

جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

فصول مختارة في التشخيص النفسي

إعداد
د. أسيمة معن ظافر

العام الدراسي

1440-1441هـ

2019-2020 م

مدخل عام للتشخيص النفسي*

يشير مصطلح التشخيص النفسي إلى ذلك الجهد الذي يبذله السيكولوجي من أجل التوصل إلى تحديد ووصف للخصائص الثابتة والعامّة نسبياً لشخصية الفرد، وغالباً ما يكون الهدف الذي تنفذ عملية التشخيص النفسي لتحقيقه هي الموجه الهادي للسيكولوجي لانتقاء الخصائص الهامة والجوهرية التي يتضمنها تشخيصه، وذلك من بين الكم الهائل من البيانات والمعلومات المتعلقة بالفرد المعني والتي يجدها السيكولوجي في متناوله.

يرتبط مصطلح التشخيص النفسي ارتباطاً وثيقاً بمصطلح الشخصية، حتى أنه مشتق منه لغوياً. وفي هذا دلالة على أن التشخيص عملية تتعلق بشخصية الانسان، وتتضمن التعرف على هذه الشخصية واستكشاف خباياها وتحديد خصائصها ووصفها وصفاً دقيقاً واضحاً، وهذا يعني أن عملية التشخيص النفسي لا تقتصر على التعامل مع حالات المرض، وإنما هي أداة السيكولوجي للتعرف على الجوانب السوية أيضاً في شخصية الفرد، كما أنها تصلح للتعرف على طبيعة الفرد لأغراض أخرى خلافاً للعلاج، كالتأهيل أو التوجيه المهني على سبيل المثال.

وهكذا يمكن تعريف التشخيص النفسي على أنه تلك العملية التي يقوم بها السيكولوجي، يجمع في سياقها البيانات والمعلومات عن الفرد ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة متكاملة لشخصية هذا الفرد تتضمن وصفاً دقيقاً لقدراته وامكانياته، ومشكلاته واسبابها وذلك بهدف وضع تصور أو استراتيجية معينة لخطّة عمل ملائمة تنفذ مع هذا الفرد.

أهداف التشخيص النفسي:

يمكن أجمال أهداف عملية التشخيص النفسي في هدفين رئيسيين:

١ - هدف علمي معرفي.

٢ - هدف عملي تطبيقي.

وهناك ارتباط وثيق بين هذين الهدفين إلى الحد الذي يجعلهما هدفاً واحداً ذا وجهين، إلا أن الهدف المعرفي يعد بمثابة الخطوة الأولى الضرورية التي لا يمكن أن يتحقق الجانب العملي دون اكتمالها،

ومن ناحية أخرى فإن عملية التشخيص النفسي لا يمكن أن تعتبر تشخيصاً إذا اقتصر على الوصف والتفسير دون وضع تصور للتطبيقات العملية في ضوء المعلومات النظرية المتوفرة.

أولاً: الهدف المعرفي:

إن الحصول على كم غزير من المعلومات والبيانات لا يمكن أن يعتبر هدفاً لعملية التشخيص النفسي في حد ذاته، ولكن الذي يبحث عنه السيكولوجي الاكلينيكي هو المعنى والدلالة التي تنطوي عليها البيانات والمعلومات التي يجمعها عن العميل، إلا أن غزارة البيانات التي يجمعها السيكولوجي الاكلينيكي تكون مفيدة عندما يخضعها السيكولوجي الخبير لمعالجته التي يستنبط منها تشخيصه. والعملية التشخيصية تبدأ من الكثرة (كثرة البيانات والمعلومات) لا كهدف في حد ذاته، وإنما كنوع من الضمان لتغطية كافة جوانب الشخصية المطلوب تغطيتها. وينتهي الأمر باستنباط الدلالة والمعنى التي تنطوي عليها كثرة البيانات في أقل كم ممكن من التشخيصات التفسيرية.

فالتشخيص النفسي لا يهدف إلى تكديس التشخيصات الجزئية، بل هو فعل ختامي تتكامل فيه التشخيصات الجزئية في بناء هو الوحدة الكلية للعوامل الشارطة للسلوك.

ثانياً: الهدف العملي:

وهو ما يعني العمل على وضع استراتيجية عامة تتضمن خطاً جزئية قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة التي يتعامل معها السيكولوجي الاكلينيكي.

وقد يعتقد أن طرح الاستراتيجية العامة هو خطوة تالية على تقديم الملخص التشخيصي إلا أن التوصيات أو الأسلوب العلاجي المقترح وخطوات التنفيذ الفعلي يجب أن ينص عليها الملخص التشخيصي بوضوح إذا كان للعملية التشخيصية أن تكون عملية مفيدة ومثمرة.

وكما استطاع السيكولوجي الاكلينيكي تحقيق الهدف الأول بأكثر قدر من الدقة والثراء، كانت الخطة التي يرسمها أكثر قابلية للتنفيذ مع الحالة المعنية، وكانت فرص نجاحها وفعاليتها أكبر.

وتتضمن الخطة التي يضعها السيكولوجي الاكلينيكي اقتراح تغييرات تتراوح بين التعديلات البسيطة في بيئة العميل أو توجيه بعض النصائح لأفراد أسرته، أو التوصية بإلحاق العميل بأحد المؤسسات التي تقدم برامج مفيدة للحالة الخاصة به، أو حتى التوصية ببرنامج علاجي مكثف يقتضي العزل في دار علاج متخصصة.

وأي كانت طبيعة الخطة الموضوعية أو الخطوات المقترحة اتخاذها، فإن الهدف العملي من عملية التشخيص النفسي لا يتحقق إلا من خلال التطبيق الفعلي للخطة، والحكم بنجاحها ولو مرحلياً ورصد هذا النجاح من خلال ظهور تغيرات مواتية في شخصية العميل تعد بمثابة مؤشر دال على تقدم الحالة واستفادة العميل من البرامج التي توجه إليه.

مستويات التشخيص النفسي:

تنصب عملية التشخيص النفسي على ثلاثة عناصر رئيسية هي:

أ- **القدرات العامة والخاصة:** وهي تشمل الذكاء وقدرات الفرد الخاصة من قبيل القدرة المكانية والقدرة الحسابية والقدرة اللغوية... الخ. كما يجب على السيكولوجي الاكلينيكي أن يغطي جوانب تتعلق باهتمامات الفرد وميوله، إمكانياته، استعداداته، اتجاهاته النفسية... الخ.

ب- **الخصائص الشخصية:** أي كل ما يميز شخصية العميل، كل ما يكشف عن جوانب القوة أو الضعف فيها سواء من الناحية الجسمية أو النفسية. ومن هذه الخصائص على سبيل المثال: قدراته الجسمية وحالته الصحية وتاريخه الطبي، وأيضاً سماته الشخصية كالانطوائية أو الانبساطية، أو وجهة الضبط لديه.

ج- **الاضطرابات أو الأمراض النفسية:** ففي بعض الأحيان يكون الدافع الرئيسي للجوء العميل إلى السيكولوجي الاكلينيكي هو شكوى نفسية معينة تتراوح بين بعض الاضطرابات البسيطة والأمراض النفسية ذات الأعراض التي تعوق الفرد عن أن يحيا حياة طبيعية. وفي مثل هذه الحالات يكون من الضروري استكشاف الأسباب الحقيقية التي أدت إلى هور المشكلة النفسية، بالإضافة إلى التعرف على طبيعة الأعراض والصورة الخاصة التي يتبدى بها الاضطراب أو المشكلة لدى العميل.

وعملية التشخيص النفسي في ارتباطها بتغطية هذه العناصر الرئيسة تمر عبر مراحل تتسلسل في ترتيب منطقي:

١- مرحلة التقويم:

وهي تغطي جانب هام من جوانب شخصية العميل، بالإضافة إلى أنها تلك المرحلة التي تبنى فيها العلاقة بين السيكولوجي الاكلينيكي وبين العميل، وهي خطوة على جانب كبير من الأهمية لعملية التشخيص بأسرها. ففيها تتحدد إلى مدى بعيد الثقة التي يطرحها العميل على القائم بعملية التشخيص النفسي وفي عملية التشخيص نفسها، فالإيمان بقدرة السيكولوجي

على تقديم المساعدة والثقة به، والثقة في جدوى عملية التشخيص وما ينبني عليها من علاج يعد حجر الزاوية في فاعلية التشخيص والعلاج النفسي في إحداث الأثر المرغوب والمرجو منها.

والواقع أن الأخصائي السيكولوجي يحصل على بيانات ومعلومات من العميل، ويقدم أيضا قدرا من المعلومات الضرورية، فهو يطلع العميل على أهمية العملية التي يضطلع بأدائها، وعلى طبيعة الدور الذي يقوم به كليهما (العميل والسيكولوجي) في سياق هذه العملية، وذلك عملا على اكتساب ثقة العميل، بالإضافة إلى استثارة دافعيته لاعطاء معلومات صادقة وبذل الجهد لتحقيق أهداف عمليتي التشخيص والعلاج.

في هذه المرحلة يستكشف السيكولوجي الاكلينيكي القدرة العامة لدى العميل والقدرات الخاصة بالاعتماد على خبراته السابقة وعلى استخدام مجموعة من الاختبارات والمقاييس النفسية الملائمة: اختبارات الذكاء، اختبارات القدرات، قوائم الملاحظة، السجلات والبطاقات التراكمية. وعليه ان يسجل البيانات التي يحصل عليها أولاً بأول وبطريقة مقننة تيسر عليه التعامل مع هذه البيانات في الخطوات اللاحقة.

٢- مرحلة دراسة بناء الشخصية:

وهنا يتقدم السيكولوجي الاكلينيكي خطوة باتجاه جوانب أكثر عمقا في الشخصية، ويغطي بيانات على درجة أكبر من الصعوبة من حيث إمكانية الحصول عليها واكتشاف معناها ودلالاتها. فهو يبحث عن أكثر خصائص الشخصية جوهرية وأبعدها أثرا على الأداء النفسي والاجتماعي للعميل.

ولا يتضمن في هذه المرحلة الكشف عن خصائص ومميزات الشخصية وعن نقاط القوة والضعف فيها وحسب، وإنما يتعدى ذلك إلى تفسير الكيفية التي يوظف بها الانسان هذه الخصائص الموجودة بالقوة ليحولها إلى خصائص موجودة بالفعل. وهذا يقتضي من السيكولوجي الاكلينيكي العمل على إلقاء الضوء على العوامل التي تؤدي إلى تحسين أو إعاقه الأداء النفسي والاجتماعي لدى العميل. ويجب ايضا الكشف عن الظروف التي تزدهر في ظلها إمكانات العميل، والظروف التي تتعطل فيها إمكاناته او تتعاظم فيها اعراضه او مشكلاته المرضية.

ويعتمد السيكولوجي الاكلينيكي في هذه المرحلة على وسائل قياس وتقويم غير مباشرة من أهمها الاستبيانات ووسائل التقدير الذاتي، اختبارات الشخصية، الوسائل الاسقاطية، دراسة تاريخ الحالة.

٣- مرحلة معالجة البيانات وتحليلها واستنباط النتائج:

توفر في المرحلتين السابقتين قدر هائل من المعلومات في تناول السيكولوجي الاكلينيكي، إلا أنها تكون بمثابة المواد الخام التي لم تتضح دلالاتها بعد. فالمعلومات المتوفرة حتى الآن تحتاج إلى تنظيم وتنسيق يكشف الدلالة والمعنى وراء المسالك الجزئية الظاهرة، تحتاج إلى ذلك الفعل الختامي الذي يكشف العلاقة بين المقدمات والنتائج، بين العوامل والمتغيرات المستقلة والمحصلة النهائية: الصورة الاكلينيكية الكلية لشخصية العميل.

ولمعالجة البيانات والمعلومات الخام، يتبع السيكولوجي الاكلينيكي أسلوبين أساسيين هما:
أ- الأسلوب الكمي: يتضمن المعالجات الإحصائية، وتحديد مكانة العميل بالمقارنة بغيره من الأفراد، وتحديد الدرجة التي تحمل معنى المدى الذي وصلت إليه تطورات الحالة (تخلف عقلي بسيط، شديد... وهكذا)

ب- الأسلوب الكيفي: ويعرض للمحتوى الخام للبيانات من قبيل تفسير التعبيرات الجسمية والمفظة للعميل، تأويل الأحلام وزلات القام واللسان، تفسير استجابات العميل الخاصة باختبارات الاسقاطية (كقصص التات... وهكذا)

وبين الأسلوبين الكمي والكيفي يوجد أسلوب ثالث قد يكون متلحاً للسيكولوجي أحياناً ويعرف باسم أسلوب كيف الكم، أو كيف في الكم. ويعني البحث عن الدلالات الكيفية للأرقام، من قبيل الدلالات الاكلينيكية للنتائج الكمية لاختبار رسم المنزل والشجرة والشخص واختبار وكسلر للذكاء.

ومع اكتشاف العلاقة القائمة بين النتيجة والسبب، يصبح لدى السيكولوجي الاكلينيكي القدرة على وضع التصور الملائم للاستراتيجية العلاجية المناسبة. وذلك من خلال استثمار الظروف التي من شأنها ان تحقق للعميل أفضل أداء على مختلف الأصعدة وتفاذي العوامل المعوقة لهذا الأداء وعلاج آثار الظروف الضارة ذات التأثير المرضي على شخصية العميل.

استخدام الكتيب*

محددات الشدة والسير

يطبق تشخيص الـ DSM-5 على التظاهر الراهن للفرد ولا يستخدم بصورة نموذجية للإشارة إلى التشخيصات القديمة التي تعافى منها الفرد . يمكن إدراج المحددات التالية التي تشير إلى الشدة والسير بعد التشخيص: خفيف ومتوسط وشديد وفي هدأة جزئية وفي هدأة تامة والسوابق المرضية.

ينبغي استخدام محددات، خفيف ومتوسط وشديد فقط عندما تتحقق راهناً المعايير الكاملة للاضطراب وعند تقريرها إذا كان ينبغي وصف التظاهر باعتباره خفيفاً أو متوسطاً أو شديداً، يجب على الطبيب أن يضع في الحسبان عدد وشدة أعراض وعلامات الاضطراب وأي اختلال ينجم عن ذلك في الأداء المهني أو الاجتماعي . يمكن استخدام الإرشادات التالية بالنسبة لغالبية الاضطرابات:

- **خفيف:** عدم وجود أعراض أو وجود القليل منها زيادة على ما هو مطلوب لوضع التشخيص، ولا ينشأ عن الأعراض أكثر من اختلال طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني.
- **متوسط:** وجود أعراض أو اختلال وظيفي يقع بين الشديد والخفيف.
- **شديد:** وجود الكثير من الأعراض التي تزيد عما هو مطلوب لوضع التشخيص، أو وجود بضعة أعراض شديدة على نحو خاص، كما ينجم عن الأعراض اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني.
- **في هدأة جزئية:** تحققت المعايير التامة للاضطراب سابقاً، لكن ما تبقى حالياً هو بعض أعراض وعلامات الاضطراب فقط.
- **في هدأة تامة:** لم يعد هناك أية أعراض أو علامات للاضطراب ولكن يبقى مناسباً تدوين الاضطراب - على سبيل المثال، عند فرد لديه نوبات سابقة من الاضطراب ثنائي القطب ظل حالياً من الأعراض لمدة 3 سنوات وهو يعالج بالليثيوم . بعد فترة من الهدأة التامة، يمكن للطبيب أن يقدر أن المريض تعافى، وبالتالي لا يعود بعدها ليرمز الاضطراب كتشخيص راهن

• هذا الفصل من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5

يتطلب التفريق بين الهدأة التامة والشفاء اعتبار عوامل كثيرة، بما في ذلك السير المميز للاضطراب وطول الزمن بعد آخر فترة من الاضطراب، والمدة الكلية للاضطراب والحاجة إلى تقييم مستمر ومعالجة وقائية.

السوابق المرضية (القصة السابقة):

من أجل أعراض محددة، قد يكون مفيداً تدوين قصة المعايير التي تحققت لاضطراب ما، حتى لو اعتبر الشخص شافياً منه. مثل هذه التشخيصات الماضية سيشار إليها باستخدام المحدّد سوابق مرضية (مثال، اضطراب قلق الانفصال، قصة سابقة لفرد لديه قصة اضطراب قلق الانفصال لم يعد لديه اضطراب حالياً أو تتحقق لديه حالياً معايير اضطراب الهلع). أعدت معايير نوعية لتحديد خفيف ومتوسط وشديد بالنسبة لما يلي: التخلف العقلي واضطراب المسلك والنوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية الجسيمة. وأعدت معايير نوعية لتحديد الهدأة الجزئية والهدأة التامة بالنسبة لما يلي: النوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية الجسيمة والاعتماد على المواد.

المعاودة (الرجعة):

ليس نادراً في الممارسة السريرية، بعد فترة من الزمن لا تعود تتحقق فيه المعايير الكاملة للاضطراب (أي، في حالة هدأة جزئية أو تامة أو حالة شفاء)، أن يتظاهر لدى بعض الأشخاص أعراض تقترح عودة الاضطراب الأصلي ولكنها لا تحقق رغم ذلك العتبة الكاملة لذلك الاضطراب كما يحدد في مجموعة معيارية. إن الطريقة الفضلى للإشارة إلى وجود هذه الأعراض هي المحاكمة السريرية. الخيارات المتاحة هي التالية:

* إذا اعتُبرت الأعراض نوبة جديدة لحالة معاودة، يمكن تشخيص المرض على أنه حالي (أو مؤقت) حتى قبل أن تتحقق المعايير الكاملة (مثال، بعد تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة لمدة 10 أيام فقط عوضاً عن الـ 14 يوماً المطلوبة عادة).

* إذا اعتُبرت الأعراض مهمة سريرياً، ولكن ليس واضحاً ما إذا كانت تشكل معاودة للاضطراب الأصلي، فمن الممكن أن تكون الفئة غير محدد في مكان آخر مناسبة لذلك.

* إذا لم تُعتبر الأعراض مهمة سريرياً، فلا ضرورة لوضع تشخيص حالي أو مؤقت إضافي، بل يمكن تدوين «سوابق مرضية».

التشخيص الرئيسي /دافع الزيارة (الاستشارة):

إذا ما أعطي لشخص ما داخل المستشفى أكثر من تشخيص، فإن التشخيص الأساسي، وبعد الدراسة، هو الحالة التي تكون مسؤولة أساساً عن قبول الشخص في المستشفى. وعندما يعطى شخص ما خارج المستشفى أكثر من تشخيص، فإن دافع الزيارة هو الحالة التي تكون مسؤولة أساساً عن خدمات الرعاية الطبية المتغيرة التي يتلقاها أثناء الزيارة. في معظم الحالات، يكون التشخيص الأساسي أو سبب الزيارة هو أيضاً المحور الأساسي للانتباه السريري أو المعالجة. من الصعب غالباً (وأحياناً من الاعتباري) تقرير ما هو التشخيص الأساسي أو دافع تشخيص متعلق بمادة مثل الاعتماد على الأمفيتامين مترافق « (التشخيص الثاني » الزيارة، خاصة في حالات مع تشخيص غير متعلق بمادة مثل الفصام. فعلى سبيل المثال قد لا يكون واضحاً أي من التشخيصين ينبغي لشخص أدخل إلى المستشفى ولديه فصام وانسمام بالأمفيتامين، لأن كل حالة يمكن لها أن « أساسي أ » اعتباره تساهم بصورة متساوية بالحاجة إلى القبول في المستشفى والمعالجة.

يمكن ذكر تشخيصات متعددة في نظام متعدد المحاور أو في نظام بدون محاور. عندما يكون التشخيص الأساسي هو اضطراب على المحور I ، يُستدل عليه بإدراجه أولاً. أما بقية الاضطرابات فتُدرج بالترتيب بحسب أهميتها السريرية والعلاجية. عندما يحوز شخص ما تشخيصاً على المحورين I و II ، سيقترض أن التشخيص الأساسي أو دافع الزيارة على المحور I ما لم يُتبع التشخيص على المحور II تشخيص «)» بالعبرة الوصفية «)» دافع الزيارة «)» أو «)» أساسي.

التشخيص المؤقت:

يمكن استخدام المحدّد مؤقت عندما يكون هناك افتراض قوي بأنه في نهاية الأمر ستستوفي المعايير الكاملة لاضطراب ما، بيد أنه لا تتوفر معلومات كافية لوضع تشخيص جازم. يمكن للطبيب أن يشير إلى الشبهة في بعد التشخيص. على سبيل المثال، يمكن أن يبدي مريض ما تظاهرات «)» مؤقت «)» التشخيص بتسجيل كلمة اضطراب اكتئابي جسيم، لكنه عاجز عن تقديم قصة وافية تؤكد تحقق المعايير الكاملة. ثمة استخدام آخر لتعبير مؤقت وذلك للحالات التي يعتمد فيها التشخيص التفريقي حصراً على مدة المرض.

فعلى سبيل المثال، يتطلب تشخيص الاضطراب الفصامي الشكل مدة تقل عن الستة أشهر. وهو لهذا لا يمكن تسجيله إلا بصورة مؤقتة طالما لم تحدث الهدأة.

استخدام فئات غير محددة في مكان آخر:

بسبب تنوع التظاهرات السريرية، هناك استحالة في أن تغطي الاصطلاحات التشخيصية كل الحالات المحتملة. لهذا السبب فإن لكل صنف تشخيصي فئة غير محددة في مكان آخر على الأقل، كما أن لبعض الأصناف عدة فئات غير محددة في مكان آخر. ثمة أربع حالات قد يكون فيها تشخيص غير محدد في مكان آخر مناسباً:

* يتوافق التظاهر مع الخطوط العامة لاضطراب عقلي في الصنف التشخيصي، لكن الصورة العرضية لا تحقق معايير أي من الاضطرابات النوعية. وقد يحدث ذلك عندما تكون الأعراض أدنى من العتبة التشخيصية لواحد من الاضطرابات النوعية أو عندما يكون هناك تظاهر لانموذجي أو مختلط.

* يتوافق التظاهر مع نموذج عرضي ما غير مشمول في تصنيف الـ DSM-5، لكنه يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً. وقد ضُمّنت المعايير التشخيصية لبعض هذه النماذج العرضية في الملحق B (تقديم) في الـ «مجموعات معايير ومحاور من أجل دراسة لاحقة DSM-5». هناك عدم تثبت من الآلية السببية (أي، إن كان الاضطراب ناجماً عن حالة طبية عامة أو محدث بمادة أو أنه اضطراب بدني).

* عدم وجود إمكانية للحصول على معلومات كاملة (مثال، في الحالات الإسعافية) أو الحصول على معلومات غير متسقة أو متناقضة، لكن مع وجود معلومات كافية لوضعها ضمن صنف تشخيصي محدد (مثال، يقرر الطبيب أن لدى المريض أعراضاً ذهانية ولكن ليس بحوزته معلومات كافية لتشخيص اضطراب ذهاني نوعي).

النظام متعدد المحاور:

المحور I : الاضطرابات السريرية

حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام السريري

المحور II : اضطرابات الشخصية

التخلف العقلي

المحور III : حالات طبية عامة

المحور IV : مشكلات نفسية اجتماعية ومشكلات بينية

المحور V : تقييم شامل للأداء الوظيفي

التقييم متعدد المحاور

Multiaxial Assessment

يشمل النظام متعدد المحاور تقييماً على محاور عدة، يحيل كل منها إلى مجال مختلف من المعلومات التي قد تُعين الخطة العلاجية للطبيب وتتכן المال ثمة خمسة محاور مدرجة في تصنيف الـ DSM-5 متعدد المحاور:

المحور I : الاضطرابات السريرية

حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام السريري

المحور II : اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي

المحور III : حالات طبية عامة

المحور IV : مشكلات نفسية اجتماعية ومشكلات بيئية

المحور V : تقييم شامل للأداء الوظيفي

يسهل استخدام النظام المتعدد المحاور التقييم الشامل والمنهجي مع الانتباه للاضطرابات العقلية المختلفة والحالات الطبية العامة والمشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات البيئية، ومستوى الأداء الوظيفي، التي يمكن أن تُعقل إذا كان التركيز على مشكلة ماثلة وحيدة. يمنح النظام المتعدد المحاور بُعداً (صيغة) ملائماً لتنظيم وتوصيل المعلومات السريرية، وللإسكاف بتعقيد الحالات السريرية ولوصف التباين في التظاهرات بين الأفراد الذين يقعون تحت التشخيص ذاته. فضلاً عن ذلك، يعزز النظام متعدد المحاور تطبيق النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model) في المواقع السريرية والتعليمية والبحثية.

يقدم ما تبقى من هذا الفصل وصفاً لكل من محاور الـ DSM-5 قد يفضل بعض الأطباء، في بعض المواقع أو المعاهد عدم استخدام النظام المتعدد المحاور، ولهذا السبب قُدمت إرشادات لصياغة نتائج تقييم الـ DSM-5 دون تطبيق النظام المتعدد المحاور الرسمي، في نهاية هذا الفصل.

المحور I : الاضطرابات السريرية

الحالات الطبية الأخرى التي قد تكون مركزاً للاهتمام السريري

يُعنى المحور I بوصف جميع الاضطرابات أو الحالات المختلفة في التصنيف باستثناء

اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي (المدرجة على المحور II) كما تُدرج على المحور I

حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام السريري.

عندما يكون لدى الشخص أكثر من اضطراب على المحور I ، ينبغي ذكرها جميعاً. إذا وجد أكثر

من اضطراب على المحور I ، ينبغي إدراج التشخيص الأساسي أو سبب الزيارة (داعي

(الاستشارة .) عندما يكون لدى شخص ما اضطراب على المحور I واضطراب على المحور II سيُحسب التشخيص الأساسي أو سبب الزيارة على المحور I ما لم يعقب تشخيص المحور II إذا لم («سبب الزيارة») أو («التشخيص الأساسي») العبارة المحددة يوجد اضطراب على المحور I ، ينبغي ترميز ذلك بـ V71.09 إذا أُجّل تشخيص ما على المحور I ، بانتظار تجميع معلومات إضافية، ينبغي ترميز ذلك بـ 799.9 .

المحور : II اضطرابات الشخصية

التخلف العقلي

يُعنى المحور II بوصف اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي . كما يمكن استخدامه لتدوين المظاهر البارزة للشخصية سينة التكيف والآليات الدفاعية . يضمن إدراج اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي على محور مستقل أخذ إمكانية وجودها بالحسبان، الوجود الذي يمكن أن يُعقل عند توجيه الانتباه إلى اضطرابات المحور I الأكثر زخرفة في العادة . إن ترميز اضطرابات الشخصية على المحور II ينبغي ألا يعني ضمناً أن إمرض أو طيف العلاج المناسب مختلف جذرياً عما للاضطرابات المرزمة على المحور I .

عندما يكون لدى شخص ما أكثر من تشخيص على المحور II ، وهي الحالة الشائعة، ينبغي تدوينها جميعاً .

وعندما يكون لدى شخص ما تشخيص على كل من المحور I والمحور II ، وحيث أن التشخيص على المحور II أو («التشخيص الأساسي») هو الأساسي أو سبب الزيارة، فإنه ينبغي الإشارة إلى ذلك بإضافة العبارة الوصفية بعد التشخيص على المحور («سبب الزيارة . II») إذا لم يوجد اضطراب على المحور II ، ينبغي ترميز ذلك بـ V71.09 إذا كان تشخيص ما على المحور II مؤجلاً، بانتظار تجميع معلومات إضافية، ينبغي ترميز ذلك بـ 799.9 .

يمكن استخدام المحور II أيضاً للإشارة إلى المظاهر البارزة للشخصية سينة التكيف والتي لا تحقق عتبة اضطراب شخصية محددة، (في حالات كهذه، ينبغي عدم استخدام رقم ترميزي .) يمكن أيضاً الإشارة إلى الاستخدام الاعتيادي لآليات الدفاع سينة التكيف على المحور II .

المحور : III الحالات الطبية العامة

يُعنى هذا المحور بوصف الحالات الطبية العامة الحالية التي يُحتمل أن تكون على صلة بفهم أو تدبير في ال «الاضطرابات العقلية» الاضطراب العقلي لدى الشخص . وهذه الحالات مصنفة خارج فصل (ICD-10-CM وكذلك خارج الفصل V من ال (ICD-10) لمزيد من القوائم المفصلة التي تشتمل الرواميز النوعية لل ICD-10-CM، راجع الملحق (G) .

لا يعني التمييز المتعدد المحاور بين اضطرابات المحور I والمحور II والمحور III أن هناك فروقاً جوهريّة في تصورها المفهومي، أو أن لا صلة لها بالعوامل أو الحدوثات الجسدية أو البيولوجية، أو أن الحالات الطبية العامة لا صلة لها بالعوامل أو الحدوثات السلوكية أو النفسية الاجتماعية. إن الغرض من تمييز الحالات الطبية العامة هو تشجيع الدقة والإحكام في التقييم وتعزيز التواصل بين المعنيين في الرعاية الصحية.

يمكن أن تكون الحالات الطبية العامة ذات صلة بالاضطرابات العقلية بطرق متنوعة. في بعض الحالات يكون جلياً أن الحالة الطبية العامة مُسببة بشكل مباشر لتطور أو تفاقم الأعراض العقلية وأن آلية هذا التأثير آلية فيزيولوجية.

وعند اعتبار أن اضطراباً عقلياً هو عاقبة فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة، ينبغي تشخيص اضطراب عقلي ناجم عن حالة طبية عامة على المحور I ويجب تسجيل الحالة الطبية العامة على كل من المحورين I و II. فعلى سبيل المثال، عندما يكون قصور الدرقية سبباً مباشراً للأعراض الاكتئابية، يكون التشخيص على المحور I هو 293.83

اضطراب مزاج ناجم عن قصور الدرقية، مع مظاهر اكتئابية، ويُدرج قصور الدرقية ثانياً ويرمز على المحور III بـ 244.9 .

وفي الحالات التي تكون فيها العلاقة السببية بين الحالة الطبية العامة والأعراض العقلية غير واضحة بما يكفي لتستأهل تشخيصاً على المحور I كاضطراب عقلي ناجم عن حالة طبية عامة، ينبغي إدراج اضطراب عقلي مناسب (مثلاً اضطراب اكتئابي حسي) وترميزه على المحور I ؛ وينبغي ترميز الحالة الطبية العامة فقط على المحور III .

ثمة حالات أخرى تُسجل فيها الحالات الطبية العامة على المحور III لأهميتها من أجل فهم شامل أو علاج الشخص المصاب باضطراب عقلي. قد يكون اضطراب ما على المحور I ارتكاساً نفسياً لحالة طبية عامة على المحور (II مثلاً، تطور 309.0 اضطراب تأقلم مع مزاج اكتئابي كارتكاس لتشخيص سرطان الثدي). قد لا تكون بعض الحالات الطبية العامة على صلة مباشرة بالاضطراب العقلي ولكن رغم ذلك لها تضمينات إنذارية أو علاجية مهمة (مثلاً، عندما يكون التشخيص على المحور I هو 296.30 اضطراب اكتئابي حسي، معاود، وعلى المحور III 427.9 اضطراب نظم، فإن اختيار المعالجة الدوائية يتأثر بالحالة الطبية العامة؛ أو حالة إدخال شخص ما لديه الداء السكري إلى المستشفى بسبب تفاقم القصور، حيث يجب مراقبة التدبير بالإنسولين.

عندما يكون لدى شخص ما أكثر من تشخيص ذي صلة سريري أ بالمحور III ، ينبغي تسجيلها جميعاً. إذا لم يوجد اضطراب على المحور III المحور : « ، ينبغي الإشارة إلى ذلك بالطريقة

التالية III إذا كان : « لا شيء التشخيص على المحور III مؤجلاً، بانتظار تجميع معلومات إضافية، ينبغي الإشارة إلى ذلك بالطريقة التالية: المحور : « III » مؤجل .

المحور : IV المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية

يسمح المحور IV بفهم المشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات البيئية التي قد تؤثر على تشخيص وعلاج وإنذار الاضطرابات العقلية (المحورين I و II) قد تكون المشكلة النفسية الاجتماعية أو البيئية عبارة عن حدث حياتي سلبي أو صعوبة بيئية أو قصور، أو شدة عائلية أو بين شخصية أو عدم كفاية الدعم الاجتماعي أو الموارد الشخصية، أو مشكلة أخرى متصلة بسياق حدثت فيه صعوبات الشخص. أما ما تدعى بالشدات الإيجابية، كالترقية في العمل، فينبغي إدراجها فقط إذا ساهمت أو قادت إلى مشكلة ما، مثلاً هو الحال عند شخص لديه صعوبة في التأقلم مع الوضع الجديد. فضلاً عن أنها تلعب دوراً في إطلاق أو مفاضة اضطراب عقلي، فإن المشكلات النفسية الاجتماعية قد تتطور أيضاً كنتيجة لأمراض نفسية لدى الشخص أو قد تكون مشكلات، ينبغي اعتبارها في الخطة الشاملة للتدبير.

عندما يكون لدى شخص ما مشكلات نفسية اجتماعية أو بيئية عديدة، ينبغي على الطبيب أن يسجل كل ما يقدر أنه ذو صلة يجب على الطبيب، بصورة عامة، أن يسجل فقط تلك المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية التي كانت موجودة خلال السنة التي سبقت التقييم الراهن. بيد أنه يمكن للطبيب أن يختار تسجيل المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية السابقة للسنة الأخيرة إذا كانت هذه المشكلات تساهم بجلاء بالاضطراب العقلي أو أصبحت بؤرة المعالجة على سبيل المثال، تجارب قتالية سابقة أدت إلى اضطراب الكرب ما بعد الرضخ.

في الممارسة العملية، سيشار إلى معظم المشكلات النفسية الاجتماعية على المحور IV ولكن، عندما تكون مشكلة نفسية اجتماعية أو بيئية، البؤرة الرئيسية للاهتمام السريري، ينبغي تسجيلها أيضاً على المحور I، مع ترميز «حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام السريري» مستمد من فصل لدواعٍ عملية، وضعت أنماط المشكلات المختلفة في الفئات التالية:

***المشكلات في مجموعة الدعم الرئيسية** مثل موت أحد أفراد العائلة؛ مشكلات صحية في العائلة؛ تمزق العائلة بالانفصال؛ الطلاق أو الوحشة؛ الانتقال من البيت؛ الزواج الثاني للوالد؛ الإساءة الجنسية أو الجسدية؛ فرط الحماية الأبوية؛ إهمال الطفل؛ الانضباط غير الكافي؛ النزاع مع الأشقاء؛ ولادة شقيق.

***المشكلات المتصلة بالمحيط الاجتماعي** مثل موت أو فقد صديق؛ دعم اجتماعي غير كاف؛ العيش المنفرد؛ صعوبة التطبع الثقافي؛ التمييز؛ التأقلم مع التحول في دورة الحياة (مثل التقاعد).

*المشكلات التعليمية مثل، الأمية؛ المشكلات الأكاديمية، النزاع مع المعلمين أو زملاء المدرسة؛ البيئة المدرسية غير الملائمة.

*المشكلات المهنية مثل، البطالة؛ التهديد بفقدان الوظيفة؛ جدول العمل الضاغط؛ ظروف العمل الصعبة؛ الاستياء من الوظيفة؛ تغيير العمل؛ النزاع مع المدير أو زملاء العمل.

*مشكلات السكن مثل، التشرّد؛ السكن غير الملائم؛ الجوار غير الآمن؛ النزاع مع الجيران أو مع المالك.

*المشكلات الاقتصادية مثل، الفقر المدقع؛ أموال غير كافية؛ الدعم المعيشي القاصر.

*مشكلات الحصول على خدمات الرعاية الصحية مثل، خدمات الرعاية الصحية غير الكافية؛ عدم توفر نظام النقل إلى تسهيلات الرعاية الصحية؛ الضمان الصحي غير الكافي.

*المشكلات المتصلة بالعلاقة مع النظام القضائي/الجريمة مثل، التوقيف؛ الحبس؛ المقاضاة؛ ضحية جريمة.

*مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية أخرى مثل التعرض للكوارث أو الحرب أو الاعتداءات الأخرى؛ النزاع مع حُماة (راعين) من غير الأسرة مثل المرشد أو العامل الاجتماعي أو الطبيب؛ عدم توفر مكاتب الخدمة الاجتماعية.

المحور V : التقييم الشامل للأداء الوظيفي

يسمح المحور V للطبيب أن يحكم على المستوى الشامل للأداء الوظيفي عند الشخص. وهذه المعلومات مفيدة في التخطيط للمعالجة وقياس أثرها، وكذلك في توقع النتيجة.

يمكن التقييم بتسجيل الأداء الوظيفي الشامل على المحور V باستخدام التقييم الشامل لسلم الأداء الوظيفي . * (GAF) قد يكون سلم (GAF) مفيداً بوجه خاص في تتبع أثر الترقى السريري

للأشخاص بصورة شمولية، وذلك باستخدام قياس وحيد. ينبغي تدرّج (تقويم) سلم (GAF) حسب الأداء الوظيفي النفسي والاجتماعي لا تضمّن الاختلال في الأداء الوظيفي الناجم عن

تحديدات تقييمات جسدية « ، والمهني. حيث تحدد التعليمات («أو بيئية يُقسم سلم GAF إلى

10مجالات للأداء الوظيفي. ويشمل إجراء تدرّج GAF انتقاء قيمة وحيدة تعكس على نحو

أفضل مستوى الأداء الوظيفي الشامل للشخص. ويمتلك وصف كل مجال من مجالات النقاط

العشرة في سلم GAF جزئين: يغطي الجزء الأول شدة العرض، أما الثاني فيغطي الأداء

الوظيفي. يعتبر سلم GAF ضمن سلسلة عشرية خاصة إذا وقعت إما شدة العرض أو مستوى

الأداء الوظيفي ضمن المجال. فعلى سبيل المثال يصف الجزء الأول من المجال 50 - 41

الأعراض الخطيرة (مثال، التفكير الانتحاري، الطقوس الوسواسية) ويتضمن الجزء الثاني أي

31 - 40 بعض الاختلال في اختبار الواقع أو التواصل (مثال، الكلام أحياناً غير منطقي أو غامض أو غير ملائم) أو اختلال كبير في عدة مجالات مثل العمل أو المدرسة أو العلاقات العائلية أو المحاكمة أو التفكير أو المزاج (مثال ذلك، رجل مكتئب يتحاشى الأصدقاء ويهمل العائلة وعاجز عن العمل؛ وطفل كثيراً ما يضرب من هم أصغر منه عمراً، مُعاصٍ في البيت، ويفشل في المدرسة).

21 - 30 السلوك يتأثر كثيراً بالأوهام أو الأهلالات أو اختلال خطير في التواصل أو المحاكمة (مثلاً، متفكك أحياناً، يتصرف بشكل غير مناسب بوضوح، انشغال انتحاري) أو عجز الأداء الوظيفي في كافة المجالات تقريباً (مثلاً، يبقى في السرير طوال اليوم، لا عمل أو لا بيت، أو لا أصدقاء).

11 - 20 وجود خطورة معينة لإلحاق الأذى بالذات أو بالآخرين (مثال، محاولات انتحارية دون توقع واضح للموت، عنف متكرر، إثارة هوسية) أو يخفق أحياناً في الحفاظ على حد أدنى من النظافة الشخصية (مثل، التلطيخ بالبراز) أو اختلال فاضح في التواصل (مفكك بصورة كبيرة أو صامت).

1 - 10 خطورة دائمة لإلحاق أذى شديد بالذات أو بالآخرين (مثال، عنف متعاود) أو عجز دائم في الحفاظ على الحد الأدنى من النظافة الشخصية أو عمل انتحاري جدي مع توقع واضح للموت.

0 معلومات غير كافية.

البُعد (الصيغة) غير المحوري Nonaxial Format

يمكن للأطباء الذين لا يرغبون في استخدام البعد المتعدد المحاور ببساطة أن يدرجوا التشخيصات المناسبة. وهؤلاء الذين يختارون هذه الطريقة ينبغي أن يتبعوا القاعدة العامة في تسجيل مجموع الاضطرابات التي تتواجد معاً من اضطرابات عقلية وحالات طبية عامة وعوامل أخرى طالما أن لها صلة بالعناية بالشخص وعلاجه. وينبغي أن يدرج التشخيص الرئيسي أو سبب الزيارة أولاً.

طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

1- الاضطراب التوهمي

Delusional Disorder (F22)

A وجود واحد (أو أكثر) من الأوهام لمدة شهر أو أكثر - .

B لم يُستوف المعيار A - من معايير الفصام ملاحظة: إذا تواجدت الهلاوس فهي ليست ذات شأن بارز وذات صلة بالموضوع التوهمي (مثلًا، الإحساس بغزو من الحشرات مرتبط بأوهام العدوى).

C إذا ما استبعدنا تأثير الأوهام أو تظاهراتها، لا يخل الأداء الوظيفي بصورة واضحة، كما أن السلوك لا يكون غريباً أو شاذاً بجملة.

D إذا حدثت النوبات المزاجية بالتزامن مع الأوهام، فإن مدتها الكلية وجيزة بالقياس لمدة الفترات التوهمية - .

E لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية لمادة ما أو حالة طبية أخرى، ولا يُفسر بشكل أفضل - باضطراب عقلي آخر مثل اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب الوسواس القهري. حدد ما إذا كان (الأنماط التالية حددت بناء على سيطرة الموضوع التوهمي):

النمط العشقي: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو وجود شخص آخر في حالة حب مع الفرد.

نمط العظمة: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بوجود بعض المواهب العظيمة (ولكن غير المعترف عليها) أو الأفكار العظيمة أو القيام ببعض الاكتشافات الهامة.

نمط الغيرة: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأن زوج أو حبيب الشخص غير مخلص.

النمط الاضطهادي: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأنه أو أنها ضحية لمؤامرة، للفس، للتجسس، للمراقبة، للتسميم أو للتخدير، مقترى عليه بخبث، يتعرض للتحرش، أو يواجه العرقلة في السعي لتحقيق أهداف طويلة الأجل.

النمط الجسدي: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم يتضمن اضطراباً في وظائف الأعضاء أو الأحاسيس.

النمط المختلط: يطبق هذا النمط عند عدم سيطرة أي موضوع واحد للأوهام.

النمط غير المحدد: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع التوهمي المسيطر غير قابل للتحديد أو غير مذكور في الأنماط المحددة (مثلًا أوهام الإشارة دون محتوى اضطهادي أو من العظمة).

حدد ما إذا كان:

مع محتوى غريب: تعتبر الأوهام غريبة إذا كانت غير قابلة للتصديق بشكل واضح، وليست مفهومة، وليست مستمدة من تجارب الحياة العادية (الاعتقاد بأن قوة خارجية قد أزالته الأحشاء الداخلية له أو لها واستبدلتها بأجهزة لشخص آخر دون ترك أي جروح أو ندبات).

حدد ما إذا كان:

محددات سير الاضطراب التالية يتم استخدامها فقط بعد سنة واحدة:
النوبة الأولى، حالياً في النوبة الحادة: المظاهر الأولى للاضطراب تفي بالأعراض المشخصة والمعيار الزمني.

النوبة الحادة هي الفترة الزمنية التي يتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية.
النوبة الأولى، حالياً في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها على التحسن ويتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئياً.
النوبة الأولى، حالياً في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للاضطراب.

نوب متعددة، حالياً في النوبة الحادة

نوب متعددة، حالياً في هدأة جزئية

نوب متعددة، حالياً في هدأة كاملة

المستمر: الأعراض المستوفية لمعايير التشخيص للاضطراب موجودة خلال معظم مسار المرض، مع فترات من الأعراض دون العتبة التشخيصية تكون وجيزة جداً بالنسبة لمسار المرض الكلي.

2- الاضطراب الذهاني الوجداني

Brief Psychotic Disorder (F23)

A وجود واحد أو أكثر من الأعراض التالية أحدها على الأقل يجب أن يكون (1 - (2) (3) أو (4):

(1) أوهام.

(2) هلاوس.

(3) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

(4) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكل صارخ.

ملاحظة: لا تُدرج عرضاً إذا كان هذا العرض يمثل نمط استجابة جائز ثقافياً (حضارياً).

B) مدة نوبة الاضطراب هي يوم على الأقل، ولكن أقل من شهر مع عودة كاملة في النهاية إلى مستوى الأداء - الوظيفي ما قبل المرض.

C) لا يُفسر المرض بشكل أفضل باضطراب اكتئابي أو باضطراب وجداني مع مظاهر ذهانية، أو بفصام أو كاتاتونيا، وليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدد فيما إذا كان:

مع عامل شدة واضح (ذهان تفاعلي وجيز): إذا حدثت الأعراض كاستجابة لأحداث، منفردة أو مجتمعة، لها تأثير واضح الشدة على أي كان تقريباً في نفس الظروف ومن نفس ثقافة الفرد.

دون عامل شدة واضح: إذا لم تحدث الأعراض كاستجابة لأحداث، منفردة أو مجتمعة، لها تأثير واضح الشدة على أي كان تقريباً في نفس الظروف ومن نفس ثقافة الفرد.

مع بدء بعد الولادة: إذا كانت النوبة خلال الحمل أو ضمن الأسابيع الأربعة التالية للولادة.

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

ملاحظة للترميز: استعمل رمزاً إضافياً (F06.1) (للكاتاتونيا المرافقة للاضطراب الذهاني الوجداني للإشارة إلى تواجد الكاتاتونيا.

حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدةها الحالية (الأشد في آخر 7 أيام) على مقياس مكون من 5 نقاط تتراوح من 0 غير موجودة (إلى 4 حاضر وشديد راجع تقييم الطبيب لشدة الأعراض الذهانية في قسم " إجراءات التقييم).

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الاضطراب الذهاني الوجداني دون استخدام محدد الشدة هذا.

3- الاضطراب الفصامي الشكل

Schizophreniform Disorder (F20.81)

A) تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون (1) ، (2) أو (3)

(1) أوهام.

(2) هلاوس.

- (3) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).
- (4) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكل صارخ.
- (5) أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)
- B تستمر نوبة الاضطراب شهراً على الأقل ولكن أقل من 6 - أشهر). عند ضرورة وضع التشخيص دون «(بالمؤقت)» انتظار الشفاء.
- C الفصام الوجداني والاضطراب الاكتابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها وذلك بسبب :-

1) لم تحدث نوب للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكل متزامن خلال الطور النشط للأعراض-
أو

2) إذا حدثت نوب مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من-
الفترة الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.

3) لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدد فيما إذا كان:

مع مظاهر إنذارية جيدة: يطبق هذا المحدد عند وجود اثنين (أو أكثر) من المظاهر التالية: بدء الأعراض الذهانية البارزة يحدث خلال الأسابيع الأربعة من التغير الأول الملاحظ في السلوك أو الأداء الوظيفي المعتاد، التخليط أو الحيرة أو التشوش، الأداء الوظيفي المهني والاجتماعي الجيد قبل المرض وغياب الوجدان المتبدل أو المسطح.

دون مظاهر إنذارية جيدة: يطبق هذا المحدد عند عدم وجود اثنين (أو أكثر) من المظاهر أعلاه.

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

ملاحظة للترميز: استعمل رمزاً إضافياً (F06.1) للكاتاتونيا المرافقة للاضطراب الفصامي الشكل للإشارة إلى تواجد الكاتاتونيا.

حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدها الحالية (الأشد في آخر 7 أيام) على مقياس مكون من 5 نقاط تتراوح من 0 غير

موجودة (إلى 4 حاضر وشديد) . راجع تقييم الطبيب لشدة الأعراض الذهانية في قسم "إجراءات التقييم".

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الاضطراب الفصامي الشكل دون استخدام محدد الشدة هذا.

4-الفصام

Schizophrenia (F20.9) معايير التشخيص

A تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو- أقل إذا عولجت بنجاح) (أو أحدها على الأقل يجب أن يكون) (1) ، (2) أو (3)

1 (أوهام.

2 (هلاوس.

3 (كلام غير منظم) مثل الانحراف المتكرر أو التفكير.

4 (سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكل صارخ.

5 (أعراض سلبية) أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

B خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي- الأساسية كالعامل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة) أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).

C تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهراً من- الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعيار A أي أعراض الطور النشط) وقد تتضمن فترات- من الأعراض البادية أو المتبقية. قد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات البادية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تكون موجودة بشكل مخفّف) مثال، اعتقادات مستغربة، تجارب إدراكية غير مألوفة).

D الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها وذلك بسبب- :

1 (لم تحدث نوب للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكل متزامن خلال الطور النشط للأعراض- أو

2 (إذا حدثت نوب مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من الفترة الكافية للطور النشط والمتبقي من المرض.

بالإضافة إلى الأعراض الفيزيولوجية للمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي، فالتشخيص الإضافي- للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهلاوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهر واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح).

حدد ما إذا كان:

يمكن تطبيق هذه المحددات فقط بعد فترة سنة من الاضطراب وفي حال عدم تناقضها مع معايير سير المرض التشخيصية.

النوبة الأولى، حالياً في النوبة الحادة: المظاهر الأولى للاضطراب تفي بمعايير التشخيص من ناحية الأعراض والزمن. النوبة الحادة هي الفترة الزمنية التي تتحقق خلالها معايير التشخيص. النوبة الأولى، حالياً في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها على التحسن ويتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئياً.

النوبة الأولى، حالياً في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للاضطراب.

نوب متعددة، حالياً في النوبة الحادة: يتم تحديد النوب المتعددة بعد نوبتين على الأقل (أي بعد النوبة الأولى هدوء للأعراض ونكس واحد)

نوب متعددة، حالياً في هدأة جزئية

نوب متعددة، حالياً في هدأة كاملة

المستمر: الأعراض المستوفية لمعايير التشخيص للاضطراب موجودة خلال معظم مسار المرض، مع فترات من الأعراض دون العتبة التشخيصية تكون وجيزة جداً بالنسبة لمسار المرض الكلي.

غير محدد

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا) راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

ملاحظة للترميز: استعمل رمزاً إضافياً (F06.1) للكاتاتونيا المرافقة للفصام وذلك للإشارة إلى

تواجد الكاتاتونيا.

حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. يُقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدةها الحالية (الأشد في آخر 7 أيام) على مقياس مكون من 5 نقاط تتراوح من (0 غير موجودة) إلى (4 حاضر وشديد). (راجع تقييم الطبيب لشدة الأعراض الذهانية في قسم "إجراءات التقييم").

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الفصام دون استخدام محدد الشدة هذا.

5- اضطراب الفصام الوجداني

Schizoaffective Disorder معايير التشخيص

A فترة غير منقطعة من المرض يوجد خلالها نوبة مزاجية رئيسية (إما نوبة اكتئابية جسيمة أو نوبة هوسية) تحدث في نفس الوقت مع الأعراض المستوفية للمعيار A للفصام.

ملاحظة: يجب أن تتضمن النوبة الاكتئابية الجسيمة المعيار A1 المزاج المنخفض.

B أوهام أو هلاوس لمدة أسبوعين على الأقل بغياب النوب المزاجية الأساسية (اكتئابية أو هوسية) وجدت أثناء فترة حياته من المرض.

C تتواجد الأعراض التي تلبي معايير النوبة المزاجية خلال جزء كبير من المدة الكلية للفترة الفعالة والمتبقية من المرض.

D لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدد فيما إذا كان:

النمط ثنائي القطب: F25.0 (إذا تضمن الاضطراب نوبة هوسية، وقد تحصل نوب اكتئاب جسيمة أيضاً).

النمط الاكتئابي: F25.1 (إذا تضمن الاضطراب نوبات اكتئابية جسيمة فقط).

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

ملاحظة للترميز: استعمل رمزاً إضافياً (F06.1) للكاتاتونيا المرافقة للفصام الوجداني وذلك للإشارة إلى تواجد الكاتاتونيا.

حدد ما إذا كان:

يمكن تطبيق هذه المحددات فقط بعد فترة سنة من الاضطراب وفي حال عدم تناقضها مع معايير سير المرض التشخيصية.

النوبة الأولى، حالياً في النوبة الحادة: المظاهر الأولى للاضطراب تفي بمعايير التشخيص من ناحية الأعراض والزمن. النوبة الحادة هي الفترة الزمنية التي تتحقق خلالها معايير التشخيص. النوبة الأولى، حالياً في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها على التحسن ويتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئياً.

النوبة الأولى، حالياً في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للاضطراب.

نوب متعددة، حالياً في النوبة الحادة: يتم تحديد النوب المتعددة بعد توبتين على الأقل (أي بعد النوبة الأولى هدوء للأعراض ونكس واحد) نوب متعددة، حالياً في هدأة جزئية نوب متعددة، حالياً في هدأة كاملة

المستمر: الأعراض المستوفية لمعايير التشخيص للاضطراب موجودة خلال معظم مسار المرض، مع وقوع فترات وجيزة جداً من الأعراض دون العتبة التشخيصية بالنسبة لمسار المرض الكلي.

غير محدد

حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدةها الحالية (الأشد في آخر 7 أيام) على مقياس مكون من 5 نقاط تتراوح من (0) غير موجودة (إلى) (4) حاضر وشديد. (راجع تقييم الطبيب لشدة الأعراض الذهانية في قسم "إجراءات التقييم")

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص اضطراب الفصام الوجداني دون استخدام محدد الشدة هذا.

6- الاضطراب الذهاني المحدث بالمواد

Substance-Induced Psychotic Disorder معايير التشخيص

A وجود أحد الأعراض التالية أو كليهما:

(1) الأوهام.

(2) الهلاوس.

B هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلاً من (1) و (2):

تطورت الأعراض في المعيار A ... خلال أو حالاً عقب الانسحاب من مادة أو السحب من مادة أو بعد التعرض لعقار ما.

2) المادة/الدواء المتهمة قادرة على إعطاء الأعراض في المعيار A .

C لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب ذهاني غير ناتج عن مادة/دواء . مثل هذه الأدلة على وجود اضطراب ذهاني مستقل يمكن أن تتضمن ما يلي:

الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثل، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسحاب الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود اضطراب ذهاني مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثل، قصة نوبات معودة غير ذات صلة بالمواد).

D لا يحدث الاضطراب حصراً خلال مسار حالة هذيان .

E يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

ملاحظة: يجب وضع هذا التشخيص عوضاً عن تشخيص الانسحاب بالمواد أو السحب من المواد فقط حين تسيطر الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية، وكذلك حين تكون الأعراض شديدة بما يكفي لتستوجب انتباهاً سريرياً.

اضطرابات القلق

١- اضطراب قلق الانفصال

Separation Anxiety Disorder (F93.0)

A قلق أو خوف مفرط وغير مناسب تطورياً يتعلق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم، كما يتجلى بثلاثة (أو أكثر) مما يلي:

1) انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة.

2) خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان، أو بحدوث أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة كالمرض، الإصابة، كارثة، أو الموت.

3) خوف مستمر ومفرط من أن حادثاً مشؤوماً (مثل الضياع، التعرض للخطف، حصول حادث، المرض) سيسبب الانفصال عن شخص يتعلق به بشدة.

4) ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة أو العمل أو الأماكن الأخرى بسبب الخوف من الانفصال.

5) الخوف المستمر المفرط أو الممانعة لأن يكون وحيداً أو دون وجود أشخاص يتعلق بهم بشدة في المنزل أو الأماكن الأخرى.

6) ممانعة مستمرة أو رفض النوم بعيداً عن البيت أو النوم دون أن يكون على مقربة من شخص يتعلق به بشدة.

7) كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال.

8) شكاوى متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو الإقياء) حين يحدث الانفصال أو حين يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلق به.

B) الخوف، القلق، التجنب، تستمر لمدة 4 أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين، وبشكل نموذجي ستة أشهر أو أكثر عند البالغين.

C) يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

D) لا يُفسر الاختلال بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كرفض مغادرة البيت بسبب المقاومة المفرطة للتغيير في اضطراب طيف التوحد، أو أوهام وهلاوس متعلقة بالانفصال في الاضطرابات الذهانية، أو رفض الخروج دون رغبة موثوقة في رهاب السباح، مخاوف حول اعتلال الصحة وغيرها من الأحداث المؤدية للآخرين في اضطراب القلق العام، أو مخاوف حول الإصابة بمرض في اضطراب قلق المرض.

٢- الصناعات الانتقالي

Selective Mutism (F94.0) معايير التشخيص

A) عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم الكلام في مواقف أخرى.

B) يتداخل الاضطراب مع الإنجازات التعليمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي.

C) مدة الاضطراب هي شهر على الأقل (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة).

D) لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي.

E) لا يُفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصل (مثل اضطراب الطلاقة ذو البدء الطفلي) ولا يحدث حصراً في سياق اضطراب طيف التوحد أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر.

3- الرهاب النوعي

Specific Phobia معايير التشخيص

A) خوف ملحوظ أو قلق حول شيء أو موقف محدد (مثلاً، الطيران، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية الدم).

ملاحظة: عند الأطفال، الخوف أو القلق قد يعبر عنه بالبكاء، نوب الغضب، والتجمد، أو التثبيث.
B يحرص دائماً التعرض للشيء أو الموقف الرهابي خوفاً أو قلقاً مباشراً .

C يجري تجنب فعال للشيء أو الموقف الرهابي أو بخلاف ذلك قد يجري تحمله مع قلق أو خوف شديد .

D الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي . والسياق الثقافي والاجتماعي .

E يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لسنة أشهر أو أكثر .

F يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

G لا يُفسر الاختلال بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر متضمناً الخوف، القلق، التجنب لمواقف مترافقة مع أعراض شبيهة بالهلع أو الأعراض المقعدة الأخرى (كما في رهاب الساح)، أشياء أو مواقف متعلقة بالوساوس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، ما يذكر بالحوادث الصادمة (كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة)، الانفصال عن المنزل أو عن شخص متعلق به (كما اضطراب قلق الانفصال)، أو المواقف الاجتماعية (كما في اضطراب القلق الاجتماعي).

حدد إذا كان:

يعتمد الرمز على المحفز الرهابي:

الحيوان (مثل العناكب والحشرات والكلاب).

البيئة الطبيعية (مثلاً، المرتفعات، والعواصف، والمياه).

الدم، الحقن، الإصابة (مثلاً، الإبر، والإجراءات الطبية الغازية).

4- اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي)

Social Anxiety Disorder (Social Phobia) (F40.10)

A خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين. الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أن يكون مراقباً (مثلاً، الأكل أو الشرب) أو الأداء أمام الآخرين (كإلقاء كلمة مثلاً).

ملاحظة: يجب أن يحدث القلق عند الأطفال في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقاته مع البالغين.

B يخاف الفرد أنه أو أنها سوف يتصرف بطريقة محرجة أو سوف تظهر أعراض القلق [والتي سيتم تقييمها سلباً] أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين.

C يشير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريباً .
ملاحظة: قد يُعبر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو سوررات الغضب أو التجمد أو الانكماش والانسحاب أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية.

D يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد .
E الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثلته الشيء أو الموقف للرهابي . والسباق الثقافي والاجتماعي .

فـ يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لمدة أشهر أو أكثر .
G يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
H الخوف، القلق، التجنب لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى.

الخوف، القلق، التجنب لا تُفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب طيف التوحد.

I إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلاً، داء باركنسون، والسمنة، والتشوه من الحروق أو الإصابة) فمن الواضح أن الخوف، والقلق، أو التجنب لا علاقة له بالمرض أو يكون مفرطاً.
حدد ما إذا كان:

مع الأداء فقط: إذا اقتصر الخوف على الكلام أو الأداء علناً.

5- اضطراب الهلع

Panic Disorder (F41.0)

A نوبات هلع متكررة غير متوقعة . هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

ملاحظة: يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق.

1 (خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.

2) تعرق.

3) ارتعاش أو ارتجاف.

- 4) أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.
 - 5) شعور بالغصص.
 - 6) ألم أو انزعاج صدري.
 - 7) غثيان أو تلبك في البطن.
 - 8) الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.
 - 9) قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.
 - 10) مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتنميل أو بالخز).
 - 11) (تبدد الواقع) إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية) أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته.
 - 12) (خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
 - 13) (خوف من الموت.
- ملاحظة: قد تشاهد أعراض ثقافية محددة) مثلاً، طنين، آلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجية عن السيطرة). لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة.
- B) واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر) أو أكثر) لأحد أو لكلاً ما يلي: :
 [قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها) مثلاً، فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، "يصبح مجنوناً".]
- 2) تخير كبير لموء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع) مثلاً، السلوكيات تهدف إلى تجنب حصول نوبات الهلع، مثل تجنب الحالات غير المألوفة).
- C) لا يُعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة) مثلاً، إساءة استخدام عقار، دواء) أو حالة طبية أخرى) مثلاً، فرط نشاط الدرق، واضطرابات قلبية رئوية).
- D) لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر،) مثلاً هجمات الهلع لا تحدث فقط كاستجابة للمواقف الاجتماعية المرهوبة، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، وليس كاستجابة للأشياء أو الحالات المرهوبة المحددة، كما في الرهاب النوعي، وليس استجابة للوساوس، كما في الوسواس القهري، وليس كاستجابة لما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس كاستجابة للانفصال عن شخص متعلق به، كما اضطراب قلق الانفصال).
- محدد نوبة الهلع

ملاحظة: يتم شرح الأعراض لغرض التعريف بهجمة الهلع، ولكن هجمة الهلع ليست اضطراباً عقلياً ولا يمكن ترميزها. هجمات الهلع يمكن أن تحدث في سياق أي من اضطرابات القلق وكذلك الاضطرابات العقلية الأخرى (مثلاً، اضطرابات الاكتئاب، واضطراب الكرب ما بعد الصدمة،

الإجهاد، واضطرابات استعمال المواد) وبعض الحالات الطبيعية (مثلاً، القلبية والتنفسية والدُهليزية والهضمية). عندما يتم التعرف على وجود هجمة الهلع، فيشار إليها على أنها محدد (مثلاً، "اضطراب الكرب ما بعد الصدمة مع نوبات الهلع"). "بالنسبة لاضطراب الهلع، فوجود هجمات الهلع محتوي داخل معايير الاضطراب وهجمات الهلع لا تستخدم كمحدد.

هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

ملاحظة: يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق.

- 1) خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.
- 2) تعرّف.
- 3) ارتعاش أو ارتجاف.
- 4) إحساسات يقصر النفس أو الاختناق.
- 5) شعور بالغصص.
- 6) ألم أو انزعاج صدري.
- 7) غثيان أو تلبك في البطن.
- 8) الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس، أو الاغماء.
- 9) قشعريرة أو إحساسات بالحرارة.
- 10) مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتنميل أو بالوخز).
- 11) تبديد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبديد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته).

- 12) خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
 - 13) خوف من الموت.
- ملاحظة: قد تشاهد أعراض ثقافية محددة (كالطنين، مثلاً، وآلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة). لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة.

6-رهاب السناح

Agoraphobia (F40.00)

A خوف ملحوظ أو قلق حول اثنين (أو أكثر) من الحالات الخمس التالية:

- 1 استخدام وسائل النقل العامة (مثلاً، السيارات والحافلات والقطارات والسفن والطائرات).
- 2 التواجد في مساحات مفتوحة (مثلاً، مواقف السيارات والأسواق والجسور).

3 التواجد في الأماكن المغلقة (مثل المحلات التجارية والمسارح ودور السينما .)

4 الوقوف في طابور والتواجد في حشد من الناس .

5 التواجد خارج المنزل لوحده .

B يخاف الفرد أو يتجنب هذه الحالات بسبب الأفكار حول صعوبة الهرب، أو أن المساعدة قد لا تكون متاحة في حالة ظهور أعراض تشبه أعراض الهلع، أو غيرها من الأعراض المعقدة أو المخرجة (مثلًا، الخوف من الوقوع عند كبار السن، والخوف من السلس).

C حالات السباح الرهابية تثير دائماً تقريباً الخوف أو القلق .

D يتم تجنب حالات السباح الرهابية بشكل فعال، وتتطلب وجود الرقعة، أو تُحتمل مع خوف شديد أو قلق .

E الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثلته الشيء أو الموقف الرهابي، وللسياق الثقافي والاجتماعي .

F يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لسنة أشهر أو أكثر .

G بسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

I إذا تواجدت حالة طبية أخرى (داء الأمعاء الالتهابي، داء باركنسون) فالخوف، القلق، التجنب يكون مفرط الوضوح.

I الخوف، القلق، التجنب لا تفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، فمثلاً ، لا تقتصر الأعراض على رهاب نوعي للنمط الظرفي، لا تنطوي فقط على المواقف الاجتماعية فقط (كما هو الحال في اضطراب القلق الاجتماعي)، ولا ترتبط حصراً بالوساوس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، ولا تُعنى فقط بالعيوب المتصورة أو بالتشوهات في المظهر الجسدي (كما هو الحال في اضطراب تشوه شكل الجسم)، أو بما يذكر بالأحداث المؤلمة (كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة)، أو الخوف من الانفصال (كما هو الحال في اضطراب القلق الانفصالي).

ملاحظة: يتم تشخيص رهاب السباح بصرف النظر عن وجود اضطراب الهلع. إذا كانت حالة الفرد تستوفي معايير اضطراب الهلع ورهاب السباح، فينبغي وضع كلا التشخيصين.

7- اضطراب القلق المعمم

Generalized Anxiety Disorder (F41.1)

A قلق زائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة).

B يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال .
C يصاحب القلق والانشغال ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية) مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر (الأخيرة).
ملاحظة: يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

- 1 (تململ أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.
 - 2 (سهولة التعب.
 - 3 (صعوبة التركيز أو فراغ العقل.
 - 4 (استثارة.
 - 5 (توتر عضلي.
 - 6 (اضطراب النوم) صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتلملم واللامرضي).
- D يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية إحباطاً هاماً سريرياً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.
- E لا يُعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلاً، فرط نشاط الدرق).
- F لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى، كما في الوسواس القهري، وما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخص متعلق به، كما اضطراب قلق الانفصال، اكتساب الوزن كما في القمه العصبي، الشكاوى الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير، في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الأوهام في الفصام أو الاضطراب التوهمي.

اضطرابات التغذية والأكل

1- شهوة الطين

Pica

- A الأكل المستمر لمواد غير غذائية وغير طعامية لفترة شهر على الأقل .
B أكل المواد غير الغذائية وغير الطعامية غير مناسب للمرحلة التطورية للفرد .
C السلوك الطعامي ليس جزءاً من ممارسة مدعومة ثقافياً أو مناسبة اجتماعياً .

D) إذا حدث سلوك الأكل أثناء سير اضطراب عقلي آخر (مثل، الإعاقة الذهنية) اضطراب الإعاقة الذهنية [، اضطراب طيف التوحد، فصام]، فإنه يكون من الشدة بما يكفي ليستحق انتباهاً سريريًا مستقلاً.

ملاحظة للترميز: رموز ICD-10-CM للبيكا هي (F98.3) (عند الأطفال و) F50.8 (عند البالغين).

تحديد ما إذا كان:

في هدأة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لبيكا سابقاً، لم تستمر هذه السعابير لفترة مطولة من الزمن.

2- اضطراب الاجترار

Rumination Disorder (F98.21)

A) قلس أو ارتجاع متكرر للطعام لفترة شهر على الأقل، حيث الطعام المرتجع قد يعاد مضغه وابتلاعه أو بصقه خارجاً.

B) لا يُعزى الارتجاع المتكرر لاضطراب معدي معوي أو حالة طبية عامة أخرى مرافقة (مثل الارتجاع المريئي، تضيق البواب).

C) لا يحدث اضطراب الأكل حصراً أثناء سير فقد الشهية العصبي أو النهم العصبي، اضطراب الشرابة للطعام، اضطراب استهلاك الطعام التجنبي/المقيد.

D) إذا حدثت الأعراض حصراً في سياق اضطراب عقلي آخر (مثل، الإعاقة الذهنية) اضطراب الإعاقة الذهنية [، أو اضطراب نمو عصبي آخر] فإن هذه الأعراض تكون من الشدة بمكان لكي تستحق انتباهاً سريريًا مستقلاً.

تحديد ما إذا كان:

في هدأة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الاجترار سابقاً، لم تستمر هذه المعابير لفترة مطولة من الزمن.

3- اضطراب تناول الطعام التجنبي/المقيد

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (F50.8)

A) اضطراب الأكل أو التغذية (مثلاً، على ما يبدو عدم الاهتمام في الأكل أو الطعام، التجنب استناداً على الخواص الحسية للطعام، المخاوف حول عواقب تجنب الأكل) كما يتضح من الفشل المستمر لتلبية الاحتياجات المناسبة من الغذاء و/أو الطاقة المترافق مع واحد (أو أكثر) مما يلي:
1) فقدان وزن كبير (أو الفشل في كسب الوزن أو تحقيق النمو المتوقع عند الأطفال).
2) نقصان هام في التغذية.

3) اعتماد على التغذية المعوية أو المكملات الغذائية عن طريق الفم.

4. يتداخل ملحوظ مع الأداء النفسي والاجتماعي .

B لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال نقص المواد الغذائية المتوفرة أو بممارسة عقابية ثقافية مرافقة .

C لا يحدث اضطراب الأكل حصراً أثناء سبب فقد الشهية العصبي أو النهم العصبي، ولا يوجد دليل على اضطراب في الطريقة التي ينظر فيها الشخص لوزنه أو شكله.

D لا يُعزى الاضطراب إلى حالة طبية متزامنة أو لا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر .
عندما يحدث اضطراب الأكل في سياق حالة أخرى أو اضطراب آخر، فشدة اضطراب الأكل تتجاوز تلك المرافقة بشكل روتيني للحالة أو الاضطراب ويستجلب انتباهاً سريرياً إضافياً.
تحديد ما إذا كان:

في هذه: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب تناول الطعام التجنبي/المقيد سابقاً، لم تستمر هذه المعايير لفترة مطولة من الزمن.

4- فقدان الشهية العصبي (القمه العصبي)

Anorexia Nervosa معايير التشخيص

A قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس والمسار التطوري، والصحة البدنية. انخفاض ملحوظ في الوزن يعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع.

B خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدنٍ بشكل كبير.

C اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله، أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.
ملاحظة للترميز: إن رمز ICD-10-CM يعتمد على النوع الفرعي (انظر أدناه).

تحديد ما إذا كان:

نمط مقيد: خلال الثلاثة أشهر الماضية، لم يخطئ الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام الملينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية).
يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي أنجز فيها فقد الوزن أساساً عبر الحمية، الصيام، و/أو التمارين المفرطة.

نمط النهم/الإسهال: خلال الثلاثة أشهر الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام الملينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية).

تحديد ما إذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فالمعيار (A) وزن الجسم المنخفض) لم يتحقق لفترة مطولة، ولكن إما المعيار (B) خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن) أو معيار (C) اضطرابات في الإدراك الذاتي للوزن والشكل) لا يزالان متحققان.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فإن أيّاً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة للكبار، على مؤشر كتلة الجسم الحالية (BMI) (انظر أدناه)، أو بالنسبة للأطفال والمراهقين، على مؤشر كتلة الجسم بالنسبة المتوية. النطاقات أدناه مستمدة من فئات منظمة الصحة العالمية للتحافة عند البالغين، عند الأطفال والمراهقين، فمؤشر كتلة الجسم المتوية المقابل يجب أن يستخدم. ويمكن زيادة مستوى الشدة لتعكس الأعراض السريرية، ودرجة العجز الوظيفي، والحاجة إلى الإشراف.

خفيف $BMI > 17 \text{ kg/m}^2$:

متوسط $BMI 16-16.99 \text{ kg/m}^2$:

شديد $BMI 15-15.99 \text{ kg/m}^2$:

متطرف $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$:

5-النهيم العصبي

Bulimia Nervosa (F50.2)

A نوبات معاودة من الشراهة عند الأكل، وتتصف نوبة الشراهة عند الأكل بكل مما يلي:-

1) أكل مقدار من الطعام أكبر بشكلٍ مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف، وذلك في فترة منفصلة من الوقت (مثال، خلال أي فترة ساعتين).

2) إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال، الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

B سلوكيات تعويضية غير مناسبة متكررة لمنع كسب الوزن، مثل إفتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة.

C يحدث كل من الشره عند الأكل والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر.

D) ينأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم .

E) لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات فقد الشهية العصبي .

تحديد ما إذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً، فبعض المعايير وليس جميعها لا يزال موجوداً لفترة مطولة من الوقت.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة للنهم العصبي سابقاً، فإن أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر السلوكيات التعويضية غير المناسبة (انظر أدناه) . ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي.

خفيف: بمعدل 3 - 1 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الاسبوع.

متوسط: بمعدل 7 - 4 نوب من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الاسبوع.

شديد: بمعدل 13 - 8 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الاسبوع.

المتطرف: بمعدل 14 نوبة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الاسبوع.

6-اضطراب الشراهة للطعام

Binge-Eating Disorder (F50.8)

A) نوبات معاودة من الشراهة عند الأكل، وتتصف نوبة الشراهة عند الأكل بكل مما يلي:-

1) (أكل مقدار من الطعام أكبر بشكلٍ مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف، وذلك في فترة منفصلة من الوقت) (مثال، خلال أي فترة ساعتين).

2) (إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة) (مثال، الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

B) تترافق نوبات الأكل بشراهة مع ثلاثة (أو أكثر) مما يلي:

1) الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد .

2) تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء .

3) تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائياً .

4) تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة .

5) الشعور بالاشمئزاز من الذات، والاكتئاب، أو بالذنب الشديد بعد ذلك .

C) تواجد إحباط ملحوظ تجاه الأكل بشراهة .

D) تحدث الشراهة عند الأكل، كمعدل وسطي، مرة أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر.

٤٤ لا يترافق الشره عند الأكل مع سلوكيات تعويضية غير مناسبة من النهم العصبي أو فقد الشهية العصبي .

تحديد ما إذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الشره للطعام سابقاً، فبعض المعايير وليس جميعها لا يزال موجوداً لفترة مطولة من الوقت.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الشره للطعام سابقاً، فإن أيّاً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر نوب الأكل بشره (انظر أدناه) ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي.

خفيف: بمعدل 3 - 1 نوبة من نوب الشره للطعام في الأسبوع.

متوسط: بمعدل 7 - 4 نوبة من نوب الشره للطعام في الأسبوع.

شديد: بمعدل 13 - 8 نوبة من نوب الشره للطعام في الأسبوع.

المتطرف: بمعدل 14 نوبة أو أكثر من نوب الشره للطعام في الأسبوع.

اضطرابات الشخصية (Personality Disorder)

١- اضطراب الشخصية العام

General Personality Disorder معايير التشخيص

A نمط دائم من الخبرة الداخلية والسلوك والذي ينحرف بشكل ملحوظ عما هو متوقع من ثقافة الفرد. ويتجلى هذا النمط في اثنين (أو أكثر) من المجالات التالية:

1 الإدراك (أي سبل إدراك وتفسير الذات، والآخرين، والأحداث).

2 الوجدانية (أي نطاق، وشدة، وتغير، ومدى ملائمة الاستجابة العاطفية).

3 الأداء في العلاقات الشخصية.

4 السيطرة على الاندفاعات.

B هذا النمط الدائم غير مرن وممتد عبر مجموعة واسعة من العلاقات الشخصية والمواقف الاجتماعية.

C هذا النمط الدائم يؤدي إلى إحباط أو ضعف هام سريرياً في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة.

D يكون النمط ثابتاً ومستمرّاً لمدة طويلة، ويمكن تتبع البداية إلى مرحلة المراهقة أو إلى بدايات سن الرشد على الأقل.

E لا يُفسر هذا النمط الدائم بشكلٍ أفضل باعتباره مظهراً أو نتيجة لاضطراب عقلي آخر .

F لا يُعزى هذا النمط الدائم إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة، دواء) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، صدمات الرأس).

2- المجموعة A من اضطرابات الشخصية

1. اضطراب الشخصية الزوراني

Paranoid Personality Disorder (F60.0)

A ارتياب وشك شامل في الآخرين بحيث تُفسر دوافعهم على أساس من سوء النية، يبتدى هذا الارتياب منذ البلوغ الباكر و يبتدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التالي:

- 1) (تُبهات، دون أساس كاف، في أن الآخرين يستغلونه أو يلحقون به الأذى أو يخدعونه.
- 2) (منشغل بشكوك لا مسوغ لها حول وفاء وانتماية الأصدقاء والزملاء.
- 3) (يتردد بالوثوق في الآخرين بسبب الخوف غير المسوغ من أن المعلومات ستستخدم بشكلٍ خبيث ضده.
- 4) (يستنبط من الملاحظات أو الأحداث البرينة إهانات وتهديدات خفية.
- 5) (يحمل الضمائم بصورة متواصلة) أي لا يصفح عن الإهانات أو الأذيات أو الاحتقارات.
- 6) (يستشعر هجمات على شخصه أو سمعته لا تكون ظاهرة للآخرين وهو سريع الاستجابة بالغضب أو القيام بهجوم مضاد.

7) (لديه شكوك متكررة، دون مسوغ، في إخلاص الزوج أو الشريك الجنسي.

B لا يحدث حصراً أثناء سير الفصام، أو الاضطراب ثنائي القطب أو الاضطراب الاكتئابي مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، ولا يُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لحالة طبية أخرى.

اضطراب الشخصية الزوراني (ما : « ملاحظة : إذا تحققت المعايير قبل بدء الفصام، أضف) قبل المرض).

2. اضطراب الشخصية الفصامانية

Schizoid Personality Disorder (F60.1)

A نمط شامل من العزلة عن العلاقات الاجتماعية وتضييق مدى التعبير الانفعالي في المواقف الشخصية، والذي يبتدى منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) مما يلي:

- 1) لا يرغب ولا يستمتع بالعلاقات الوثيقة، بما في ذلك كونه فرداً في عائلة.
- 2) غالباً ما يختار أنشطة فردية.
- 3) يبدي رغبة قليلة أو معدومة في خوض تجارب جنسية مع شخص آخر.
- 4) يستمتع بنشاطات قليلة أو لا يستمتع.
- 5) يقتصر إلى أصدقاء مقربين أو مؤتمنين ما عدا أقارب الدرجة الأولى.
- 6) يظهر لامبالاة لإطراء الآخرين أو انتقاداتهم.
- 7) يبدي بروداً عاطفياً، أو انعزالاً أو تسطحاً وجدانياً.

B لا يحدث حصراً أثناء سير الفصام، أو الاضطراب ثنائي القطب أو الاضطراب الاكتئابي مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، أو اضطراب طيف التوحد ولا يُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لحالة طبية أخرى.

اضطراب الشخصية الفصامانية (قبل : « ملاحظة : إذا تحققت المعايير قبل بدء الفصام، أضف (قبل المرض).

3. اضطراب الشخصية الفصامي النمط

Schizotypal Personality Disorder (F21)

A نمط شامل من الخلل الاجتماعي والشخصي والذي يتميز بانزعاج حاد من العلاقات الوثيقة وانخفاض القدرة على إقامة، بالإضافة إلى انحرافات معرفية أو إدراكية وغبابة في السلوك، والذي يبتدى منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) مما يلي:

- 1) أفكار الإشارة (مع نفي أو هام الإشارة).
- 2) اعتقادات شاذة أو تفكير سحري يؤثر على السلوك ولا يتوافق مع المعايير الثقافية (مثل، «الحاسة السادسة» الاعتقاد بالخرافات أو الإيمان بالاستبصار (قوة كشف الغيب) أو التخاطر، أو وعند الأطفال والمراهقين، تخيلات أو تشغالات مستغربة).
- 3) خبرات إدراكية غير عادية، بما فيها إخلالات جسدية.
- 4) تفكير وكلام شاذ (مثل، غموض أو إطناب أو مجازية أو إسهاب أو نمطية).
- 5) تفكير ارتيبي أو زوري.
- 6) وجدان غير مناسب أو متحدد.

- 7) سلوك أو مظهر شاذ أو غريب.
- 8) انعدام الأصدقاء المقربين أو المؤتمنين ما عدا أقارب الدرجة الأولى.
- 9) قلق اجتماعي مفرط لا يتناقض بالآلفة ويميل للترافق مع خوف زوري أكثر منه تقييم سلبي للذات.

B لا يحدث حصراً أثناء سير الفصام، أو الاضطراب ثنائي القطب أو الاضطراب الاكتئابي مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، أو اضطراب طيف التوحد ولا يُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لحالة طبية أخرى.

اضطراب الشخصية الفصامي النمط : « ملاحظة : إذا تحققت المعايير قبل بدء الفصام، أضف (قبل المرض) .

3- المجموعة B من اضطرابات الشخصية

1. اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع

Antisocial Personality Disorder (F60.2)

A نمط شامل من الاستهانة بحقوق الآخرين وانتهاكها يحدث منذ سن الخامسة عشرة، كما يستدل عليه بثلاثة (أو أكثر) مما يلي:

1) الفشل في الامتثال للمعايير الاجتماعية فيما يتعلق بالسلوكيات المشروعة كما يستدل على ذلك من تكرار القيام بأفعال تكون أساساً للتوقيف.

2) الخداع، كما يستدل عليه بالكذب المتكرر أو استخدام الأسماء المستعارة، أو الاحتيال على الآخرين بهدف المنفعة الشخصية أو المتعة.

3) الاندفاعية أو الإخفاق في التخطيط للمستقبل.

4) التملل والعدوانية كما يستدل عليها بالمشاجرات المتكررة والتعدييات.

5) الاستهتار المتهور بسلامة الذات والآخرين.

6) اللامسؤولية الدائمة كما يستدل عليها من الإخفاق في المحافظة على عمل دائم أو في الالتزامات المالية الشريفة.

7) الافتقار إلى الشعور بالندم، كما يستدل عليه باللامبالاة عند إلحاق الأذى أو تبريره، أو عندما يسبب معاملة أو عندما يسرق شخصاً آخر.

B عمر الفرد 18 سنة على الأقل.

C ثمة دليل على اضطراب سلوك بدأ قبل عمر 15 - سنة.

D السلوك المعادي للمجتمع لا يقع حصراً في سياق الفصام أو اضطراب ثنائي القطب .

2. اضطراب الشخصية الحدية

Borderline Personality Disorder (F60.3)

نمط شامل من عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين، وفي صورة الذات وفي الوجدان والاندفاعية الواضحة، والذي يبتدى منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- 1 (محاولات محسومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل.
- ملاحظة: لا تضمن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات والذي سيذكر في المعيار الخامس.
- 2 (نمط من العلاقات غير المستقرة والحادة مع الآخرين يتسم بالانتقال من أقصى الكمال إلى أقصى الحط من القدر.
- 3 (اضطراب الهوية: عدم استقرار واضح وثابت في صورة الذات أو الإحساس بالذات.
- 4 (الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل، الإنفاق، الجنس، إساءة استعمال المواد، القيادة المتهورة، نوب من الأكل المفرط). ملاحظة: لا تضمن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات الذي سيأتي ذكره في المعيار الخامس.
- 5 (سلوك انتحاري متكرر أو تلميحات أو تهديدات أو سلوك مؤذي للذات.
- 6 (عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن الانفعالية الواضحة للمزاج (مثل سوء مزاج نوبي حاد أو استثارة أو قلق، تستمر عادة بضع ساعات ونادراً ما تستمر لأكثر من بضعة أيام).
- 7 (أحاسيس مزمنة بالفراغ.
- 8 (الغضب الشديد غير المناسب أو الصعوبة في لجم الغضب (مثل، تظاهرات متكررة للغضب، غضب مستمر، شجارات متكررة).
- 9 (تفكير زوري عابر مرتبط بالشدة أو أعراض تفارقية شديدة.

3. اضطراب الشخصية الهيس تريونية

Histrionic Personality Disorder (F60.4)

نمط ثابت من فرط الانفعالية وجذب الانتباه، والذي يبتدى منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- 1 (غير مرتاح في المواقف التي لا يكون أو تكون فيها محور الاهتمام.
- 2 (غالباً ما يتسم في علاقته مع الآخرين بسلوك جنسي إغوائي بشكل غير مناسب أو بسلوك مثير.
- 3 (يظهر بسرعة تحولاً وتعبيراً سطحيّاً عن العواطف.
- 4 (يستخدم باستمرار المظهر الجسدي للفت الانتباه.

5) لديه أسلوب في الكلام مفرط في التعبيرية (ذاتي) ويفتقر إلى التفاصيل.

6) يبدي حركات تمثيلية ومسرحية وتعبيراً مبالغاً فيه عن العواطف.

7) لديه قابلية للإحياء، أي يتأثر بسهولة بالآخرين أو الظروف.

8) يعتبر علاقاته أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع.

4. اضطراب الشخصية النرجسية

Narcissistic Personality Disorder (F60.81)

نمط ثابت من العظمة (في الخيال أو السلوك) والحاجة إلى الإعجاب والافتقار إلى التعاطف، والذي يبتدى منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

1) لديه شعور عظمة بأهمية الذات (مثال، يبالغ في الإنجازات والمواهب ويتوقع أن يُعترف به كمفوق دون أن يحقق إنجازات مكافئة).

2) مستغرق في خيالات عن النجاح اللامحدود أو القوة أو التآلق أو الجمال أو الحب المثالي.

3) وفريد ويمكن فهمه أو يجب أن يصاحب فقط من قبل أناس مميزين أو من طبقة عليا أو « متميز » يعتقد أنه من قبل مؤسسات عليا.

4) يتطلب إعجاباً مفرطاً.

5) لديه شعور بالصدارة (أي، توقعات غير معقولة عن معاملة تفضيلية خاصة أو الامتثال التلقائي لتوقعاته)

6) استغلالي في علاقاته الشخصية (أي، يستغل الآخرين لتحقيق مآربه).

7) يفقد التعاطف: يرفض الاعتراف أو التماهي مع مشاعر وحاجات الآخرين.

8) غالباً ما يكون حسوداً للآخرين أو يعتقد أن الآخرين يكونون له أو لها مشاعر الحسد.

9) يبدي سلوكيات أو مواقف متعجرفة ومتعالية.

4- المجموعة C من اضطرابات الشخصية

1. اضطراب الشخصية التجنبية

Avoidant Personality Disorder (F60.6)

نمط ثابت من التثبيط الاجتماعي مع مشاعر بعدم الكفاية وفرط الحساسية للتقييم السلبي، والذي يبتدى منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

1) يتجنب النشاطات المهنية التي تتطلب احتكاكاً كبيراً مع الآخرين، بسبب الخوف من الانتقاد أو عدم

الاستحسان أو الرفض.

- 2 (يرفض الانخراط مع الناس ما لم يكن متيقناً أنه سيكون محبوباً.
- 3 (يبدى تقيداً في العلاقات الحميمة بسبب الخوف من أن يكون موضع سخريه وخزي.
- 4 (منشغل بكونه موضع انتقاد أو رفض في المواقف الاجتماعية.
- 5 (متنبط في المواقف الجديدة مع الناس بسبب الخوف من عدم الكفاءة.
- 6 (ينظر إلى نفسه على أنه غير كفؤ اجتماعياً، غير جذاب شخصياً، أو أقل شأنًا من الآخرين.
- 7 (يتردد بصورة غير عادية في تعريض نفسه للمجازفات أو الانخراط في أنشطة جديدة لأنها قد تظهر الارتباك والخجل.

2. اضطراب الشخصية الاعتمادية

Dependent Personality Disorder (F60.7)

حاجة ثابتة شاملة لأن يُتعهد بالرعاية مما يؤدي إلى سلوك مستكين منقاد وخوف من الانفصال، والذي يبتدى منذ البلوغ المبكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- 1 (لدى المصاب صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون مقدار كبير من النصيح والتطمين من الآخرين.
 - 2 (يحتاج الآخرين في تولي المسؤولية بالنسبة لمعظم المجالات الرئيسية في حياته أو حياتها.
 - 3 (يجد صعوبة في التعبير عن مخالفته للآخرين بسبب خوفه من فقد الدعم أو الموافقة .
- ملاحظة:** لا تضمن الخوف الحقيقي من العقاب.
- 4 (يجد صعوبة في البدء بمشاريع خاصة أو القيام بأعمال لوحده) بسبب انعدام الثقة بالنفس في محاكمته أو قدراته وليس بسبب فقد الدافع أو النشاط.
 - 5 (يعمل ما في وسعه لكسب الرعاية والدعم من الآخرين إلى حد التطوع للقيام بأعمال غير سارة.
 - 6 (يشعر بالانزعاج أو اليأس حين يكون وحيداً بسبب خوفه الشديد من عدم تمكنه من الاهتمام بنفسه.
 - 7 (ينشد سريعاً باستعجال) علاقة أخرى كمصدر للرعاية والدعم عندما تنتهي علاقة وثيقة.
 - 8 (منشغل بشكل غير واقعي بمخاوف من تركه يتولى رعاية نفسه أو نفسها.

3. اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

Obsessive-compulsive Personality Disorder (F60.5)

نمط ثابت من الانشغال بالانظام والكمال والضبط العقلي وضبط العلاقات الشخصية على حساب المرونة والانفتاح والفعالية، والذي يبتدى منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- 1 (منشغل بالتفاصيل أو القوانين أو اللوائح أو الترتيب أو التنظيم أو الجداول) (مخططات العمل) إلى حد يضيع معه الموضوع الرئيسي للعمل الذي يقوم به.
- 2 (يُظهر كمالية تتداخل مع إتمام الشخص لواجباته) مثال، عجزه عن إنهاء مشروع لأنه لا يتم تلبية معايير الدقة جداً).
- 3 (التفاني الزائد في العمل والإنتاجية إلى حد التخلي عن أوقات الفراغ والصدقات) ولا يُفسر ذلك بالحاجة الاقتصادية الواضحة).
- 4 (ذو ضمير حي زائد ومتشكك ومتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم) لا يُفسر ذلك بالهوية الثقافية أو الدينية).
- 5 (يعجز عن التخلي عن أشياء بالية أو عديمة القيمة حتى وإن لم تكن تحمل قيمة عاطفية).
- 6 (لا يرغب في تفويض أمر المهمات أو العمل للآخرين ما لم يخضعوا تماماً لطريقته في تنفيذ الأشياء).
- 7 (يتبنى نمطاً بخيلاً في الإنفاق نحو نفسه ونحو الآخرين، قالمال يُنظر إليه كشيء ينبغي تكديسه من أجل كوارث المستقبل).
- 8 (ييدي تصلباً وعناداً).

الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد

(Trauma-and Stressor-Related Disorders)

١- اضطراب التعلق التفاعلي

Reactive Attachment Disorder (F94.1)

A نمط ثابت من السلوك المنسحب عاطفياً المكبوت تجاه مقدمي الرعاية البالغين والذي يتظاهر بكل مما يلي:

(١ نادرأ أو في الحدود الدنيا ما يسعى الطفل للبحث عن السلوان عندما يعاني.

(٢ نادرأ أو في الحدود الدنيا ما يستجيب الطفل للسلوان عندما يعاني.

B اضطراب اجتماعي وعاطفي ثابت يتميز باثنين على الأقل مما يلي: -

(١ استجابة عاطفية واجتماعية في الحد الأدنى للآخرين. -

(٢ وجدان إيجابي محدود.

(٢) نوب غير مفسرة من الهياج، الحزن، أو الخوف، حيث تكون هذه النوب مثبتة حتى في حالة عدم التفاعل مع مقدمي الرعاية البالغين.

C اختبر الطفل نمطاً متطرفاً من الرعاية الغير كافية كما ثبت بواحد من التالي على الأقل:

(١) الإهمال الاجتماعي أو الحرمان على شكل الفقد المستمر للحاجات العاطفية الأساسية من الراحة، والتحفيز، والمودة المقدمة من قبل مقدمي الرعاية البالغين.

(٢) التغيير المتكرر لمقدمي الرعاية الأساسيين والتي تحد من فرص تشكيل ارتباطات مستقرة (على سبيل المثال، التغيير المتكرر في دور الرعاية).

(٣) التنشئة في مواضع غير عادية والتي تحد بشدة من فرص تشكيل ارتباطات انتقائية (مثل المؤسسات ذات النسب العالية من طفل مقدم الرعاية).

D يفترض أن الرعاية في المعيار - C هي المسؤولة عن السلوك المضطرب في المعيار A (على سبيل المثال، بدأت الاضطرابات في المعيار A تالية لعدم وجود الرعاية الكافية في المعيار C)

E لم يتم الوفاء بمعايير اضطراب طيف التوحد.

F الاضطراب مثبت قبل سن ٥ سنوات.

G السن التطوري للطفل هو ٩ أشهر على الأقل.

تحديد ما إذا كان:

المستمر: كان الاضطراب الحالي حاضراً لأكثر من ١٢ شهراً.

تحديد الشدة الحالية:

يتم تحديد اضطراب التعلق التفاعلي كشدید عندما يظهر الطفل كل أعراض هذا الاضطراب، وكل عرض يظهر عند مستويات مرتفعة نسبياً.

٢- اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل

Disinhibited Social Engagement Disorder (F94.2)

A نمط من السلوك حيث يقارب ويتفاعل الطفل مع البالغين غير المألوفين بشكل نشط ويظهر اثنان على الأقل مما يلي:

١ تحفظ منخفض أو غائب لدى مقاربة البالغين غير المألوفين والتفاعل معهم.

٢ سلوك مألوف مفرط لفظياً أو جسدياً (غير مستحسن ثقافياً ولا يتوافق مع الحدود المناسبة للعمر).

٣ انخفاض أو غياب التحقق من وجود مقدم الرعاية بعد الابتعاد عنه، حتى في الأماكن غير المألوفة.

- ٤ الاستعداد للذهاب مع البالغين غير المألوفين مع القليل من التردد أو غيابه.
- B لا يتعلق السلوك في المعيار (A) بالاندفاعية) كما في اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة) ولكن يتضمن سلوكاً متحلاً اجتماعياً.
- C اختبر الطفل أشكالاً متطرفة من العناية غير الكافية كما ثبت بواحد مما يلي:
- ١ الإهمال الاجتماعي أو الحرمان على شكل فقد المستمر للحاجات العاطفية الأساسية من الراحة، والتحفيز، والمودة المقدمة من قبل مقدمي الرعاية البالغين.
 - ٢ التغيير المتكرر لمقدمي الرعاية الأساسيين مما يحد من الفرص لتشكيل الرباط المناسب (مثل التغيير المتكرر في دور الرعاية).
 - ٣ النشوء في أماكن غير معتادة مما يحد بشدة من الفرص لتشكيل الرباط الانتقائي (مثل المؤسسات ذات النسبة المرتفعة من الطفل مقدم الرعاية).
 - D الرعاية في المعيار (C) يفترض أن تكون مسؤولة عن اضطراب السلوك في المعيار (A) مثل أن يكون اضطراب السلوك في المعيار A قد بدأ بعد الرعاية المرضية في المعيار C.
- ٥ لا بد أن يكون سن الطفل التطوري تسعة شهور على الأقل.
- تحديد ما إذا كان:

- مستمر: كان الاضطراب الحالي حاضراً لأكثر من ١٢ شهراً
- تحديد الشدة الحالية: يتم تحديد اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل كشديد عندما يظهر الطفل كل أعراض هذا الاضطراب، وكل عرض يظهر عند مستويات مرتفعة نسبياً.
- ٣٠ اضطراب الكرب ما بعد الصدمة

Posttraumatic Stress Disorder (F43.10)

- ملاحظة: تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، والأطفال الأكبر من ٦ سنوات. بالنسبة للأطفال ٦ سنوات والأصغر، انظر المعايير أدناه.
- A التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:
- ١ التعرض مباشرة للحدث الصادم.
 - ٢ المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.
 - ٣ المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.
 - ٤ التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال،

أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتماد على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B (وجود واحد) أو أكثر (من الأعراض المحتملة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

١ الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من ٦ سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

٢ أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

٣ ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، [flashbacks] ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

٤ الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

٥ ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

C تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

١ تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

٢ تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحداث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطتين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

١ عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا

يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

٢ المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير بشكل كامل"، "الجهاز العصبي ادي دمر كله بشكل دائم").

٣ المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.

٤ الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).

٥ تضاعف بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

٦ مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.

٧ عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

٨ تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

١ سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

٢ التهور أو سلوك تدميري للذات.

٣ التيقظ المبالغ فيه. (Hyper vigilance)

٤ استجابة عند الجفل مبالغ بها.

٥ مشاكل في التركيز.

٦ اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

F مدة الاضطراب (معايير - B، C، D، E) (أكثر من شهر واحد).

G يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

١ تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحريك الوقت ببطء).

٢ تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النساوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).
حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى ٦ أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً).

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر سناً.

A التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

١ التعرض مباشرة للحدث الصادم.

٢ المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين وخصوصاً مقدمي الرعاية الأساسيين.

ملاحظة: المشاهدة لا تتضمن الأحداث المشاهدة فقط عبر الوسائط الإلكترونية، التلفاز، الأفلام، الصور.

٣ المعرفة بوقوع الحدث الصادم للوالدين أو للشخصيات المقدمة للرعاية.

B وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

١ الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: الذكريات العفوية والافتحاشية قد لا تبدو مؤلمة وقد يُعبر عنها بإعادة التمثيل عند اللعب.

٢ أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: قد لا يتمكن من التأكد أن المحتوى المخيف له علاقة بالحدث الصادم.

٣ ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، ومضات الذاكرة) حيث يشعر الطفل أو يتصرف كما لو

كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر

تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط) قد تحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

٤ الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز

أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

٥ ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

C واحد) أو أكثر) من الأعراض التالية، والذي يمثل اما تجنباً ثابتاً للمحرضات المرتبطة بالحدث الصادم، أو التغيرات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث، أو ساءت بعده، يجب أن تتواجد:

*تجنب ثابت للمحرض

١ تجنب أو جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو عوامل التذكير الفيزيائية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.

٢ تجنب أو جهود لتجنب الناس، والأحاديث، والمواقف الشخصية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم. * التعديلات السلبية في المدركات

٣ التواتر المتزايد الكبير للحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار، التشوش الذهني).

٤ تضاعف بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة، متضمناً تفيد اللعب.

٥ سلوك الانسحاب الاجتماعي.

٦ الانخفاض المستمر في التعبير عن المشاعر الإيجابية.

D تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين) أو أكثر) مما يلي:

١ سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

٢ التيقظ المبالغ فيه . (Hyper vigilance)

٣ استجابة عند الجفل مبالغ بها.

٤ مشاكل في التركيز.

٥ اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

E مدة الاضطراب أكثر من شهر واحد.

F يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في العلاقات مع الوالدين، الأشقاء، الأقران، أو مقدمي الرعاية الآخرين أو في السلوك المدرسي.

H لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

١ تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بحس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

٢ تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النساوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى ٦ أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً).

٤- اضطراب الكرب الحاد

Acute Stress Disorder (F43.0)

A التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

١ التعرض مباشرة للحدث الصادم.

٢ المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

٣ المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

٤ التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع اليقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B وجود تسعة) أو أكثر) من أي من الفئات الخمس، الأعراض المقترحة، المزاج السلبي، التفارق، التجنب، الاستثارة، والتي تبدأ أو تسوء بعد الحدث الصادم:

* أعراض الاقتحام

١ الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من ٦ سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر بموضوعات أو جوانب الحدث الصادم.

٢ أحلام مؤلمة متكررة ترتبط بمحتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

٣ ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، [- flashbacks] ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال، قد تحدث إعادة تمثيل محددة للصدمة خلال اللعب.

٤ الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

* المزاج السلبي

٥ عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

* أعراض التفارقية:

٦ احساس متغير بالواقع أما بالبيئة المحيطة أو بالنفس (مثلاً، رؤية النفس من منظور آخر، الإحساس بالغيوبية، تباطؤ الزمن)

٧ عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب التناوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

* أعراض التجنب:

٨ تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

٩ تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحداث، الأنشطة، الأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر. عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

* أعراض الاستثارة

- ١٠ اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).
- ١١ سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
- ١٢ التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
- ١٣ مشاكل في التركيز.
- ١٤ استجابة عند الجفل مبالغ بها.
- C مدة الاضطراب (أعراض معيار B (من ٣ أيام إلى شهر واحد).
- D يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- E لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى (إصابة خفيفة للرأس) ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب ذهاني وجيز.
- ٥- اضطرابات التأقلم

Adjustment Disorders

معايير التشخيص

- A تطور أعراض انفعالية أو سلوكية كاستجابة لضغط (ضغوطات) يمكن تحديدها، وتحدث في غضون ٣ أشهر من بداية الشدة (الشدة).
- B هذه الأعراض أو السلوكيات هامة سريرياً، كما يستدل عليها بواحد من التظاهرين التاليين:
 - (١) إحباط صريح لا يقارن بحدّة وكثافة الكرب. أخذين بعين الاعتبار السياق الخارجي والعوامل الثقافية والتي قد تؤثر على شدة الأعراض والحالة.
 - (٢) انخفاض هام في الأداء الاجتماعي أو المهني ومجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C لا يحقق الاضطراب المرتبط بالشدة معايير اضطراب عقلي آخر، ولا يعد فقط تفاقماً لاضطراب عقلي سابق.
- D لا تمثل الأعراض حالة الفقد (الحداد).
- E حالما ينتهي عامل الشدة (أو عواقبه) فإن الأعراض لا تدوم أكثر من ٦ أشهر إضافية.

حدّد في ما إذا كان:

حاداً: إذا استمر الاضطراب أقل من ٦ أشهر.

مزمنًا: إذا استمر الاضطراب ٦ أشهر أو أكثر. بالتعريف، لا يمكن للأعراض أن تدوم أكثر من ٦ أشهر. بعد انتهاء عامل الشدة أو عقابيله، وبالتالي يطبق المحدّد للمزمن حين تكون مدة الاضطراب أكثر من ٦ أشهر كاستجابة لعامل شدة مزمن أو لعامل شدة يمتلك عقابيل باقية.

مع مزاج اكتئابي: عندما تهيمن أعراض المزاج المنخفض، البكاء، فقدان الأمل.

مع قلق: عندما تسيطر أعراض مثل العصبية أو التوجس أو الجزع، أو قلق الانفصال.

مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط: عندما تسيطر أعراض مشتركة للقلق والاكتئاب.

مع اضطراب في المسلك: عندما يكون التظاهر المسيطر هو اضطراب في المسلك.

مع اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضاً انفعالية (مثل، الاكتئاب، القلق) واضطراب في المسلك (انظر النمط الفرعي أعلاه).

غير المحدد: وذلك لردود الفعل سيئة التكيف لعوامل الشدة غير المصنفة على أنها واحدة من الأنماط الفرعية النوعية لاضطراب التأقلم.

الفئات التشخيصية المتضمنة في القسم الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

هذه ترجمة عربية كاملة لاسماء الفئات التشخيصية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية [الطبعة (DSM-5)]، والصغير عن رابطة الطب النفسي الأمريكية في 18 مايو 2013، ولقد تم عرضها الموقع الإلكتروني للدليل:
<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5>

الاضطرابات العصبية - التنمائية

الإعاقات الفكرية

إعاقة فكرية (اضطراب فكري نمائي)

تأخر نمائي شامل

إعاقة فكرية غير محددة (اضطراب فكري نمائي)

اضطرابات التواصل

اضطراب اللغة

اضطراب صوت الكلام (الاضطراب الفونولوجي متقد)

اضطراب الضلاقة اللفظية في الطفولة (التأتأة)

اضطراب التواصل الاجتماعي (الغرضي / الهدف)

اضطراب تواصل غير محدد

اضطراب طيف التوحد

اضطراب طيف التوحد

اضطراب ضعف الانتباه / فرط الحركة

اضطراب ضعف الانتباه / فرط الحركة

اضطراب ضعف الانتباه / فرط الحركة محدد آخر

اضطراب ضعف انتباه / فرط حركة غير محدد

اضطراب تعلم محدد

اضطراب تعلم محدد

اضطرابات الحركة

اضطراب التشنج (التشنج) النمائي

اضطراب الحركة النمطية

اضطرابات القزمنة

اضطراب توريت

اضطراب ترمة حركية أو صوتية متواصل (مزمن)

اضطراب ترمة مؤقتة

اضطراب لزمة محدد آخر

اضطراب لزمة غير محدد

الفئات التشخيصية المتضمنة في القسم الثاني للتدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders - 5th version (DSM-5)

اضطرابات عصبية - نمائية أخرى

اضطراب عصبى - نمائى اخر

اضطراب عصبى - نمائى غير محدد

اضطرابات طيف الفصام و الاضطرابات الذهانية الأخرى

اضطراب (شخصية) فصامي الروح

اضطراب ضلالي (ذهاني)

اضطراب ذهاني وجير

اضطراب فصامي الشكل

فصام

اضطراب فصام وجداني

اضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية

اضطراب ذهاني عائد إلى حالة طبية أخرى

الكاثونيا

كاثونيا مع اضطراب عقلي اخر (محددة لكاثونيا)

اضطراب كاثونومي عائد إلى حالة طبية أخرى

كاثونيا غير محددة

اضطراب طيف فصام معين اخر و اضطراب ذهاني اخر

اضطراب طيف فصام و اضطراب ذهاني اخر غير محدد

الاضطراب ثنائي القطب و الاضطرابات ذات العلاقة

اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول

اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني

اضطراب ثنائي القطب (سايكوليميا)

اضطراب ثنائي القطب و اضطراب ذي علاقة ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية

اضطراب ثنائي القطب و اضطراب ذي علاقة عائد إلى حالة طبية أخرى

اضطراب ثنائي القطب و اضطراب ذي علاقة محدد

اضطراب ثنائي القطب و اضطراب ذي علاقة اخر غير محدد

الاضطرابات الاكتئابية

اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي

الفئات التشخيصية المتضمنة في القسم الثاني للليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

اضطراب اكتئابي حديد، نوبة معودة و نوبات متكررة

اضطراب اكتئابي متواصل (نسيجي)

اضطراب تكرر (عسر) المزاج السابق للطفول

اضطراب اكتئابي ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية

اضطراب اكتئابي عائد إلى حالة طبية أخرى

اضطراب اكتئابي محدد آخر

اضطراب اكتئابي غير محدد

اضطرابات القلق

اضطراب قلق الانفصال

الرهاب الاجتماعي

رهاب محدد

اضطراب القلق الاجتماعي (توهاب الاجتماعي)

اضطراب هلع

نوبة هلع (محددة)

رهاب المساح

اضطراب القلق العام (توهاب)

اضطراب قلق ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية

اضطراب قلق عائد إلى حالة طبية أخرى

اضطراب قلق محدد آخر

اضطراب قلق غير محدد

اضطراب الوسواس القهري والإضطرابات ذات العلاقة

اضطراب الوسواس القهري

اضطراب تشويع الحبس الوهمي

اضطراب الكف (الغز)

اضطراب نطق الشعر

السخر (كسر الحاد)

اضطراب وسواس قهري و اضطراب ذي علاقة ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية

اضطراب وسواس قهري و اضطراب ذي علاقة عائد إلى حالة طبية أخرى

اضطراب وسواس قهري و اضطراب ذي علاقة آخر محدد

الفئات التشخيصية المتضمنة في القسم الثاني للتليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

اضطراب وسواس القهري و اضطراب ذني عدواني غير محدد

الإضطرابات المتعلقة بالصدمات والضغوط النفسية

- اضطراب متعلق بالإستجاني
- اضطراب الاختلاط (التفكير) الاجتماعي العام
- اضطراب الشدة الناتج عن الصدمة
- اضطراب الضغط النفسي العام
- اضطرابات التوافق
- اضطراب متعلق بالصدمة، والصعوبة النفسية آخر محدد
- اضطراب متعلق بالصدمات والضغوط النفسية غير محدد

الإضطرابات الانشغالية

- اضطراب الهوية الانشغالية
- فقدان الذاكرة الانشغالي
- اضطراب اختلال الذاكرة / اختلال التوافق
- اضطراب انشغالي آخر محدد

الأعراض الجنسية و الإضطرابات ذات الصلة

- اضطراب الأعراض الجنسية
- اضطراب قلق العرض
- اضطراب تحول (اضطراب الأعراض العصبية الوظيفية)
- عوامل نفسية تؤثر على حالة جنسية أخرى
- اضطراب مضطرب (مختل)
- اضطراب الأعراض الجنسية و اضطراب آخر محدد
- اضطراب الأعراض الجنسية و اضطراب آخر غير محدد

اضطرابات التغذية و الأكل

- انثك [أكل أشياء غير صالحة للأكل]
- اضطراب الإختزال
- اضطراب تناول الطعام التجني / انحصري

الفئات التشخيصية المعتمدة في القسم الثاني لل دليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

عقدان للشهية العصبي

النزوة العصبي

اضطراب شهية

اضطراب تغذية أو أكل محدد

اضطراب تغذية أو أكل غير محدد

اضطرابات الإخراج

سلس البول (التبول)

التعوط

اضطراب إخراج محدد آخر

اضطراب إخراج غير محدد

اضطرابات النوم واليقظة

اضطراب الأرق

اضطراب فرط النشاط

النوم التأتلي

اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس

ضعف التنفس التأتلي أثناء النوم

انقطاع التنفس أثناء النوم

نقص الشهوية المتعلق بالنوم

اضطرابات النوم و اليقظة الخاصة بإيقاع الحياة اليومية (الساعة البيولوجية)

إعراقات (شذوذات) النوم

اضطرابات الإثارة الخاصة بالنوم غير المعسوب بحركة العين السريعة

المنشأ أثناء النوم (التحول النوم)

فرع النوم (الفرع التلي)

اضطراب الكوابيس

اضطراب سلوكي خاص بالنوم المعسوب بحركة العين السريعة

زمنه نعلم (ثقله) السكين

اضطراب نوم ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية

اللغات التشخيصية المتضمنة في القسم الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية
Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

إضطراب أرق محدد آخر
 إضطراب أرق غير محدد
 إضطراب فرط نغاس محدد آخر
 إضطراب فرط نغاس غير محدد
 إضطراب نوم و يقظة محدد آخر
 إضطراب نوم و يقظة غير محدد

الاختلالات الجنسية (اختلالات الوظيفة الجنسية)

فأخر القذف (القذف المتأخر)
 إضطراب الإنجاب
 إضطراب الذروة الجنسية عند الإثارة
 إضطراب الرغبة الجنسية/الإثارة عند الإثارة
 ألم الجهاز التناسلي [عند الإثارة] / إضطراب الإيلاج
 إضطراب ضعف الرغبة الجنسية عند الرجال
 القذف المبكر
 اختلال جنسي ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية
 إختلال جنسي محدد آخر
 إختلال جنسي غير محدد

الضيق الجنسي

ضيق جنسي
 ضيق جنسي آخر محدد
 ضيق جنسي غير محدد

إضطرابات التخريب (التعطيل) و ضبط الاندفاعات و الممتلك

إضطراب الرقبتن الإعتراضي (الإضطراب المتعدي المتعوض)
 إضطراب الانفجارات المنقطعة (الإضطراب الانفجاري المنقطع)
 إضطراب العسك
 إضطراب شخصية معادية للمجتمع
 هوس الإسماع (الحرق)
 هوس السرقة

الفئات التشخيصية المتضمنة في القسم الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

إضطراب نخرت (تعطيل) و اضطرابات و مسك آخر محد
إضطراب نخرت (تعطيل) و اضطرابات و مسك آخر غير محد

إضطرابات الإدمان و الإضطرابات المتعلقة باستخدام المواد

الإضطرابات المتعلقة بتعاطي المواد

إضطرابات تعاطي المواد
إضطرابات ناتجة عن استخدام المواد
التسمم و انسحاب الناتج عن مواد
إضطرابات عقلية ناتجة عن تعاطي مواد أو أدوية

الإضطرابات المتعلقة بالكحوليات

إضطراب تعاطي الكحول
تسمم بالكحول (التسمم الكحولي)
انسحاب الكحول (الانسحاب الكحولي)
إضطرابات أخرى ناتجة عن كحول
إضطراب غير محد متعلق بالكحول

الإضطرابات المتعلقة بالكافيين

التسمم بالكافيين
انسحاب الكافيين
إضطرابات أخرى ناتجة عن الكافيين
إضطراب غير محد متعلق بالكافيين

الإضطرابات المتعلقة باللقب

إضطراب تعاطي القنب
التسمم بالقنب
انسحاب القنب
إضطرابات أخرى ناتجة عن القنب
إضطراب آخر غير محد متعلق بالقنب

الإضطرابات المتعلقة بالهوسات

إضطراب تعاطي الفينيثيلين.

الفئات التشخيصية المتضمنة في القسم الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

اضطراب عصبي - ذهني حليم أو طفيف عاك إلى الإصابة بالآلدر

اضطراب عصبي - ذهني حليم أو طفيف عاك إلى مرض برون

اضطراب عصبي - ذهني حليم أو طفيف عاك إلى مرض باركنسون

اضطراب عصبي - ذهني حليم أو طفيف عاك إلى مرض هنتنغتون

اضطراب عصبي - ذهني حليم أو طفيف عاك إلى حالة طبية أخرى

اضطراب عصبي - ذهني حليم أو طفيف عاك إلى مسببات متعددة

اضطراب عصبي - ذهني غير محدد

اضطرابات الشخصية

اضطراب شخصية عام

اضطرابات الشخصية من المجموعة (أ)

اضطراب شخصية نازوية (اضطوائية)

اضطراب شخصية شيزويدية (شبه فصامية)

اضطراب الشخصية فصامية القوق

اضطرابات الشخصية من المجموعة (ب)

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

اضطراب الشخصية الحنية

اضطراب الشخصية الليتوية

اضطراب الشخصية النرجسية

اضطرابات الشخصية من المجموعة (ج)

اضطراب الشخصية التجنبية

اضطراب الشخصية الإعتاشية (الانكاشية)

اضطراب الشخصية الوسواسية، القهري

اضطرابات شخصية أخرى

تغيير في الشخصية عاك إلى حالة طبية أخرى

اضطراب شخصية آخر محدد

اضطراب شخصية غير محدد

اضطرابات الإدمان (الشذوذات) الجنسية

اللغات التشخيصية العنصرية في القسم الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية

Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – 5th version (DSM-5)

إضطراب نفسي (مقدمة)

إضطراب استعراف

إضطراب هذلي (نفساني)

إضطراب العزوبة (الجنسية)

إضطراب الهوية الجنسية

إضطراب الشهوة

إضطراب قهري (توسيع)

إضطراب إرتاء مثلي الجنس الآخر (معتدل)

إضطراب إحتراق جنسي محدد

إضطراب إحتراق جنسي غير محدد

إضطرابات عقلية (نفسية) أخرى

إضطراب عقلي آخر محدد عائد إلى حالة طبية أخرى

إضطراب عقلي غير محدد عائد إلى حالة طبية أخرى

إضطراب عقلي آخر محدد

إضطراب عقلي غير محدد

إضطرابات حركة ناتجة عن أدوية وأعراض أخرى جانبية غير مرغوبة للأدوية

حالات أخرى غير مكتوبة

