجه: اختلالات به ترتیبی که در کتابچه راهنما ذکر شده‌اند، فهرست شده‌اند.

^{الف} مشخص کنید با: شروع در حین دوره مسمومیت، شروع در دوره محرومیت، شروع پس از مصرف دارو

توجه: مواد ذکر شده در این دسته، حتی اگر به‌منزله دارو تجویز شوند، قادر به ایجاد اختلال روانی ناشی از ماده مربوطه هستند.

^ب مشخص کنید اگر: حاد، مداوم

^ج مشخص کنید اگر: پرتحرک، کم تحرک، سطوح گوناگون از فعالیت

-/- اختلال روان پریشی ناشی از کانابیس^(الف)

F۱۲/۱۵۹ همراه با اختلال مصرف خفیف

F۱۲/۲۵۹ همراه با اختلال مصرف متوسط یا شدید

F۱۲/۹۵۹ بدون اختلال مصرف

-/- اختلال اضطرابی ناشی از کانابیس^{الف}

F۱۲/۱۸۰ همراه با اختلال مصرف خفیف

F۱۲/۲۸۰ همراه با اختلال مصرف متوسط یا شدید

F۱۲/۹۸۰ بدون اختلال مصرف

-/- اختلال خواب ناشی از کانابیس^{الف}

مشخص کنید آیا: از نوع بی‌خوابی، از نوع خواب آلودگی روزانه یا نوع مختلط است.

F۱۲/۱۸۸ همراه با اختلال مصرف خفیف

F۱۲/۲۸۸ همراه با اختلال مصرف متوسط یا شدید

F۱۲/۹۸۸ بدون اختلال مصرف

-/- دلیریوم مسمومیت کانابیس^{ب، ج}

F۱۲/۱۲۱ همراه با اختلال مصرف خفیف

F۱۲/۲۲۱ همراه با اختلال مصرف متوسط یا شدید

F۱۲/۹۲۱ بدون اختلال مصرف

F۱۲/۹۲۱ دلیریوم ناشی از داروی آگونیست گیرندهٔ کانابیس^{ب، ج}

توجه: هنگام تجویز داروی آگونیست گیرندهٔ کانابیس، از عبارت «دریافت براساس تجویز» استفاده کنید. این عبارت

برای افتراق میان دلیریوم ناشی از دارو و دلیریوم ناشی از مسمومیت ماده استفاده می‌شود.

F۱۲/۹۹ اختلال نامعین مرتبط با کانابیس

اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا

-/- اختلال مصرف فن‌سیکلیدین

مشخص کنید اگر: در یک محیط تحت کنترل است.

شدت/ فروکش اختلال فعلی را مشخص کنید:

F۱۶/۱۰ خفیف

F۱۶/۱۱ در فروکش اولیه

F۱۶/۱۱ در فروکش کامل

F۱۶/۲۰ متوسط

F۱۶/۲۱ در فروکش اولیه

F۱۶/۲۱ در فروکش کامل

F۱۶/۲۰ شدید

F۱۶/۲۱ در فروکش اولیه

F۱۶/۲۱ در فروکش کامل

-/- سایر اختلالات مصرف مواد توهم‌زا

نوع دقیق مادهٔ توهم‌زا را مشخص کنید

مشخص کنید اگر: در یک محیط تحت کنترل است

شدت/ فروکش اختلال فعلی را مشخص کنید.

F۱۶/۱۰ خفیف

F۱۶/۱۱ در فروکش اولیه

F۱۶/۱۱ در فروکش کامل

F۱۶/۲۰ متوسط

F۱۶/۲۱ در فروکش اولیه

F۱۶/۲۱ در فروکش کامل

F۱۶/۲۰ شدید

F۱۶/۲۱ در فروکش اولیه

F۱۶/۲۱ در فروکش کامل

- / - مسمومیت با فن‌سیکلیدین