

إعداد
د. أنور الحمادي

معايير

DSM-5-TR

معايير DSM-5-TR

إعداد
د. أنور الحمادي
GGKEY:L8KBXTF1G2B



وَرَحِمَتْ رَبِّكَ خَيْرُ مِمَّا يَجْمَعُونَ

الزخرف (32)

جدول المحتويات

37	اضطرابات النمو العصبية.....
38	الإعاقات الذهنية.....
38	(اضطراب النمو الذهني).....
46	تأخر النمو الشامل.....
46	الإعاقة الذهنية غير المحددة.....
47	اضطرابات التواصل.....
47	اضطراب اللغة.....
48	اضطراب صوت الكلام.....
48	البدء الطفلي لاضطراب الطلاقة (التأتأة).....
49	اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي).....
50	اضطراب التواصل غير المحدد.....
51	اضطراب طيف التوحد.....
56	اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة.....
60	اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة المحدد الآخر.....
61	اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة غير المحدد.....
62	اضطراب التعلم المحدد.....
66	الاضطرابات الحركية.....
66	اضطراب التناسق التطوري.....
67	اضطراب الحركة النمطي.....
68	اضطرابات العزّة.....
68	اضطراب توريت.....
69	اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر (المزمن).....
69	اضطراب العرات التمهيدي.....

70	اضطراب العرات المحدد الآخر.....
70	اضطراب العرة غير المحدد.....
71	اضطرابات النمو العصبي الأخرى.....
71	اضطرابات النمو العصبي المحددة الأخرى.....
72	اضطراب النمو العصبي غير المحدد.....
73	طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى
77	الاضطراب التوهمي.....
80	الاضطراب الذهاني الوجيز.....
82	الاضطراب الفصامي الشكل.....
84	الفصام.....
87	اضطراب الفصام الوجداني.....
89	الاضطراب الذهاني المحدث بالمواد.....
92	اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى.....
94	الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر (محدد الكاتاتونيا).....
95	كاتاتونيا بسبب حالة طبية أخرى.....
96	الكاتاتونيا غير المحددة.....
97	اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى.....
98	اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة.....
99	ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة
100	اضطراب ثنائي القطب I.....
107	الاضطراب ثنائي القطب II.....
113	اضطراب المزاج الدوري.....
114	ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء.....
117	ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى.....
118	ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى.....

- 120.....ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة.
- 121.....اضطراب المزاج غير المحدد.
- 121.....محددات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.
- 135 الاضطرابات الاكتئابية**
- 135.....اضطراب المزاج المتقلب المشوش.
- 137.....الاضطراب الاكتئابي الجسيم.
- 141.....اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج).
- 144 اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث.
- 145.....الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء.
- 148.....اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى.
- 149.....اضطراب اكتئابي محدد آخر.
- 151.....اضطراب اكتئابي غير محدد.
- 151.....اضطراب المزاج غير المحدد.
- 152.....محددات الاضطرابات الاكتئابية.
- 161..... اضطرابات القلق**
- 162.....اضطراب قلق الانفصال.
- 164.....الضُمات الانتقائي.
- 164.....الرهاب النوعي.
- 166.....اضطراب القلق الاجتماعي.
- 167.....اضطراب الهلع.
- 170.....رهاب السَّاح.
- 172.....اضطراب القلق المعمم.
- 173.....اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء.
- 176.....اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى.
- 177.....اضطراب قلق محدد آخر.

177	اضطراب قلق غير محدد.....
179	الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة
179	اضطراب الوسواس القهري.....
181	اضطراب تشوه صورة الجسد.....
182	اضطراب الاكتناز.....
184	هوس نتف الشعر (اضطراب نتف الأشعار).....
184	نزع الجلد (اضطراب نزع الجلد).....
185	الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء.....
188	الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى.....
189	الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى.....
191	الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة.....
193	الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد
195	اضطراب التعلق التفاعلي.....
196	اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل.....
198	اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.....
202	اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر سناً.....
205	اضطراب الكرب الحاد.....
208	اضطرابات التأقلم.....
209	اضطراب الحداد المطول.....
211	الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة الأخرى.....
212	الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة.....
213	الاضطرابات التفارقية
214	اضطراب الهوية التفارقية.....
215	النساوة التفارقية.....
216	اضطراب تبدد الشخصية/تبدد الواقع.....

217اضطراب تفارقي محدد آخر.

218اضطراب تفارقي غير محدد

219 العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة

220اضطراب العرض الجسدي

221اضطراب قلق المرض

222اضطراب العرض العصبي الوظيفي (اضطراب التحويل)

223العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى

224الاضطراب المُفْتَعَل

226اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

226اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

227 اضطرابات التغذية والأكل

228شهوة الطين

228اضطراب الاجترار

229اضطراب تناول الطعام التجنبي/المقيد

230فقدان الشهية العصبي (القمة العصبي)

232النهم العصبي

233اضطراب الشراهة للطعام

235اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر

237اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد

238 اضطرابات الإفراغ

238سلس البول

239سلس الغائط

239اضطراب الإفراغ المحدد الآخر

240اضطراب الإفراغ غير المحدد

اضطرابات النوم واليقظة 241

- 241.....اضطراب الأرق.....
- 243.....اضطراب فرط النعاس.....
- 245.....النوم الانتيابي.....
- 247.....اضطرابات النوم ذات الصلة بالتنفس.....
- 247.....توقف التنفس أو قصور التنفس الانسدادي أثناء النوم.....
- 248.....توقف التنفس وسط النوم.....
- 249.....نقص التهوية المتعلق بالنوم.....
- 250.....اضطراب وتيرة النوم - اليقظة اليومي.....
- 252.....حالات النوم المضطرب.....
- 252.....اضطرابات الاستثارة خلال نوم حركة العين غير السريعة.....
- 254.....اضطراب الكابوس.....
- 255.....اضطراب السلوك خلال نوم حركة العين السريعة.....
- 256.....متلازمة الساقين المتملتين.....
- 257.....اضطراب النوم المحدث بمادة/دواء.....
- 260.....اضطراب الأرق المحدد الآخر.....
- 261.....اضطراب أرق غير محدد.....
- 262.....اضطراب فرط النعاس المحدد الآخر.....
- 262.....اضطراب فرط النعاس غير المحدد.....
- 263.....اضطراب نوم - يقظة محدد آخر.....
- 263.....اضطراب نوم - يقظة غير محدد.....

اختلالات الوظيفة الجنسية 265

- 266.....تأخر القذف.....
- 267.....اضطراب الانتصاب.....
- 268.....اضطراب النشوة الجنسية الأنثوي.....
- 269.....اضطراب الاهتمام/الاستثارة الجنسي الأنثوي.....

- 271.....اضطراب ألم الإيلاج الحوضي التناسلي.
- 272.....اضطراب نقص النشاط والرغبة الجنسية الذكري.
- 273.....القذف المبكر.
- 274.....خلل جنسي محدث بمادة/دواء.
- 277.....خلل وظيفة جنسية محدد آخر.
- 277.....خلل وظيفة جنسية غير محدد.
- 279.....الانزعاج من الجندر**
- 281.....الانزعاج من الجندر.
- 281.....الانزعاج من الجندر عند الأطفال.
- 283.....الانزعاج من الجندر لدى المراهقين والبالغين.
- 284.....انزعاج من الجندر محدد آخر.
- 285.....انزعاج من الجندر غير محدد.
- 287.....اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلک**
- 287.....اضطراب التحدي الاعتراضي.
- 289.....الاضطراب الانفعالي المتقطع.
- 290.....اضطراب المسلک.
- 294.....اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.
- 294.....هوس إشعال الحرائق.
- 295.....هوس السرقة.
- 295.....اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلک محدد آخر.
- 296.....اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلک غير محدد.
- 297.....الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية**
- 301.....اضطرابات استعمال المادة.
- 301.....الاضطرابات المتعلقة بالكحول.
- 302.....اضطراب استعمال الكحول.

304.....	الانسمام بالكحول.....
305.....	سحب الكحول.....
307.....	الاضطرابات العقلية المحدثة بالكحول.....
307.....	اضطراب متعلق بالكحول غير محدد.....
308.....	الاضطرابات المتعلقة بالكافيين.....
308.....	الانسمام بالكافيين.....
309.....	سحب الكافيين.....
310.....	الاضطرابات العقلية المحدثة بالكافيين.....
310.....	اضطراب متعلق بالكافيين غير محدد.....
311.....	الاضطرابات المتعلقة بالحشيش.....
311.....	اضطراب استعمال الحشيش.....
314.....	الانسمام بالحشيش.....
315.....	سحب الحشيش.....
316.....	الاضطرابات العقلية المحدثة بالحشيش.....
317.....	اضطراب متعلق بالحشيش غير محدد.....
318.....	الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات.....
318.....	اضطراب استعمال فينيسكلدين.....
321.....	اضطراب استعمال المهلوسات الأخرى.....
324.....	الانسمام بفينيسكلدين.....
325.....	الانسمام بمهلوس آخر.....
326.....	الاضطراب الإدراكي المستمر بالمهلوسات.....
327.....	الاضطرابات العقلية المحدثة بفينيسكلدين.....
328.....	الاضطرابات العقلية المحدثة بمهلوس آخر.....
328.....	اضطراب متعلق بفينيسكلدين غير محدد.....
329.....	اضطراب متعلق بمهلوس غير محدد.....
330.....	الاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات.....
330.....	اضطراب استعمال المستنشقات.....

- 333 الانسحاب بالمستنشقات
- 334 الاضطرابات العقلية المحدثة بالمستنشقات
- 335 اضطراب متعلق بالمستنشقات غير محدد
- 336 الاضطرابات المتعلقة بالأفيون
- 336 اضطراب استعمال الأفيون
- 339 الانسحاب بالأفيون
- 341 سحب الأفيون
- 342 الاضطرابات العقلية المحدثة بالأفيون
- 342 اضطراب متعلق بالأفيون غير محدد
- 343 الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- 343 اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق
- 347 الانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- 348 سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق
- 350 الاضطرابات العقلية المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- 351 اضطراب متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محدد
- 352 الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات
- 352 اضطراب استعمال المنشطات
- 357 الانسحاب بالمنشطات
- 359 سحب المنشطات
- 360 الاضطرابات العقلية المحدثة بالمنشطات
- 361 اضطراب متعلق بالمنشطات غير محدد
- 362 الاضطرابات المتعلقة بالتبغ
- 362 اضطراب استعمال التبغ
- 365 سحب التبغ
- 366 الاضطرابات العقلية المحدثة بالتبغ
- 366 اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد
- 367 الاضطرابات المتعلقة بمادة أخرى (أو غير معروفة)

367	اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة).....
370	الانسمام بمادة أخرى (أو غير معروفة).....
372	سحب مادة أخرى (أو غير معروفة).....
373	الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة أخرى (أو غير معروفة).....
374	اضطراب متعلق بمادة أخرى (أو غير معروفة) غير محدد.....
376	الاضطرابات غير المتعلقة بالمواد.....
376	اضطراب المقاومة.....

379..... الاضطرابات العصبية المعرفية

389	الهذيان.....
394	هذيان محدد آخر.....
395	هذيان غير محدد.....
396	الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم.....
399	الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل.....
406	الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء الزهايمر.....
408	اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل جبهى صدغى.....
410	اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي.....
411	اضطراب عصبي معرفي وعائى جسيم أو معتدل.....
413	الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب أذيات الدماغ الرضية.....
416	الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة/دواء.....
	الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب خمج فيروس نقص
420	المناعة البشرى HIV:.....
421	الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء بريون.....
422	اضطراب عصبي معرفي معتدل أو جسيم بسبب داء باركنسون.....
423	اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب داء هنتنغتون.....
424	اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب حالة طبية أخرى.....

- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل الناتج عن تعدد الأسباب المرضية..... 426
- اضطراب عصبي معرفي غير محدد..... 428
- اضطرابات الشخصية 429**
- اضطراب الشخصية العام..... 430
- المجموعة A من اضطرابات الشخصية..... 431
- اضطراب الشخصية الزورانية..... 431
- اضطراب الشخصية الفصامانية..... 432
- اضطراب الشخصية الفصامي النمط..... 433
- المجموعة B من اضطرابات الشخصية..... 434
- اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع..... 434
- اضطراب الشخصية الحدية..... 435
- اضطراب الشخصية الهيس تريونية..... 436
- اضطراب الشخصية النرجسية..... 437
- المجموعة C من اضطرابات الشخصية..... 438
- اضطراب الشخصية التجنبية..... 438
- اضطراب الشخصية الاعتمادية..... 439
- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية..... 440
- اضطرابات الشخصية الأخرى..... 441
- تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى..... 441
- اضطراب شخصية محدد آخر..... 442
- اضطراب شخصية غير محدد..... 443
- اضطرابات الولع الجنسي 445**
- اضطراب التلصص..... 446
- اضطراب الاستعراء..... 447

448	اضطراب الاحتكاك.....
449	اضطراب المازوخية الجنسية.....
450	اضطراب السادية الجنسية.....
451	اضطراب الولع بالأطفال.....
452	اضطراب الفيتشية.....
453	اضطراب لبس ملابس الجنس الآخر.....
454	اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر.....
455	اضطراب الولع الجنسي الغير المحدد.....
457	اضطرابات عقلية أخرى ورموز إضافية.....
457	اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى.....
458	اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى.....
459	اضطراب عقلي محدد آخر.....
459	اضطراب عقلي غير محدد.....
460	رموز إضافية.....
460	لا يوجد تشخيص أو حالة.....
461	اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية.....
467	حالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري.....
469	السلوك الانتحاري.....
470	سوء المعاملة والإهمال.....
471	مشاكل إساءة معاملة الطفل وإهماله.....
475	مشاكل سوء المعاملة والإهمال للبالغين.....
481	مشاكل العلاقات.....
481	مشاكل متعلقة بالتنشئة الأسرية.....
483	المشاكل المتعلقة بالبيئة الأسرية.....
484	مشاكل تعليمية.....

- 485.....مشاكل مهنية.
- 486.....مشاكل السكن.
- 487.....مشاكل اقتصادية.
- 488.....مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية.
- 490.....المشاكل ذات الصلة بالجريمة أو التداخل مع النظام القضائي.
- 490.....المشكلات المتعلقة بالظروف النفسية والاجتماعية والشخصية والبيئية الأخرى.
- 491.....المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الطبية وأشكال الرعاية الصحية الأخرى.
- 491.....ظروف التاريخ الشخصي.
- 491.....مقابلات الخدمات الصحية الأخرى للنصح والمشورة الطبية.
- 492.....الظروف أو المشاكل الإضافية التي قد تكون محل تركيز للاهتمام السريري.



مقدمة DSM-5-TR العربية

مضت تسع سنوات على صدور الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، وجرياً على عادة الجمعية الأمريكية للطب النفسي قامت في مارس 2022 بإصدار مراجعة للدليل الخامس تحت اسم DSM-5-TR. ولعل أهم سبب وراء إصدار أي طبعة منقحة من DSM هو الفترة الزمنية الطويلة التي تمتد حتى الإصدار الجديد، DSM-6 كمثال، والمتوقع صدوره بعد عشر سنوات على أقل تقدير، أي أن المتخصصين في الطب النفسي سيضطرون إلى استعمال مرجع مضى زمن طويل على صدوره، جاعلاً المعلومات التي يحويها قديمة عفا عليها الزمن، لا تتوافق وهذا التفجر في الأبحاث والعلوم العصبية والعقلية. ويضاف لذلك التصحيحات التي يمكن إجراؤها على المعايير ومتن النص والرموز المستخدمة للتشخيص.

كما أن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية قد تعرض للعديد من التغيرات والتي كانت تنشر عبر موقع الجمعية الأمريكية للطب النفسي. يضاف لذلك بعض الأخطاء البسيطة في التحرير والصياغات التي حوتها النسخة الورقية والتي احتاجت للتصحيح.

إن أهم ما حصل في هذه المراجعة إضافة اضطراب جديد هو (اضطراب الحداد المطول)، وأضيف السلوك الانتحاري إلى فصل الظروف أو المشاكل الإضافية التي قد تكون محل تركيز للاهتمام السريري، بالإضافة إلى التحديث على الرموز التي تستخدم لترميز الاضطرابات العقلية، كما أن هناك تعديلات طفيفة جداً وقعت على المعايير التشخيصية.

لقد كانت النقلة من DSM-IV-TR إلى DSM-5 تغييراً هائلاً في الفهم المعاصر للاضطرابات العقلية والمعايير والتصنيفات والتقسيمات الفئوية والنص، على حين يمكننا اعتبار الانتقال إلى DSM-5-TR كطبعة ثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي

الخامس للاضطرابات العقلية، وقد وقع التغيير الهام على متن النص أكثر منه على المعايير، وهو الحاوي على معلومات عن المظاهر المرافقة والتشخيص التفريقي ونسب الانتشار ومسار المرض وعوامل الخطورة والعوامل الإثنية والثقافية وغير ذلك. ومما يشار إليه، أن كامل الدليل قد خضع لمراجعة تعنى بالعوامل العرقية والإثنية من قبل لجنة بقيادة أول رئيسة من أصل أفريقي للجمعية الأمريكية للطب النفسي، لجعل الدليل مقبولاً من الأقليات، وأكثر تمثيلاً لاستعمالات اللغة المعاصرة ضمن السياق الاجتماعي و الثقافي الحالي في الولايات المتحدة الأمريكية.

أخيراً أود الإشارة لموضوعين هامين الأول هو العلاقة بين المراجعة للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية والتصنيف الدولي للأمراض الطبعة-11، والذي صدر مؤخراً عن منظمة الصحة العالمية. فالكثير من الباحثين الذين عملوا في الأول قد شاركوا أيضاً في صياغة الثاني، وكما هو معلوم كانت الرغبة على الدوام هي التقريب بينهما حتى الوصول في النهاية للاندماج الكامل ولكن الاختلافات بينهما لا زالت قائمة وإن أصبحت أقل مع مرور الأيام وتكرر المراجعات. والشأن الثاني هو موضوع الرموز المستخدمة وهي تعود للتصنيف ICD-10-CM على حين أن بقية العالم يتجه لاحقاً لاعتماد رموز الدليل ICD-11 وإن تأخر ذلك، وهذا يذكرنا بالاستخدام الأمريكي لرموز ICD 9 (الذي صدر عام 1979) حتى سنة 2015 على حين كان بقية العالم يستخدم رموز التصنيف ICD-10 (الذي صدر عام 1999). أخيراً يمكن لأي مهتم أن يقوم بمراسلتي على البريد الإلكتروني التالي (arabic.dsm.5@gmail.com).

نرجو أن يجد المهتمون هذا الكتاب نافعاً ومفيداً، نسأل الله الرشيد.

د. أنور الحمادي

غرة شوال 1443

مقدمة DSM-5-TR

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس الطبعة المنقحة DSM-5-TR، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، هو أول مراجعة منشورة لـ DSM-5. يدمج هذا الدليل المنقح معايير تشخيص DSM-5 الأصلية المنشورة مع التعديلات (غالباً للتوضيح) لأكثر من 70 اضطراباً، ونصاً وصفيّاً محدثاً شاملاً مصاحباً لكل اضطراب من اضطرابات DSM استناداً إلى مراجعات الأدبيات مذ تم نشر DSM-5، وإضافة تشخيص جديد هو اضطراب الحداد المطول، ورموز الأعراض للإبلاغ عن السلوك الانتحاري وغير الانتحاري لإيذاء النفس. تختلف هذه التغييرات عن نطاق مراجعة النص السابقة DSM-IV-TR، حيث اقتصرَت التحديثات آنذاك بشكل حصري تقريباً على النص، تاركة معايير التشخيص دون تغيير تقريباً. يدمج هذا الإصدار أيضاً جميع التحديثات السابقة عبر الإنترنت التي تم إجراؤها على DSM-5 بعد نشره في عام 2013، وذلك استجابةً للاستخدام، والتقدم العلمي المحدد، وتعديلات ترميز ICD-10-CM من خلال عملية مراجعة متكررة. وبالتالي، فإن DSM-5-TR هو نتاج ثلاث عمليات مراجعة منفصلة، كل واحدة تشرف عليها مجموعات منفصلة (ولكن متداخلة) من الخبراء :

■ مجموعة تطوير النص ومعايير التشخيص في DSM-5 الأصلية من قبل فريق عمل DSM-5، المنشور سنة 2013.

■ مجموعة تحديث معايير التشخيص في DSM-5 والنصوص من قبل لجنة توجيه DSM، التي أشرفت على عملية المراجعة المتكررة.

■ اللجنة الفرعية للمراجعة لتشرف على تحديث النص بالكامل .

يستمر الفهم السريري والبحثي للاضطرابات العقلية في التقدم، نتيجةً لذلك، خضعت معظم نصوص اضطرابات DSM-5-TR لبعض التنقيح على الأقل منذ 9 سنوات أي منذ النشر الأصلي في DSM-5، مع وجود مراجعات كبيرة للغالبية العظمى من النص. كانت

أقسام النص التي تم تحديثها على نطاق واسع هي الانتشار، والمخاطر والعوامل التنبؤية، والقضايا التشخيصية المتعلقة بالثقافة، والقضايا التشخيصية المتعلقة بالجنس والجندر، والارتباط بالأفكار أو السلوك الانتحاري، والمرض المشتركة. أيضاً، ولأول مرة على الإطلاق، تمت مراجعة نص الدليل التشخيصي والإحصائي بالكامل وتنقيحه من قبل مجموعة العمل المعنية بالإنصاف والإدماج الإثني والعنصري لضمان الاهتمام المناسب بعوامل الخطر مثل تجربة العنصرية والتمييز، فضلاً عن استخدام - اللغة الواضحة. للحصول على ترميز DSM-5-TR الدوري في المستقبل والتحديثات الأخرى، راجع www.dsm5.org.

للاستفادة من المرجع في هذا الدليل، يشير "DSM" بشكل عام إلى DSM ككيان، ولا يحدد إصداراً معيناً، على سبيل المثال، "التدريب والخبرة السريرية مطلوبان لاستخدام DSM لتحديد التشخيص السريري". يشير "DSM-5" إلى المجموعة الكاملة من مجموعات المعايير، والاضطرابات، والحالات الأخرى، المعتمدة حالياً والمحتوى المنشور رسمياً في مايو 2013. ويشير "DSM-5-TR" إلى النص المعتمد في هذا المجلد الحالي. على الرغم من أن نطاق مراجعة النص لم يتضمن التغييرات المفاهيمية لمجموعات المعايير أو على تركيبات DSM-5 الأخرى، إلا أن الحاجة إلى إجراء تغييرات في مجموعات معايير التشخيص لغرض التوضيح أصبحت واضحة بالتزامن مع التحديثات النصية التي تم إجراؤها على الكتاب. ونظراً لأن البنية المفاهيمية للمعايير لم تتغير، فإن المعايير المحددة في هذا الكتاب DSM-5-TR التي نشأت في DSM-5 لا زال يُشار إليها باسم "معايير DSM-5" كما يُشار إلى الكيان التشخيصي الجديد لاضطراب الحداد المطول باسم اضطراب DSM-5-TR، نظراً لإضافته في هذا المجلد. كان تطوير DSM-5-TR جهداً جماعياً هائلاً، ونحن مدينون بشكل خاص للجهود الدؤوبة التي بذلها ويلسون إم كومبتون، ودانييل إس باين، نائباً رئيس اللجنة الفرعية لمراجعة نص DSM-5، بالإضافة إلى أكثر من 200 خبير في مجالنا ممن شاركوا في ذلك، وكان لهم نصيب الأسد من

العمل في إعداد نص المراجعة. نود أيضاً أن نشكر بول أبيلباوم رئيس لجنة توجيه DSM، جنباً إلى جنب مع لجنة توجيه DSM بأكملها، لمراجعتهم الدقيقة للنص وشروطات المعايير، وتقديم اقتراحات مفيدة أخرى. نتوجه بامتنان خاص إلى آن ميج مديرة التحرير في DSM، لرعايتها عملية تطوير المرجع DSM-5-TR منذ بدء التخطيط إلى الانتهاء، واهتمامها الدقيق بالتفاصيل، وكلها أمور ضرورية لنجاح هذه المراجعة. نحن ممتنون للمساهمة القيمة ومساعدة نيتن كوجتي رئيس قسم البحوث في الجمعية الأمريكية للطب النفسي ونائب المدير الطبي. ونشكر ديانا كلارك المدير العام للبحوث والخبرة في الإحصاء والوبائيات، ونشكر لمياء يوسف مدير عمليات DSM أول وباحث مشارك. ونحن ممتنون لقيادة الناشر جون مكدوفي، في دار نشر الجمعية الأمريكية للطب النفسي، كما نشكر موظفي الإنتاج والتحرير في هذه الدار لجهدهم حتى يؤتي هذا العمل المهم ثماره: جريج كوني مدير تحرير الكتب، وتامي كوردوفا، مدير تصميم الجرافيك، وأندرو ويلسون مدير الإنتاج، وجودي كاستاغنا مساعدة مدير خدمات الإنتاج، وأليسا ريكاردي المحررة الأولى للكتب، وكاري فارنهام المحرر الأول للكتب، وإريكا باركر المحررة. أخيراً، نعترف أيضاً مع التقدير بدور شاول ليفين، الرئيس التنفيذي والمدير الطبي للجمعية الأمريكية للطب النفسي، لمناصرته ودعمه لهذه المراجعة الشاملة للنص.

د. مايكل فيرست

الرئيس المشارك للجنة المراجعة الفرعية ومحرر DSM-5-TR

د. فيليب وانج

الرئيس المشارك للجنة المراجعة الفرعية

5 نوفمبر 2021

مقدمة DSM-5 العربية

نضع بين أيدي القراء الكرام هذه الخلاصة التي جاءت لتوجز الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، والذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الشهر الخامس أيار من العام 2013.

ويعلم القارئ المهتم بشأن الطب النفسي أن استيعاب هذا الدليل يعتبر حجر الزاوية، لكل من أراد أن يمارس الطب النفسي وتكون ممارسته متسقة مع المعارف المعاصرة، بحيث تلتزم بالمفاهيم الأساسية التي وضعت لتجعل من تشخيص وتبويب الاضطرابات النفسية، الوسيلة والطريقة التي تمكن المجتمع الطبي من التواصل والتفاهم، وتجعل المعالجة للاضطرابات النفسية تعتمد قدر الإمكان على أرضية تشخيصية دقيقة.

وكان الهدف من وضع هذا الموجز هو إيصال المعلومة المطلوبة بالشكل المختصر دون أن يكون هذا الاختصار على حساب الدقة والوضوح، فبعد المراجعات المتعددة والمتأنية للدليل الخامس، وبعد إمعان النظر في النقاط الرئيسية التي يتوجب إدراجها في هذه الخلاصة - حيث إن الطبعة الحالية للدليل الخامس يناهز عدد صفحاتها الألف كما يصل عدد الكلمات فيها إلى النصف مليون كلمة ويدرك القارئ الحصيف ضخامة هذه الأرقام - استقر الرأي على اعتماد المعايير بشكل أساسي وحرفي، كما أضيف فصل هام يتعلق بالتغييرات التي حصلت على الدليل عند انتقاله من الطبعة الرابعة إلى الدليل الخامس، وجرى إضافة ملحق يتضمن التصنيف الرقمي للاضطرابات العقلية حسب التصنيف الدولي العاشر للأمراض.

ولا بد هنا من ذكر الأسس التي اعتمدت لإعداد هذه الخلاصة المترجمة والتي يمكن تلخيصها بالنقاط التالية:

■ اللجوء للغة العلمية البسيطة

لقد استخدمت اللغة البسيطة السهلة عند ترجمة المعايير، كما ابتعدت عن

المصطلحات المعقدة والتي لن تُفهم غالباً إلا بعد العودة للقواميس المتخصصة، وهذا ما يبعد عن الغاية والهدف وهي جعل معايير الاضطرابات العقلية واضحة سهلة الاستخدام في السياقات المختلفة التي تقتضي الحاجة لها، ولكن وكما استعملت اللغة السهلة فكان غاية همي ألا تذهب البساطة والسهولة بالمعنى الحقيقي للترجمة.

■ الاعتماد على المبادئ التي وضع الدليل الخامس بناءً عليها عند عملية نقله إلى اللغة العربية

إن أهم المبادئ التي قام عليها الدليل الخامس، هي محاولة جعل التصنيف الحديث للاضطرابات العقلية بعيداً قدر الإمكان عن الوصمة السلبية التي لاحقت كل ما يخص الاضطرابات العقلية، وكان أحد الأدوات المستخدمة هي استبدال المصطلحات التي تحمل معنىً سلبياً (ليس بالمصطلح نفسه بالضرورة وإنما عبر الاستعمال المجتمعي له) بمصطلحات محايدة بعيدة عن زرع النفور والموقف السلبي منها، كاستعمال مصطلح الإعاقة الذهنية عوضاً عن التخلف العقلي، والاضطراب العصبي المعرفي عوضاً عن الخرف وغيرها الكثير، مما تجده في النصوص.

فكان أن اتبعت نفس المبدأ عند الترجمة فأثرت قدر الإمكان أن تكون المصطلحات المستخدمة كما اللغة، بعيدة عن الوقع المنفر، ولجأت للمصطلحات التي ليس لها أبعاد قد تحمل معاني أخرى غير ما قصد منها، فلم استخدم مثلاً كلمة الضلالات على الإطلاق لما لها من مضمون يتعلق بالدين، واستعضت عنها بالأوهام، كما لم استخدم تعبير الشذوذ الجنسي، نظراً للوصمة التي يحملها هذا التعبير، وغير ذلك مما يوجد في ثنايا الكتاب.

■ تبني مصطلح الجندر

إن مصطلح الجندر والمقصود به الدور الذي يحياه الفرد في المجتمع، هو المصطلح الوحيد المناسب للاستعمال في السياق الصحيح، فاعتبرت أنه من الأفضل المحافظة على استعمال الكلمة الانكليزية في النص العربي، مع شرح وتفسير هذا المصطلح قبل

البدء في تصنيف الاضطرابات ذات الصلة.

■ جعل الباب مفتوحاً أمام أي انتقاد أو تصويب أو تصحيح

يمكن لأي مهتم أن يقوم بمراسلتي على البريد الإلكتروني التالي (arabic.dsm.5@gmail.com) وذلك تداركاً لأي قصور قد يجده القارئ، أو عندما يشعر أن لديه أفكاراً تستحق أن تؤخذ بعين الاعتبار بما يتعلق بالأخطاء - إن وجدت - أو لكون بعض المصطلحات تستوجب إعادة النظر فيها، إنني أرحب بأي فكرة تدلني على أخطائي.

نرجو أن يجد المهتمون هذا الكتاب نافعاً ومفيداً، نسأل الله الرشيد.

أنور الحمادي

غرة شعبان 1435



مقدمة DSM-5

إن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي، هو تصنيف للاضطرابات العقلية المرتبطة بمعايير تهدف إلى تسهيل التشخيص وجعله أكثر موثوقيةً لهذه الاضطرابات. فعلى مدى السنوات الستين الماضية، ومع تتالي الطبقات فقد أصبح هذا الدليل مرجعاً معيارياً للممارسة السريرية في مجال الصحة العقلية. ونظراً لعدم إمكانية إعطاء الوصف الكامل للعملية المرضية المستبطنة، بالنسبة لمعظم الاضطرابات النفسية، فمن المهم التأكيد على أن معايير التشخيص الحالية هي أفضل وصف متاح للكيفية التي تعبر فيها الاضطرابات العقلية عن نفسها، بحيث يمكن أن يتعرف عليها الأطباء المُدرِّبين.

إن المقصود من الدليل التشخيصي والإحصائي أن يكون بمثابة دليل عملي، وظيفي، من لتنظيم المعلومات مما يساعد في التشخيص الدقيق والعلاج للاضطرابات العقلية. كما أن هذا الدليل يعد أداة هامة بالنسبة للأطباء، ومصدراً أساسياً للطلاب والممارسين، ومرجعاً للباحثين في هذا المجال.

وعلى الرغم من أن هذه الطبعة من الدليل التشخيصي والإحصائي قد صممت أولاً وقبل كل شيء لتكون دليلاً مفيداً للممارسة السريرية، وباعتبارها المرجع الرسمي فيجب أن تكون قابلة للتطبيق في مجموعة متنوعة وواسعة من السياقات. لقد استخدم الدليل التشخيصي والإحصائي من قبل الأطباء والباحثين من مختلف التوجهات (البيولوجية، الأنظمة النفسية والمعرفية والسلوكية والشخصية، والأسرة). حيث سعى الجميع للوصول إلى لغة مشتركة للتواصل بشأن الخصائص الأساسية للاضطرابات العقلية التي لحظوها لدى مرضاهم.

وتعد هذه المعلومات ذات قيمة لجميع المهنيين المرتبطين بمختلف جوانب الرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الأطباء النفسيين، وغيرهم من الأطباء وعلماء النفس

والأخصائيين الاجتماعيين والممرضات، والمستشارين، والأخصائيين في الطب الشرعي والقانوني، وفي العلاج الوظيفي وإعادة التأهيل، وغيرهم من المهنيين الصحيين. لقد جرى إعداد المعايير بحيث تكون موجزة وواضحة وتهدف إلى تسهيل إجراء التقييم الموضوعي لتظاهرات الأعراض، في مجموعة متنوعة من المواقف السريرية للمرضى المقبولين في المستشفيات، والعيادات الخارجية، والممارسة السريرية الخاصة، والرعاية الصحية الأولية، وكذلك في عموم المجتمع. وبالنسبة للدراسات الوبائية للاضطرابات العقلية. فيعد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أداة لجمع وتوصيل إحصائيات دقيقة عن الصحة العامة والمرضاة ومعدلات الوفيات للاضطرابات العقلية. أخيراً، فإن المعايير والنصوص المقابلة تعد بمثابة مرجع للطلاب في فترة مبكرة من مهنتهم، والذين يحتاجون إلى طريقة منظمة لفهم وتشخيص الاضطرابات العقلية، إلى جانب المحترفين المتمرسين والذين يواجهون اضطرابات نادرة لأول مرة. ولحسن الحظ، فكل هذه الاستخدامات متوافقة مع بعضها البعض، وقد أخذت هذه الاحتياجات والمصالح المتنوعة بعين الاعتبار عند تخطيط الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس. هذا وقد جرت موافقة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس مع تصنيف منظمة الصحة العالمية الدولي للأمراض (ICD)، وهو نظام الترميز الرسمي المستخدم في الولايات المتحدة، حيث أن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي تحدد الاضطرابات التي عرّفها تصنيف منظمة الصحة العالمية الدولي للأمراض بالتسميات التشخيصية ورموز الأرقام. وستجد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، كلاً من رموز ICD-9-CM و ICD-10-CM (وهذا الأخير تقرر اعتماده في أكتوبر تشرين الأول 2014) حيث تحاذي هذه الرموز الاضطرابات ذات الصلة في التصنيف.

وعلى الرغم من أن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس يبقى تصنيفاً فئوياً لاضطرابات منفصلة، فنحن ندرك أن الاضطرابات النفسية قد لا تتوافق تماماً ودائماً ضمن حدود اضطراب واحد. فبعض مجالات الأعراض، مثل الاكتئاب والقلق، تشترك

بفئات متعددة من التشخيصات وقد تعكس القابلية المشتركة لمجموعة أكبر من الاضطرابات. واعترافاً بهذا الواقع، فالاضطرابات المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس تم إعادة ترتيبها ضمن بنية معدلة، وذلك بغية تحفيز وجهات نظر سريرية جديدة. وتتوافق هذه البنية الجديدة مع الترتيب التنظيمي المخطط في ICD-11 والذي قد جرت الجدولة لنشره عام 2015. كما أدخلت تحسينات أخرى على الدليل لتسهيل الاستخدام في جميع المواضيع.

■ تمثيل الشؤون التطورية المتعلقة بالتشخيص

فالتغيير في ترتيب الفصول يعكس بشكل أفضل المقاربة للفترة العمرية، فوضعت الاضطرابات التي عادةً ما تشخص في مرحلة الطفولة (مثل اضطرابات النمو العصبية) في بداية الدليل، ووضعت الاضطرابات التي تنطبق على مرحلة متقدمة من حياة البالغ (الاضطراب العصبي المعرفي) في نهاية الدليل. كما وضعت أيضاً، داخل النص، بعض العناوين الفرعية عن التطور والمسار لتقديم وصف للكيفية التي قد تتغير فيها مظاهر الاضطراب عبر المراحل العمرية.

وأضيفت العوامل المرتبطة بالعمر المحددة لتشخيص ما (على سبيل المثال، تظاهرات الأعراض واختلافات الوقوع لدى فئات عمرية معينة) إلى النص. وللتأكيد الإضافي فهذه العوامل المرتبطة بالعمر قد أضيفت إلى المعايير نفسها حيث اقتضت الحاجة (على سبيل المثال، في مجموعات معايير اضطراب الأرق واضطراب الكرب ما بعد الصدمة، حيث أن معايير محددة تصف كيف يمكن لبعض الأعراض أن تعرب عن نفسها عند الأطفال). وبالمثل، فalcضايا المتعلقة بالجندر والثقافة قد جرى دمجها ضمن الاضطرابات عند الاقتضاء.

■ دمج النتائج العلمية من أحدث الأبحاث في مجال علم الوراثة والأشعة العصبية

لقد جرى دمج بنية الدليل المنقحة بنتائج الأبحاث الحديثة في علم الأعصاب والروابط الوراثية الناشئة بين المجموعات التشخيصية. ويسلط النص الضوء على عوامل الخطورة

ومؤشرات الإنذار، وبعض علامات التشخيص المفترضة الوراثية والفيزيولوجية. فينبغي لهذه البنية الجديدة أن تحسن قدرة الأطباء على تحديد التشخيص في اضطراب الطيف، استناداً للتعرض إلى الدارة العصبية والاستعداد الوراثي، والتعرض للعوامل البيئية.

■ توحيد اضطراب التوحد، اضطراب اسبرجر، واضطراب النمو الشامل في اضطراب طيف التوحد

حيث تمثل أعراض هذه الاضطرابات سلسلة متصلة واحدة، تتدرج في شدتها من خفيفة إلى تدن حاد في اثنين من مجالات التواصل الاجتماعي والسلوكيات/الاهتمامات المتكررة النمطية، عوضاً عن أن تكون اضطرابات متميزة. لقد تم تصميم هذا التغيير لتحسين حساسية ونوعية المعايير لتشخيص اضطراب طيف التوحد، وتحديد أهداف أكثر تركيزاً لعلاج التدنيات المحددة.

■ تبسيط تصنيف اضطرابات ثنائي القطب، والاكتئاب

إن اضطرابات ثنائي القطب، والاضطرابات الاكتئابية هي حالات التشخيص الأكثر شيوعاً في مجال الطب النفسي. فكان من المهم تبسيط عرض هذه الاضطرابات لتعزيز كل من الاستخدامات السريرية والتعليمية. فبدلاً من فصل تعريف الهوس، تحت الهوس، ونوبات الاكتئاب الجسيم من تعريف اضطراب ثنائي القطب I، اضطراب ثنائي القطب II، والاضطراب الاكتئابي كما كان الحال في الطبعة السابقة، فقد أدرجنا جميع المعايير المكونة ضمن معايير كل اضطراب. إن هذا النهج سييسل التشخيص والعلاج لهذه الاضطرابات الهامة. وبالمثل، فإن الملاحظات التفسيرية للتمييز بين الاضطرابات الاكتئابية والحداد، تقدم توجيهات سريرية أكبر بكثير مما كان سابقاً في معيار الاستبعاد البسيط للحداد. كما قمنا الآن بالوصف الكامل للمحددات الجديدة للانزعاج القلبي، والمظاهر المختلطة في السياق السردى لهذه المحددات ضمن الاضطرابات.

■ إعادة هيكلة اضطرابات استعمال المواد من أجل التناسق والوضوح

لقد تم انهاء فئات سوء استعمال المواد والاعتماد على المواد وجرى استبدالها بفئة جديدة شاملة هي اضطرابات استعمال المواد مع تحديد المادة لتعريف الاضطرابات المحددة. لقد كان الخلط سهلاً بين مصطلحي "الاعتماد" و"الإدمان" حيث أنه، وفي الواقع، فالتحمل والسحب التي حددت سابقاً الاعتماد لا تعدو كونها استجابات طبيعية جداً للأدوية الموصوفة، والتي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ولا تشير بالضرورة إلى وجود الإدمان. عن طريق تنقيح وتوضيح هذه المعايير في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، فنحن نأمل بالتخفيف من بعض سوء الفهم المنتشر على نطاق واسع حول هذه الأمور.

■ تعزيز النوعية للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم والمعتدل

نظراً للتفجر في علم الأعصاب، علم النفس العصبي، وتصوير الدماغ على مدى السنوات العشرين الماضية، كان من الأهمية بمكان نقل الفهم الحالي لفن تشخيص أنواع معينة من الاضطرابات، والتي أشير إليها سابقاً باسم "الخرف" أو أمراض الدماغ العضوية. إن التشخيص السريري المتقدم إلى حد كبير، عبر فصل العلامات البيولوجية التي حددها التصوير، لاضطرابات الأوعية الدموية وأذيات الدماغ الرضية والنتائج الوراثية الجزيئية المحددة للمتغيرات النادرة من مرض الزهايمر ومرض هنتنغتون. إن هذه الاضطرابات وغيرها قد جرى فصلها إلى أنماط فرعية أكثر تحديداً.

■ التحول في مفهوم اضطرابات الشخصية

على الرغم من أنه قد تم التعرف على فوائد اتباع نهج الأبعاد المتعددة لاضطرابات الشخصية في الطبقات السابقة، فالانتقال من نظام التشخيص الفئوي للاضطرابات المنفصلة، إلى نظام قائم على التوزيع النسبي للسمات الشخصية لم يلق قبولاً على نطاق واسع. في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، تكاد تكون مجموعات اضطرابات الشخصية لم تتغير تقريباً عن الطبعة السابقة. ومع ذلك، فقد تم اقتراح نموذج بديل "هجين" في القسم الثالث لتوجيه البحوث المستقبلية، التي تفصل تقييم

أداء الشخصية والتعبير عن السمات الشخصية المرضية لستة اضطرابات محددة. كما اقترح أيضاً مجال أكثر أبعاداً للتعبير عن السمات الشخصية المرضية للمقاربة المعتمدة على السمة المحددة.

■ القسم الثالث: اضطرابات ومظاهر جديدة

تمت إضافة قسم جديد (القسم الثالث) لتسليط الضوء على الاضطرابات التي تتطلب مزيداً من الدراسة، ولكنها لم تترسخ بالقدر الكافي لتكون جزءاً من التصنيف الرسمي للاضطرابات العقلية وذلك للاستخدام السريري الروتيني. كما تم دمج المقاييس المتعددة الأبعاد لشدة الأعراض، في ثلاثة عشر من مجالات الأعراض للسماح بقياس مستويات أعراض متفاوتة الشدة في جميع الفئات التشخيصية. وبالمثل، فإن جدول تقييم الإعاقة التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHODAS)، وهو طريقة قياسية لتقييم مستويات العجز الشامل للاضطرابات العقلية، والتي تعتمد على التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF) والمطبق في جميع الفروع الطبية، قد استخدم ليحل محل التقييم الشامل للأداء الأكثر محدودية. ويحدونا الأمل في أن تطبيق مثل هذه المقاييس، سوف توفر قدراً أكبر من الدقة والمرونة في الوصف السريري للأعراض الفردية، والعجز المرتبط بها خلال التقييمات التشخيصية وذلك مع مرور الوقت.

■ تحسينات على الإنترنت

لقد تم تقديم ميزة المعلومات الإضافية عن الدليل الخامس على الإنترنت. حيث تتواجد على الإنترنت مقاييس للشدة وذلك على موقع (www.psychiatry.org/dsm5). والتي ترتبط بالاضطرابات ذات الصلة. بالإضافة إلى ذلك، فصيغ المقابلة الثقافية، صيغ المقابلة الثقافية - نمط المعرف، والنماذج التكميلية للصيغ الثقافية موجودة على الإنترنت في الموقع أعلاه.

لقد صممت هذه الإبداعات من قبل السلطات الرائدة في مجال الاضطرابات العقلية عبر العالم، وطُبقت بعد استعراضها من قبل الخبراء، وبناءً على التعليق العام، ومراجعات

الأقران المستقلة. إن مجموعات العمل الثلاثة عشر، تحت إشراف فريق العمل للدليل الخامس، وبالتعاون مع هيئات المراجعة الأخرى، وأخيراً، مجلس أمناء الجمعية الأمريكية للطب النفسي، تمثل مجتمعةً الخبرات العالمية لهذا التخصص.

وقد جرى دعم هذا الجهد من قبل قاعدة واسعة من المستشارين والطاقم المحترف من شعبة بحوث الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ونظراً للحجم الكبير لأعداد المعنيين بالأمر فلن يتسع المجال لذكرهم هنا. إننا مدينون بالشكر بشكل كبير لأولئك الذين كرسوا ساعاتٍ لا تحصى، وللخبرات التي لا تقدر بثمن في هذا الجهد لتحسين تشخيص الاضطرابات العقلية. ونود أن نشير خصوصاً إلى الكراسي البحثية، ومنسقي النصوص، وأعضاء مجموعات العمل الثلاثة عشر، والمدرجة في بداية الدليل، والذين أمضوا ساعات طويلة في هذا الجهد التطوعي لتحسين الأساس العلمي للممارسة السريرية لأكثر من ست سنوات متواصلة.

ديفيد كوبفر

رئيس مجموعة العمل للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس

داريل رجر

نائب رئيس مجموعة العمل للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس

التاسع عشر من كانون الأول 2012



اضطرابات النمو العصبية

Neurodevelopmental disorders

هي مجموعة من الحالات، تظهر خلال فترة النمو. تبدأ عادةً مبكراً وذلك قبل سن الدراسة، وتتميز بحصول عجز خلال التطور يؤدي إلى الانخفاض في الأداء الشخصي والاجتماعي والأكاديمي أو المهني.

ويتنوع هذا النقص التطوري من صعوبات محددة في التعلم أو السيطرة أو المهام التنفيذية، ليمتد إلى عجز شامل في المهارات الاجتماعية أو الذكاء. وتحصل هذه الاضطرابات في الكثير من الحالات بشكل مشترك، فعلى سبيل المثال، نجد لدى الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد إعاقه ذهنية (اضطراب النمو الذهني) كما يصاب العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة (ADHD) بأنواع محددة من اضطرابات التعلم.

وبالنسبة لبعض الاضطرابات، فتتضمن الصورة السريرية العجز والتأخر في تحقيق مراحل النمو والتطور المتوقعة، وتواجد العجز في العديد من السياقات، فعلى سبيل المثال، يُشخص اضطراب طيف التوحد فقط عندما يترافق العجز في التواصل الاجتماعي، بالسلوكيات المتكررة المفرطة، والاهتمامات المحددة، والإصرار على الحفاظ على التشابه.

الإعاقات الذهنية

Intellectual Disabilities

(اضطراب النمو الذهني)

Intellectual Disability Disorder

الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) هي اضطراب، يبدأ خلال فترة التطور مشتملاً على العجز في الأداء الذهني والتكيفي في مجال المفاهيم والمجالات الاجتماعية والعملية. يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

A- القصور في الوظائف الذهنية، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والمحاكمة، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كلٌ من التقييم السريري واختبار الذكاء المعياري الفردي.

B- إن القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية الاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية. ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة، مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.

C- بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور.

ملاحظة: مصطلح اضطراب النمو الذهني يستخدم لتوضيح علاقته مع نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD-11، والذي يستخدم مصطلح اضطرابات النمو الذهني. يتم وضع المصطلح المعادل للإعاقة الذهنية بين أقواس لمواصلة الاستخدام. تستخدم الأدبيات الطبية والبحثية كلا المصطلحين، بينما يشيع مصطلح الإعاقة الذهنية في

المجال التعليمي وغيرها من المهن، وجماعات المناصرة، وعامة الناس. في الولايات المتحدة، غيّر القانون العام 111-256 (قانون روزا) جميع الإشارات إلى "التخلف العقلي" في القوانين الفيدرالية إلى "الإعاقة الذهنية".

تعيين الشدة الراهنة (انظر الجدول 1):

- (F70) خفيفة
- (F71) متوسطة
- (F72) شديدة
- (F73) عميقة

جدول 1 - مستويات الشدة في الإعاقة الذهنية			
مستوى الشدة	مجال المفاهيم	المجال الاجتماعي	المجال العملي
خفيف	عند أطفال ما قبل المدرسة، قد لا توجد اختلافات واضحة. بينما للأطفال في سن الدراسة وللبالغين فهناك صعوبات في تعلم المهارات الأكاديمية مثل القراءة والكتابة والمال والوقت والرياضيات مع	مقارنةً مع التطور المثالي للأقران، ينقص الفرد النضج في التفاعلات الاجتماعية، مثل الصعوبة في التقاط الإشارات الاجتماعية للأقران. ويكون التواصل والمحادثة واللغة أقل نضجاً وأكثر جموداً مما هو	قد يكون الاهتمام الشخصي مناسباً بالنسبة للسن، ولكن الفرد يحتاج للدعم في المهام اليومية المعقدة مقارنة بأقرانه. وخلال فترة البلوغ يكون الدعم في التبضع والتنقل والعناية بالطفل والمنزل والاهتمام

بالتغذية وإدارة المال. المهارات الترفيهية مماثلة للأقران ولكن المحاكمة المتعلقة بالسلامة والتنظيم خلال الترفيه تحتاج للدعم. وخلال فترة البلوغ فالعمل التنافسي يظهر غالباً في الأعمال التي لا تحتاج للخيال. ويحتاج هؤلاء الأشخاص للدعم فيما يتعلق باتخاذ القرارات الصحية والقانونية ولتعلم المهارات التنافسية للمهنة، ويحتاجون عادة للوعون لإنشاء عائلة.	متوقع لهذا السن. وقد تحصل بعض الصعوبات في ضبط المشاعر والسلوك بشكل يتناسب مع السن وتبدو هذه الصعوبات واضحة للأقران في المواقف الاجتماعية. كما يوجد فهم محدود للخطر في المواقف الاجتماعية، وتكون المحاكمة الاجتماعية قاصرة بالنسبة للسن، ويكون الشخص معرضاً للتلاعب به من قبل الآخرين(السذاجة).	الحاجة للدعم في واحد أو أكثر من هذه المجالات لتلبية التوقعات المرتبطة بالعمر. عند البالغين ينخفض التفكير التجريدي، والمهام التنفيذية (مثل التخطيط الاستراتيجي تحديد الأولويات والمرونة المعرفية) والذاكرة القريبة كما ينخفض الاستعمال للمهارات الأكاديمية (مثل القراءة والإدارة المالية) كما تكون المقاربة للمشاكل وللحلول جامدة نوعاً ما مقارنةً بنظرائه في السن.	
يستطيع الفرد	يظهر الشخص	خلال فترة التطور	متوسط

الاهتمام بالحاجات الشخصية المتضمنة، الطعام واللباس والإفراغ والنظافة وذلك كبالغ على الرغم من الوقت الطويل الذي يحتاجه للتعلم ليصبح مستقلاً في ممارسة هذه الأشياء ولكن قد تستمر الحاجة للتذكير. والمشاركة في كافة المهام المنزلية قد تتحقق ولكن عقب فترات التعليم المطولة. كما أن المعونة المستمرة مهمة للوصول لمستوى أداء البالغين. العمل المستقل في وظائف لا تحتاج	اختلافات واضحة مقارنة بأقرانه في السلوك الاجتماعي والتواصلي. اللغة المنطوقة أداة أساسية للتواصل الاجتماعي ولكنها أقل تعقيداً بكثير من لغة أقرانه. واستيعاب العلاقات أمر ثابت من خلال الارتباط مع العائلة والأصدقاء خلال الحياة وقد تنشأ علاقات رومانسية خلال البلوغ. ولكن قد لا يُفسر الأفراد الإشارات الاجتماعية بشكل مناسب. وتتحدد المحاكمة الاجتماعية وقدرات اتخاذ القرار ويجب أن	كاملة تكون المهارات التصورية دون مهارات أقرانه. في الفترة السابقة للمدرسة تكون اللغة والمهارات ما قبل الأكاديمية بطيئة التطور. خلال الدراسة فالتطور يكون بطيئاً في القراءة والكتابة والرياضيات وفهم الوقت والمال ويكون محدوداً مقارنةً بالأقران. عند البالغين تكون المهارات الأكاديمية ضعيفة في المرحلة الابتدائية والحاجة للدعم واضحة لاستعمال هذه المهارات في العمل والحياة الشخصية. الحاجة المستمرة
--	---	---

للمهارات التصورية والتواصلية قد يتحقق ولكن لابد من توافر الدعم المستمر من الزملاء والمشرفين وغيرهم لتلبية المتطلبات الاجتماعية، وتعقيدات العمل والمهام الإضافية كالمواعيد والتنقلات والفوائد الصحية وإدارة النقود. ويمكن تطور عدد متنوع من المهارات الترفيهية وهذه تحتاج بدورها للدعم الإضافي إضافةً لفرص التعلم وذلك عبر فترات طويلة. السلوك السيء يظهر في أقلية معتبرة وقد يؤدي لمشاكل	يساعد مقدمو العناية هؤلاء الأفراد باتخاذ القرارات خلال حياتهم. علاقات الصداقة مع الأقران ذوي التطور الطبيعي غالباً ما تتأثر بالتواصل والمحددات الاجتماعية. الحاجة لدعم اجتماعي وتواصل واضح ومهم لتحقيق النجاح في مواقع العمل.	للمساعدة اليومية في استعمال مهارات المفاهيم في مهام الحياة اليومية. وقد يقوم آخرون بهذه المهام بشكل كامل للشخص.	
---	--	--	--

اجتماعية			
يحتاج الفرد للدعم في كل أنشطة الحياة اليومية، متضمناً الوجبات واللبس والاستحمام والإفراغ ويحتاج الفرد للإشراف الدائم. ولا يستطيع الفرد اتخاذ القرارات المتعلقة بالسلامة للنفس أو للغير. وخلال البلوغ فالمشاركة في مهام داخل المنزل أو في الترفيه أو العمل يحتاج للمساعدة المستمرة. اكتساب المهارات في جميع المجالات تحتاج للتعليم المطول والدعم المستمر. السلوك السيئ والمتضمن	اللغة المنطوقة محدودة جداً بما يتعلق بالمفردات والقواعد. وقد يغدو الكلام عبارة عن كلمات مفردة أو مقاطع وقد يظهر بوسائل تحريضية. ويركز الكلام والتواصل على هنا والآن في أحداث الحياة اليومية. تستخدم اللغة للتواصل الاجتماعي أكثر منه للشرح ويفهم الفرد الكلام البسيط والإيماءات الاجتماعية. العلاقات مع أفراد العائلة والأشخاص المألوفين تكون مصدراً للسعادة والدعم.	الوصول لمهارات تصورية يكون محدوداً. فهم اللغة المكتوبة يكون قليلاً كما يكون الفهم محدوداً لمفاهيم تتضمن الأرقام والكميات والزمن والمال. يزود الرعاية هؤلاء الأشخاص بالدعم المكثف لحل المشكلات خلال الحياة.	شديد

إيذاء الذات يظهر لدى أقلية واضحة.			
يعتمد الفرد على الآخرين في كل مناحي العناية الفيزيائية اليومية ومن ناحية الصحة والسلامة رغم أنه قد يكون قادراً على المشاركة في بعض هذه النشاطات. الأفراد الذين لا يعانون من نقص بدني شديد قد يساعدون في بعض المهمات اليومية في المنزل كحمل الصحن للطاولة، الأفعال البسيطة مع الأشياء قد تكون أساساً للمساهمة في بعض النشاطات المهنية مع	يملك الفرد فهماً محدداً جداً للتواصل الرمزي في الكلام أو الإيماء. فقد يفهم أو تفهم تعليمات أو إيماءات بسيطة. يعبر الفرد عن رغباته بشكل كبير عبر التواصل الغير لفظي أو رمزي. ويستمتع الفرد بالعلاقات مع أفراد العائلة أو الرعاية والأشخاص المألوفين. ويبدأ ويستجيب لتفاعلات الاجتماعية بالدلائل الإيمائية أو العاطفية. النقص الحسي والبدني المرافق قد يمنع	مهارات التصور تتضمن عادة العالم الفيزيائي بدلاً عن العملية الرمزية. وقد يستخدم الفرد أشياء بصورة محددة بهدف العناية بالنفس والعمل والترفيه. مهارات بصرية مكانية محددة لتحديد المتماثل والترتيب والمستندة لمواصفات فيزيائية يمكن اكتسابها. على كل حال فالنقص الحركي والحسي المرافق قد يمنع من الاستعمال الوظيفي للأشياء.	عميق

مستويات عالية من الدعم المستمر. النشاطات الترفيهية قد تتضمن مثلاً الاستماع للموسيقى أو متابعة الأفلام أو الخروج للنزهة أو المشاركة في النشاطات المائية وكل ذلك بمساعدة الغير. النقص الحسي والحركي المرافق يكون حاجزاً معتاداً ضد المشاركة (عدا المشاهدة) في المنزل وخلال الترفيه او في النشاطات المهنية. السلوك السيء يظهر لدى أقلية واضحة.	الكثير من النشاطات الاجتماعية.		
---	---------------------------------------	--	--

تأخر النمو الشامل

Global Developmental Delay (F88)

يُحتفظ بهذا التشخيص للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات عندما لا يمكن تقييم مستوى الشدة السريرية بشكل موثوق خلال مرحلة الطفولة المبكرة. يتم تشخيص هذه الفئة عندما يفشل الفرد في تحقيق مراحل النمو المتوقع في عدة مجالات من الأداء الذهني، وينطبق على الأفراد الذين لا يستطيعون الخضوع لتقييم منهجي للأداء الذهني، بما في ذلك الأطفال الذين هم أصغر من أن يشاركوا في الاختبارات المعيارية. وهذه الفئة تتطلب إعادة تقييم بعد فترة من الزمن.

الإعاقة الذهنية غير المحددة

Unspecified Intellectual Developmental Disorder (F79)

يحتفظ بهذه الفئة للأفراد فوق سن 5 سنوات الذين يصعب أو يستحيل تقييم درجة الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) عندهم عن طريق الوسائل والإجراءات المتاحة محلياً بسبب النقص الحسي أو الجسدي، كما في العمى أو الصمم السابق للنطق، الإعاقة الحركية، أو لتواجد مشاكل سلوكية حادة أو للترافق مع اضطراب عقلي. ينبغي لهذه الفئة ألا تستخدم إلا في ظروف استثنائية وتتطلب إعادة التقييم بعد فترة من الزمن.

اضطرابات التواصل

Communication Disorders

اضطراب اللغة

Language Disorder (F80.2)

A- الصعوبات الثابتة في اكتساب واستخدام اللغة عبر الطرق المختلفة (المنطوقة والمكتوبة ولغة الإشارة مثلاً، أو غيرها) وذلك بسبب عجز الاستيعاب أو الإنتاج والتي تشمل ما يلي:

- 1- قلة المفردات (المعرفة بالكلمات واستخدامها).
- 2- التحدد في بناء الجملة (القدرة على وضع الكلمات ونهايات الكلمات معاً لتشكيل الجمل استناداً إلى قواعد اللغة والصرف).
- 3- ضعف التخاطب (القدرة على استخدام المفردات والجمل المترابطة لشرح أو وصف موضوع ما أو سلسلة من الأحداث أو إجراء محادثة).

B- القدرات اللغوية أدنى إلى حد كبير وكمياً أقل من تلك المتوقعة بالنسبة للعمر، مما يؤدي لتحديد وظيفي في التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، والإنجازات الأكاديمية، أو الأداء المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.

C- ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر.

D- الصعوبات لا تُعزى إلى ضعف سمعي أو حسي آخر، أو مشكلة حركية، أو حالة طبية أو عصبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل بإعاقة ذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل.

اضطراب صوت الكلام

Speech Sound Disorder (F80.0)

- A- صعوبة ثابتة في إنتاج صوت الكلام الذي يتداخل مع الكلام الواضح أو يمنع التوصيل اللفظي للرسائل.
- B- الاضطراب يسبب قيوداً للتواصل الفعال والتي تتداخل مع المشاركة الاجتماعية، والتحصيل الدراسي، أو الأداء المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.
- C- ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر.
- D- المصاعب لا تُعزى إلى ظروف خلقية أو مكتسبة، مثل الشلل الدماغي، والحنك المشقوق، والصمم أو فقدان السمع، إصابات الدماغ الرضية، أو حالات طبية أو عصبية أخرى.

البدء الطفلي لاضطراب الطلاقة (التأتأة)

Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) (F80.81)

- A- اضطرابات في السلسلة الطبيعية وتوقيت الكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية، وتستمر مع الزمن، وتتميز بالحدوث المتكرر والملاحظ لواحد (أو أكثر) مما يلي:
- 1- التكرار الصوتي واللفظي.
 - 2- تمديد الصوت للحروف الساكنة وكذلك أحرف العلة.
 - 3- تكسر الكلمات (على سبيل المثال، توقفات ضمن الكلمة).
 - 4- إحصارات مسموعة أو صامتة (وقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة).
 - 5- الإطناب (استعمال بدائل الكلمات لتجنب الكلمات الإشكالية).

- 6- تنتج الكلمات مع زيادة التوتر الجسدي.
- 7- التكرار الأحادي لكلمة كاملة.
- B- يسبب الاضطراب القلق حول التحدث أو يؤدي إلى قيود على التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، أو الأداء الأكاديمي أو المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.
- C- بدء الأعراض يكون في فترة النمو المبكر. (ملاحظة: يتم تشخيص الحالات المتأخرة الحدوث تحت الرمز [F98.5] وهو البدء عند البلوغ لاضطراب الطلاقة (التأتأة).
- D- الاضطراب لا يُنسب إلى عجز حركي حسي كلامي، ولا يُنسب إلى سوء الانسياب المرتبط بأذية عصبية (مثل السكتة الدماغية، والأورام، والرضوض)، أو حالة طبية أخرى ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر.

اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي)

Social (Pragmatic) Communication Disorder (F80.82)

- A- صعوبات ثابتة عند الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي كما يتجلى بكل مما يلي:
- 1- العجز عن استعمال التواصل لأغراض اجتماعية، مثل التحية ومشاركة المعلومات، بطريقة مناسبة للسياق الاجتماعي.
- 2- ضعف القدرة على تغيير التواصل ليتناسب مع السياق أو مع احتياجات المستمع، مثل التحدث بشكل مختلف في غرف الصف عنه في الملعب، والحديث بشكل مختلف إلى طفل عن التحدث إلى الشخص البالغ، وتجنب استخدام لغة رسمية للغاية.
- 3- الصعوبات في تتبع قواعد المحادثة وإخبار القصص، مثل التناوب عند

المحادثة، وإعادة الصياغة عند إساءة الفهم، ومعرفة كيفية استخدام الإشارات اللفظية وغير اللفظية لتنظيم التفاعل.

4- الصعوبة في فهم ما لم يُنص عليه صراحةً (كالوصول للاستدلالات مثلاً) والمعاني المجازية أو الغامضة للغة (على سبيل المثال: التعابير، والنكتة، الاستعارات، المعاني المتعددة التي تعتمد على سياق الحديث للتفسير).

B- يؤدي العجز إلى فرض قيود وظيفية في التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية، والتحصيل الدراسي، أو الأداء المهني، كلاً على حدة أو مجتمعة.

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة).

D- لا تُعزى الأعراض إلى حالة طبية أو عصبية أخرى، وليس إلى الانخفاض في قدرة تركيب الكلام أو القواعد، ولا تُفسر بشكل أفضل بحصول اضطراب طيف التوحد، أو الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني)، أو تأخر النمو الشامل، أو اضطراب عقلي آخر.

اضطراب التواصل غير المحدد

Unspecified Communication Disorder (F80.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات ذات الأعراض المميزة لاضطراب التواصل مما يؤدي إلى إحباط سريري واضح أو نقص في المجالات الاجتماعية والمهنية، ولكن لا تستوفى المعايير الكاملة لاضطراب التواصل، أو أي من اضطرابات النمو العصبي. يتم استخدام اضطراب التواصل غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب ألا يحدّد سبب عدم استيفاء المعايير لاضطراب التواصل أو لأحد اضطرابات النمو العصبي المحددة، ويشتمل

على الحالات التي تفتقد المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.

اضطراب طيف التوحد

Autism Spectrum Disorder (F84.0)

A- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال كل ما يلي، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالآخران.

B- أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

- 2- الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).
- 3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلاً، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفردة المواظبة).
- 4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).
- C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).
- D- تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.
- E- لا تُفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي،

ولكن أعراضهم لا تلبي المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (العملي).

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة (انظر للقائمة الثانية):

- يحتاج لدعم كبير جداً
- يحتاج لدعم كبير
- يحتاج للدعم

حدّد ما إذا كان،

- مع أو دون ضعف فكري مرافق
- مع أو دون ضعف لغوي مرافق

حدّد ما إذا كان،

- مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي، (استعمل رمزاً إضافياً لتحديد الحالة الطبية أو الوراثية المرافقة)
- مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي

حدّد ما إذا كان،

مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرتبطة باضطراب عقلي آخر للتعريف) (ملاحظة الترميز: استخدم الكود الإضافي F06.1 الكاتاتونيا المرتبطة باضطراب طيف التوحد للإشارة إلى وجود الكاتاتونيا المرضية المصاحبة).

القائمة 2 درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد		
مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات النمطية المتكررة
المستوى 3 يحتاج لدعم كبير جداً	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي مسبباً تدنياً شديداً في الأداء، مع بدء محدود جداً للتفاعل الاجتماعي، مع أقل الاستجابات لاستهلاكات الغير، مثلاً شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادراً ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط وللاستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط.	انعدام المرونة في السلوك، وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع المراحل. إحباط/صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل.
المستوى 2 يحتاج لدعم كبير	عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلاكات الغير فمثلاً شخص	انعدام المرونة في السلوك، وصعوبة التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تظهر بتكرار كاف ليبدو ظاهراً للمراقب الخارجي وتتداخل بالأداء في العديد من السياقات.

إحباط/صعوبة لتغيير التركيز أو الفعل.	يتكلم جملًا بسيطة وتفاعلاته محددة باهتمامات ضيقة، ولديه تواصل غير لفظي غريب.	
انعدام المرونة يسبب تداخلًا واضحاً مع الأداء في واحد أو أكثر من السياقات. صعوبة التغيير بين الأنشطة. مشاكل التنظيم والتخطيط تعرقل الاستقلالية.	دون دعم في المكان فالحجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنيًا ملحوظًا. صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة للاستجابات غير الناجحة أو غير المعتادة لاستهلاكات الغير، وقد يبدو انخفاض الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلاً شخص لديه القدرة على الكلام بجمل كاملة قد ينخرط باتصال ولكن محادثة من وإلى الآخرين ستفشل، ومحاولاته لتكوين أصدقاء تكون غريبة وغير ناجحة عادة.	المستوى 1 يحتاج للدعم

اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

A- نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة - الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر ب (1) و/أو (2):

1- عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية:

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً وبالغين (سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

I. غالباً ما يخفق في إغارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلاً إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

II. غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).

III. غالباً ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلاً، حتى عند غياب أي ملهي واضح).

IV. غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسهولة).

V. غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة

المهام المتتابة مثلاً، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم العمل، يفقد لحسن إدارة الوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).

VI. غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).

VII. غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة).

VIII. غالباً ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة).

IX. كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).

2- فرط الحركة - الاندفاعية: ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية.

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

- I. غالباً ما يبدي حركات تملل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.
- II. غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده. (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب

ملازمة المقعد).

III. غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).

IV. غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

V. غالباً ما يكون متحفزاً أو يتصرف كما لو أنه «مدفوع بمحرك» (لا يرتاح للثبات في شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

VI. غالباً ما يتحدث بإفراط.

VII. غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره في عند الحديث).

VIII. غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره. (عند الانتظار في الطابور مثلاً).

IX. غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلاً، في المحادثات، والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الاذن، بالنسبة للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون).

B- وجود بعض أعراض فرط الحركة - الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنوات.

C- وجود بعض أعراض فرط الحركة - الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلاً والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).

D- يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض/أو إنقاصها لجودة، الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E- لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، الانسحاب أو السحب من مادة ما).

حدّد فيما إذا كان:

- (F90.2) اضطراب عجز الانتباه/فرط الحركة، النمط المشترك: إذا تحقق المعيار A1 (عدم الانتباه) وA2 (فرط الحركة -الاندفاعية) لمدة ستة أشهر مضت.
- (F90.0) اضطراب عجز الانتباه/فرط الحركة، سيطرة نمط اللانتهاب: إذا تحقق المعيار A1 (عدم الانتباه) ولم يتحقق المعيار A2 (فرط الحركة-الاندفاعية) في الأشهر الستة الماضية.
- (F90.1) اضطراب عجز الانتباه/فرط الحركة، سيطرة نمط فرط الحركة - الاندفاعية: إذا تحقق المعيار A2 (فرط الحركة-الاندفاعية) ولم يتحقق المعيار A1 (عدم الانتباه) في الأشهر الستة الماضية.

حدّد إذا كان:

- في هدأة جزئية: عندما تحققت المعايير الكاملة سابقاً، ولو تواجد عدد أقل من المعايير الكاملة خلال الستة أشهر السابقة، ولا تزال الأعراض تؤدي إلى تدن في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أعراض قليلة، إن وجدت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص موجودة في الوقت الراهن، والأعراض تؤدي إلى ضعف طفيف في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.
- متوسط: الأعراض أو الضعف الوظيفي الموجود بين "خفيف" و"شديد".

- شديد: كثير من الأعراض، تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص أو عدد من الأعراض شديدة جداً موجودة في الوقت الراهن، أو أن الأعراض تؤدي إلى ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.

اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة المحدد الآخر

Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (F90.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من فئات التشخيص لاضطرابات النمو العصبية. يستعمل تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي معايير اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من اضطرابات النمو العصبي الأخرى المحددة. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة المحدد الآخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "مع أعراض غير كافية لنقص الانتباه").

اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة غير المحدد

Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (F90.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من فئات التشخيص لاضطرابات النمو العصبية. يستعمل تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب في كون التظاهرات الحالية لا تلبي معايير اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من اضطرابات النمو العصبي الأخرى المحددة. ويتضمن الحالات التي يفتقد فيها المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.



اضطراب التعلم المحدد

Specific Learning Disorder

A- صعوبات التعلم واستخدام المهارات الأكاديمية، كما يتبين من وجود واحد على الأقل من الأعراض التالية التي استمرت لمدة ستة أشهر على الأقل، على الرغم من توفير التداخلات التي تستهدف تلك الصعوبات:

1- قراءة الكلمات بشكل غير دقيق أو ببطء رغم الجهد (مثلاً، يقرأ كلمة واحدة بصوت عال بشكل غير صحيح أو ببطء وبتردد، وكثيراً ما يخمن الكلمات، ولديه صعوبة في لفظ الكلمات).

2- صعوبة في فهم معنى ما يقرأ (قد يقرأ النص بدقة مثلاً ولكن قد لا يفهم التسلسل، والعلاقات، والاستدلالات، أو المعاني الأعمق لما قرأ).

3- الصعوبات في التهجئة (فمثلاً، قد يضيف، يحذف، أو يستبدل أحد حروف العلة أو الحروف الساكنة).

4- صعوبات في التعبير الكتابي (مثلاً، ارتكاب أخطاء نحوية متعددة أو أخطاء في علامات الترقيم وفي صياغة الجمل، صياغة سيئة التنظيم لل فقرات، التعبير الكتابي عن الأفكار يفتقر إلى الوضوح).

5- صعوبات التمكن من معنى الأرقام، حقائق الأرقام، أو الحساب (مثلاً، لديه فهم ضعيف للأرقام، قدرها، والعلاقات بينها، الاعتماد على الأصابع لإضافة أرقام من مرتبة واحدة عوضاً عن الاستعانة بحقائق الرياضيات كما يفعل الأقران، يضيع في خضم الحسابات الرياضية وقد يبدل الإجراءات).

6- صعوبات في التفكير الرياضي (مثلاً، لديه صعوبة شديدة في تطبيق المفاهيم الرياضية، والحقائق، أو الإجراءات لحل المشاكل الكمية).

B- المهارات الأكاديمية المتأثرة أدنى بشكل هام ونوعي من تلك المتوقعة بالنسبة

للعمر الزمني للفرد، وتتسبب في حدوث تداخل كبير مع الأداء الأكاديمي أو المهني، أو مع أنشطة الحياة اليومية، وهو ما أكدته المقاييس المعيارية الفردية والتقييم السريري الشامل. للأفراد في سن 17 عاماً فما فوق، فتاريخ موثق للضعف من صعوبات في التعلم قد يكون بديلاً للتقييم المعياري.

C- صعوبات التعلم تبدأ خلال سن المدرسة ولكن قد لا تصبح واضحة تماماً حتى تتجاوز متطلبات المهارات الأكاديمية القدرات المحدودة للفرد المتأثر (مثلاً، كما هو الحال في الاختبارات المحددة زمنياً، قراءة أو كتابة تقارير مطولة معقدة خلال مهلة محدودة، والأعباء الأكاديمية المفرطة الثقل).

D- صعوبات التعلم لا تُفسر بشكل أفضل كنتيجة لوجود الإعاقة الذهنية، الإعاقات في البصر أو السمع غير المصححة، واضطرابات نفسية أو عصبية أخرى، المحن النفسية والاجتماعية، وعدم الإجابة للغة التعليم الأكاديمي، أو عدم كفاية التوجيهات التعليمية.

ملاحظة: معايير التشخيص الأربعة يجب أن تتحقق استناداً لخلاصة التاريخ السريري للفرد (تاريخ النمو والتاريخ الطبي والأسري والتربوي)، وتقارير المدرسة، والتقييم التربوي النفسي.

ملاحظة للترميز: حدّد كافة المجالات والمهارات الفرعية الأكاديمية التي تعاني من الضعف. عندما تنخفض قيمة أكثر من مجال واحد، ينبغي أن يتم ترميز كل واحد على حدة وفقاً للمحددات التالية.

حدّد إذا كان:

(F81.0) مع ضعف في القراءة:

- دقة قراءة الكلمات
- معدل القراءة أو الطلاقة
- فهم القراءة

ملاحظة: Dyslexia أو عسر القراءة هي مصطلح بديل يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من صعوبات التعلم التي تتميز بمشاكل في دقة أو طلاقة التعرف على الكلمات، وسوء فهم المعاني المستترة، والقدرات الهجائية الفقيرة. إذا تم استخدام عسر القراءة لتحديد نمط معين من هذه الصعوبات، فمن المهم أيضاً تحديد أي صعوبات إضافية قد تكون موجودة، مثل صعوبات في استيعاب ما يقرأ أو فهم المنطق الرياضي.

(F81.81) مع ضعف في التعبير الكتابي:

- دقة التهجئة
- دقة قواعد اللغة وعلامات الترقيم
- الوضوح أو تنظيم التعبير الكتابي

(F81.2) مع ضعف في الرياضيات:

- المعنى العددي
- حفظ الحقائق الرياضية
- الحساب الدقيق أو السلس
- دقة المنطق الرياضي

ملاحظة: Dyscalculia عسر الحساب مصطلح بديل يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من الصعوبات التي تتميز بمشاكل في معالجة المعلومات الرقمية، وتعلم الحقائق الرياضية، وتنفيذ عمليات حسابية دقيقة أو سلسلة. إذا تم استخدام هذا الخلل لتحديد نمط معين من الصعوبات الرياضية، فمن المهم أيضاً تحديد أي صعوبات إضافية قد تكون موجودة، مثل صعوبات مع المنطق الرياضي أو دقة منطق الكلام.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: بعض الصعوبات في تعلم المهارات في واحد أو اثنين من المجالات الأكاديمية، ولكن الشدة تكون بحيث أن الفرد قد يكون قادراً على التعويض أو الأداء الجيد عند التزويد بالترتيبات المناسبة أو خدمات الدعم، وخصوصاً خلال سنوات

الدراسة.

- المتوسط: صعوبات ملحوظة في مهارات التعلم في واحد أو أكثر من المجالات الأكاديمية، وليس من المرجح أن يستطيع الفرد الإتيان دون بعض فترات التدريس المكثفة والمتخصصة خلال سنوات الدراسة. قد تكون هناك حاجة إلى بعض الترتيبات أو الخدمات الداعمة خلال جزء من اليوم على الأقل في المدرسة، في مكان العمل، أو في المنزل لاستكمال الأنشطة بدقة وكفاءة.
- شديد: صعوبات شديدة في مهارات التعلم، مما يؤثر على العديد من المجالات الأكاديمية، وليس من المرجح تعلم هذه المهارات دون التدريس الفردي والمتخصص المكثف والمستمر لمعظم سنوات الدراسة. حتى مع وجود مجموعة من الترتيبات أو الخدمات المناسبة في البيت، في المدرسة، أو في مكان العمل، فقد لا يستطيع الفرد استكمال جميع الأنشطة بكفاءة.



الاضطرابات الحركية Motor Disorders

اضطراب التناسق التطوري

Developmental Coordination Disorder (F82)

- A-** اكتساب وتنفيذ المهارات الحركية المتناسقة أقل بكثير من المتوقع بالنسبة للعمر الزمني للفرد وبالنسبة لفرصة تعلم المهارة واستخدامها. تبدو الصعوبات على شكل الخراقة (إسقاط أو صدم الأشياء، مثلاً) فضلاً عن البطء وعدم الدقة في أداء المهارات الحركية (مثلاً إمساك الأشياء باستخدام المقص أو أدوات المائدة، وخط اليد، وركوب الدراجة، أو المشاركة في الألعاب الرياضية).
- B-** العجز في المهارات الحركية في البند A يتداخل بشكل كبير وباستمرار مع أنشطة الحياة اليومية المناسبة للعمر الزمني (على سبيل المثال، الاهتمام ورعاية النفس) ويؤثر على الإنتاجية الأكاديمية/المدرسية، والأنشطة المهنية، والترفيه، واللعب.
- C-** بدء الأعراض في فترة النمو المبكر.
- D-** لا يتم تفسير العجز في المهارات الحركية بشكل أفضل من خلال الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو ضعف البصر ولا تُعزى إلى حالة عصبية تؤثر على الحركة (مثلاً، الشلل الدماغي، ضمور العضلات، والاضطرابات التنكسية).

اضطراب الحركة النمطي

Stereotypic Movement Disorder (F98.4)

- A-** سلوك حركي متكرر غير هادف يبدو ذا دافع (على سبيل المثال، المصافحة أو التلويح باليد، أرجحة الجسم، أرجحة الرأس، عض الذات، ضرب الجسد).
- B-** يتداخل السلوك الحركي المتكرر مع الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية، أو غيرها، وربما يؤدي إلى إيذاء النفس.
- C-** البداية في فترة النمو المبكر.
- D-** السلوك الحركي المتكرر لا ينسب إلى الآثار الفيزيولوجية لمادة ما أو لحالة عصبية ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب آخر من اضطرابات النمو العصبي أو اضطراب عقلي آخر (مثل هوس نتف الشعر [اضطراب نتف الشعر]، واضطراب الوسواس القهري).

حدّد ما إذا كان:

- مع سلوك مؤذي للذات (أو سلوك كان من الممكن أن ينشأ عنه أذى جسدي لو لم تستخدم إجراءات وقائية).
- دون سلوك مؤذي للذات.

حدّد ما إذا كان:

يرتبط مع حالة طبية أو وراثية معروفة، اضطراب النمو العصبي، أو عامل بيئي (مثلاً، متلازمة ليش نيهان، والإعاقة الذهنية [اضطراب النمو الذهني]، التعرض للكحول داخل الرحم).

ملاحظة للترميز:

استخدم رمزاً إضافياً لتحديد الحالة الطبية أو الوراثية المرتبطة بها، أو اضطراب النمو العصبي.

حدّد الشدة:

- خفيفة: يتم تثبيط الأعراض بسهولة بمنبه حسي أو بالإلهاء.
- متوسطة: تتطلب الأعراض تدابير وقائية واضحة وتعديل السلوك.
- شديد: يلزم المراقبة المستمرة مع الاستمرار في اتخاذ تدابير وقائية لمنع إصابة خطيرة.

اضطرابات العرّة**Tic Disorders**

Tic (العرّة): هي تصويت أو حركة مفاجئة، سريعة، متكررة، غير متناغمة).

اضطراب توريت**Tourette's Disorder (F95.2)**

- A- وجود عرات حركية متعددة مع واحدة أو أكثر من العرات الصوتية في وقت من أوقات المرض، رغم عدم ضرورة وجودهما بصورة متزامنة.
- B- تتفاوت العرات في التواتر فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لفترة تزيد عن السنة.
- C- البداية قبل سن 18 سنة.
- D- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية عامة (مثل داء هنتنغتون أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).

اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر (المزمن)

Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder(F95.1)

- A- عرات حركية أو صوتية عديدة أو مفردة، موجودة لبعض الوقت أثناء المرض ولكن لا تحدث كلتاها في نفس الوقت.
- B- تتفاوت العرات في التواتر فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لفترة تزيد عن السنة.
- C- البداية قبل سن 18 سنة.
- D- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية عامة (مثل داء هنتنغتون أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).
- E- المعايير لم تحقق أبداً اضطراب توريت.

حدّد فيما إذا:

- مع العرات الحركية فقط
- مع العرات الصوتية فقط

اضطراب العرات التمهيدي

Provisional Tic Disorder (F95.0)

- A- عرة مفردة أو متعددة حركية و/أو صوتية.
- B- ظهرت العرات لفترة أقل من سنة منذ بدء العرة الأولى.
- C- البداية قبل سن 18 سنة.
- D- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل الكوكايين) أو عن

حالة طبية عامة (مثل داء هنتنغتون أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).
 E- المعايير لم تحقق أبداً اضطراب توريت أو اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر.

اضطراب العرات المحدد الآخر

Other Specified Tic Disorder (F95.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تتظاهر بالأعراض المميزة لاضطرابات العرة، والتي تسبب إحباطاً سريرياً مهماً أو تدنياً في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة ولكن لا تستوف المعايير الكاملة لاضطراب العرة أو أي من الفئات التشخيصية لاضطرابات النمو العصبية. من جهة أخرى يستخدم اضطراب العرات المحدد الآخر في الحالات التي يختار الطبيب إيصال سبب محدد، أن الحالة لا تلبي معايير اضطراب العرة أو أي فئات اضطراب النمو العصبي المحددة. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب العرات المحدد الآخر" متبوعاً بالسبب المحدد (مثلاً، "مع بداية بعد سن 18 عاماً").

اضطراب العرة غير المحدد

Unspecified Tic Disorder (F95.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تتظاهر بالأعراض المميزة لاضطرابات العرة والتي تسبب إحباطاً سريرياً مهماً أو تدنياً في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة ولكن لا تستوف المعايير الكاملة لاضطراب العرة أو أي من الفئات التشخيصية لاضطرابات النمو العصبية. من جهة أخرى يستخدم اضطراب العرة غير

المحدد في الحالات التي يختار الطبيب عدم إيصال سبب محدد، كون الحالة لا تلبي معايير اضطراب العرة أو أي من فئات اضطراب النمو العصبي المحددة. ويشمل الحالات التي تفتقر المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.

اضطرابات النمو العصبي الأخرى

اضطرابات النمو العصبي المحددة الأخرى

Other Specified Neurodevelopmental Disorder (F88)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تتظاهر بالأعراض المميزة لاضطرابات النمو العصبي، والتي تسبب إحباطاً سريرياً مهماً أو تدنياً في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الفئات التشخيصية لاضطرابات النمو العصبية. من جهة أخرى يستخدم تشخيص اضطرابات النمو العصبي المحددة الأخرى، في الحالات التي يختار الطبيب إيصال سبب محدد، أن الحالة لا تلبي معايير أي من فئات اضطرابات النمو العصبي المحددة. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطرابات النمو العصبي المحددة الأخرى" متبوعاً بالسبب المحدد (مثلاً، "مع بداية بعد سن 18 عاماً"). مثال على الحالات التي يمكن تحديدها باستخدام "الأخرى المحددة" هي ما يلي: اضطراب النمو العصبي المرتبط بالتعرض للكحول قبل الولادة. وهو اضطراب نمو عصبي مرتبط بالتعرض للكحول قبل الولادة، ويتميز بمجموعة من العاهات الخلقية بعد التعرض للكحول في الرحم.

اضطراب النمو العصبي غير المحدد

Unspecified Neurodevelopmental Disorder (F89)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تتظاهر بالأعراض المميزة لاضطرابات النمو العصبي، والتي تسبب إحباطاً سريرياً مهماً أو تدنياً في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الفئات التشخيصية لاضطرابات النمو العصبية. من جهة أخرى يستخدم اضطراب النمو العصبي غير المحدد في الحالات التي يختار الطبيب عدم إيصال سبب محدد، كون الحالة لا تلبي معايير أي من فئات اضطرابات النمو العصبي المحددة. ويشمل الحالات التي تفتقر المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders

وتشمل الفصام، الاضطرابات الذهانية الأخرى، واضطراب (الشخصية) الفصامية. وتعرّف بوجود شذوذ في واحد أو أكثر من المجالات الخمسة التالية: الأوهام، والهلاوس، التفكير غير المنظم (الكلام)، أو السلوك الحركي الشاذ أو غير المنظم بشكل صارخ (بما في ذلك الكاتاتونيا)، والأعراض السلبية.

المميزات الأساسية التي تحدّد الاضطرابات الذهانية:

الأوهام Delusions

الأوهام هي المعتقدات الثابتة غير القابلة للتغيير في ضوء الأدلة المعارضة. ويشمل مضمونها مجموعة متنوعة من الموضوعات (على سبيل المثال، اضطهادية، إشارة، جسدية أو دينية، عظيمة). الأوهام الاضطهادية (أي الاعتقاد بأن أحداً سوف يتعرض للأذى والازعاج، وما إلى ذلك من قبل فرد أو منظمة أو مجموعة أخرى) هي الأكثر شيوعاً. أوهام الإشارة (أي الاعتقاد بأن بعض الإيماءات، والتعليقات، الإشارات البيئية، وما إلى ذلك هي موجهة إلى المرء نفسه) وهي أيضاً شائعة. أوهام العظمة (أي عندما يرى الفرد أنه أو أنها لديه قدرات استثنائية أو ثروة أو شهرة) وأوهام العشق (أي عندما يعتقد فرد بشكل خاطئ أن شخصاً آخر هو في حالة حب معه أو معها). أوهام العدمية تتضمن الاقتناع بأن كارثة كبيرة سوف تحدث، والأوهام الجسدية تركز على الانشغال بالصحة ووظائف الأعضاء.

تعتبر الأوهام غريبة إذا كانت غير قابلة للتصديق بشكل واضح، كما أنها غير مفهومة للأقران من نفس الثقافة ولا تستمد من تجارب الحياة العادية.

مثال على الوهم الغريب هو الاعتقاد بأن قوة خارجية قد أزلت الأحشاء الداخلية له أو لها، واستبدلتها بأجهزة لشخص آخر دون ترك أي جروح أو ندبات. مثال على الوهم غير الغريب هو الاعتقاد بأن احداً ما تحت المراقبة من قبل الشرطة، على الرغم من عدم وجود أدلة مقنعة. تعتبر الأوهام، التي تعبر عن فقدان السيطرة على العقل أو الجسم غريبة على العموم، وهذه تشمل الاعتقاد بأن أفكار الشخص قد تمت "إزالتها" من قبل بعض القوى الخارجية (سحب الأفكار)، أو أن أفكاراً غريبة قد جرى وضعها في عقل شخص ما (زرع الأفكار)، أو أن أفعال أو جسد شخص ما يجري التحكم أو التلاعب بها من قبل بعض القوى الخارجية (أوهام السيطرة). التمييز بين الوهم والفكرة المعتقدية بشدة يكون في بعض الأحيان من الصعوبة بمكان، ويعتمد في جزء منه على درجة القناعة بالفكرة على الرغم من الأدلة الواضحة أو المعقولة المناقضة.

الهلاوس Hallucinations

الهلاوس هي التجارب الشبيهة بالإدراك الحسي والتي تحدث دون وجود منبه خارجي. إنها حية وواضحة، وتترك التأثير الكامل للتجربة الحسية العادية، ولا تقع تحت سيطرة الإرادة. قد تحدث عن أي طريق حسي، ولكن الهلاوس السمعية هي الأكثر شيوعاً في الفصام والاضطرابات ذات الصلة. عادة ما تختبر الهلاوس السمعية كأصوات، سواء مألوفة أو غير مألوفة، والتي تتميز عن أفكار الفرد الخاصة. والهلاوس يجب أن تحدث في سياق الإدراك الحسي الكامل، فتلك التي تحدث أثناء النوم أو الاستيقاظ تعتبر ضمن نطاق التجربة العادية. وقد تكون الهلاوس جزءاً طبيعياً من التجربة الدينية في سياقات ثقافية معينة.

التفكير غير المنظم (الكلام)

عادة ما يستدل على التفكير غير المنظم (اضطراب الفكر الأساسي) من كلام الفرد. فينتقل الفرد من موضوع إلى آخر (الانحراف أو فقدان الترابط). الأجوبة على الأسئلة قد تكون ذات صلة بشكل غير مباشر (المماسية) أو لا علاقة لها تماماً. نادراً ما قد يكون

الكلام غير منظم بشدة بحيث يصبح غير مفهوم تقريباً، وقد يشبه الحبسة الاستقبالية في فوضاه اللغوية في (التفكك "سلطة اللغة").
لأن الكلام غير المنظم شائع وغير محدد، فيجب أن تكون الأعراض شديدة بما يكفي لتضعف بشكل كبير التواصل الفعال. قد يكون من الصعب تقييم درجة الشدة إذا كان الشخص يأتي من خلفية لغوية مختلفة عن الشخص الفاحص. قد يحدث التفكير أو الكلام غير المنظم الأقل حدةً خلال الفترات البادرية والمتبقية من الفصام.

السلوك الحركي الشاذ أو غير المنظم بشكل صارخ (بما في ذلك الكاتاتونيا)

سلوك حركي غير منظم أو شاذ بشكل صارخ يتظاهر بمجموعة متنوعة من الطرق، بدءاً من السلوك الشبيه بالطفولي "السخف" إلى الهياج غير المتوقع. ويمكن ملاحظة الصعوبات في أي من أشكال السلوك الهادف، مما يؤدي إلى صعوبات في أداء أنشطة الحياة اليومية.

السلوك الكاتاتوني هو انخفاض ملحوظ في التفاعل مع البيئة. يتراوح من المقاومة للتعليمات (السلبية)، إلى الحفاظ على وضعية جامدة، غير ملائمة أو غريبة، إلى انعدام تام للاستجابات اللفظية والحركية (الصمت والذهول) وقد تشمل أيضاً النشاط الحركي المفرط الغير الهادف من دون سبب واضح (الاستثارة الكاتاتونية). تتكرر مظاهر أخرى كالحركات النمطية، التحديق، التقطيب، الصمات، وصدى الكلام.

على الرغم من ارتباط الكاتاتونيا تاريخياً مع الفصام، فالأعراض الكاتاتونية غير محددة ويمكن أن تحدث في اضطرابات عقلية أخرى (مثل الاضطراب ثنائي القطب أو الاكتئاب مع كاتاتونيا) وفي حالات طبية (اضطراب كاتاتوني بسبب حالة طبية أخرى).

الأعراض السلبية

تكون الأعراض السلبية جزءاً كبيراً من المراضة المرتبطة بالفصام ولكنها أقل وضوحاً في الاضطرابات الذهانية أخرى. هناك عرضين من الأعراض السلبية هما الأبرز في الفصام: تقلص التعبير العاطفي وفقد الإرادة. تقلص التعبير العاطفي يتضمن انخفاضاً في

التعبير عن المشاعر، والاتصال عبر العيون، ونغمة الكلام، وحركات اليد والرأس، والوجه والتي تعطي عادة التركيز العاطفي للخطاب. فقد الإرادة هي الانخفاض في الأنشطة الهادفة ذاتية الدافع. فقد يجلس الفرد لفترات طويلة من الزمن مظهراً القليل من الاهتمام في المشاركة في العمل أو الأنشطة الاجتماعية. وتشمل الأعراض السلبية الأخرى، انعدام المتعة، وفقر الكلام، فقد النشاط الاجتماعي. فقر الكلام يتجلى في تناقص إنتاج الكلام، انعدام المتعة هي فقد القدرة على تجربة المتعة من المحفزات الإيجابية أو تدهور في تذكر المتعة من الخبرات السابقة. فقد النشاط الاجتماعي يشير إلى عدم الاهتمام الواضح في التفاعلات الاجتماعية وقد يترافق مع فقد الإرادة، ولكنه يمكن أن يكون أيضاً مظهراً من مظاهر قلة الفرص للتفاعل الاجتماعي.



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 الهلوس فهي ليست ذات شأن بارز وذات صلة بالموضوع التوهمي. (مثلاً، الإحساس بغزو من الحشرات مرتبط بأوهام العدوى).
- C- إذا ما استبعدنا تأثير الأوهام أو تظاهراتها، لا يختل الأداء الوظيفي بصورة واضحة، كما أن السلوك لا يكون غريباً أو شاذاً بجلء.
- 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 صورة الجسد أو اضطراب الوسواس القهري.

حدّد 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، للغش، للتجسس، للمراقبة، للتسميم أو للتخدير، مفترى 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 (مثلاً أوهام الإشارة دون محتوى اضطهادي أو من العظمة).

حدّد ما إذا كان:

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

حدّد 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.
- غير محدد

حدّد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة من خلال التقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، والسلوك الحركي الشاذ والأعراض السلبية. يمكن تصنيف كل من هذه الأعراض وفقاً لشدتها الحالية (الأكثر حدة في آخر 7 أيام) على مقياس مكون من 5 نقاط يتراوح من 0 (غير موجود) إلى 4 (موجود وشديد). (راجع تقييم الطبيب لشدة الأعراض الذهانية في قسم "إجراءات التقييم").

ملحوظة: يمكن تشخيص الاضطراب التوهمي دون استخدام محدد الشدة هذا.

الاضطراب الذهاني الوجيز

Brief Psychotic Disorder (F23)

A- وجود واحد أو أكثر من الأعراض التالية أحدها 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.

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

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 حول الولادة: إذا كانت النوبة خلال الحمل أو ضمن الأسابيع الأربعة التالية

للولادة.

حدّد فيما إذا كان:

- مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

ملاحظة للترميز:

استعمل رمزاً إضافياً (F06.1) للكاتاتونيا المرافقة للاضطراب الذهاني الوجيز للإشارة إلى تواجد الكاتاتونيا.

حدّد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تُقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدتها 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 الوجيز دون استخدام محدد الشدة هذا.

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 انتظار الشفاء، يجب وصفه «بالمؤقت»).

C- 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 الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.

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

حدّد 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 المُلاحَظ 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.

حدّد فيما إذا كان:

- مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

حدّد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تُقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدتها 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.

الفصام

Schizophrenia (F20.9)

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- خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعمل 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 - النشاط) 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 الكلية للطور النشط والمتبقي من المرض.
- E- لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.
- F- إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهلوس 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

حدّد 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.

حدّد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تُقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدتها 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.

اضطراب الفصام الوجداني

Schizoaffective Disorder

B- 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.

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

D- تتواجد الأعراض التي تلبي معايير النوبة المزاجية خلال جزء كبير من المدة الكلية للفترات الفعالة والمتبقية من المرض.

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

حدّد 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.

حدّد 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.

حدّد ما إذا كان:

يمكن تطبيق هذه المحدّات 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 وقوع فترات وجيزة جداً من الأعراض دون العتبة التشخيصية بالنسبة لمسار المرض الكلي.

■ غير محدد

حدّد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تُقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدتها 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.

الاضطراب الذهاني المحدث بالمواد

Substance-Induced Psychotic Disorder

A- وجود أحد الأعراض التالية أو كليهما:

1- الأوهام.

2- الهلوس.

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

1- تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالاً عقب الانسمام بمادة 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 (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسمام الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود اضطراب ذهاني مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معاودة 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.

ملاحظة للترميز:

إن رموز ICD-10-CM للاضطرابات الذهانية المحدثة بـ [مادة محددة/دواء] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراضة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع اضطراب ذهاني محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل الاضطراب الذهاني المحدث بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع اضطراب ذهاني محدث بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع اضطراب ذهاني محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق. إذا لم يوجد اضطراب استعمال المادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل الاضطراب الذهاني المحدث بمادة فقط.

ICD-10-CM			
دون اضطراب استعمال مادة	اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد	اضطراب استعمال مادة خفيف	
F10.959	F10.259	F10.159	الكحول
F12.959	F12.259	F12.159	الحشيش
F16.959	F16.259	F16.159	فينسيكلدين
F16.959	F16.259	F16.159	المهلوسات الأخرى
F18.959	F18.259	F18.159	المستنشقات
F13.959	F13.259	F13.159	المهدئات، المنومات ومزيلات القلق
F15.959	F15.259	F15.159	أمفيتامين (أو منشطات أخرى)
F14.959	F14.259	F14.159	كوكايين
F19.959	F19.259	F19.159	مادة أخرى (أو غير معروفة)

تحديد إذا كان:

(انظر الجدول 1 في فصل "الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية" للتشخيصات المرتبطة بصنف مادة ما):

- مع بداية أثناء الانسحاب: إذا تم استيفاء معايير الانسحاب بمادة ما وتطورت الأعراض خلال الانسحاب.

- مع بداية أثناء السحب: إذا تم استيفاء معايير السحب من المادة وتطورت الأعراض خلال أو بعد فترة وجيزة من السحب.
- مع بداية بعد استعمال دواء: إذا تطورت الأعراض عقب بدء دواء، أو تغيير في استعمال دواء، أو خلال سحب دواء.

حدّد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تُقيم 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 الذهاني المحدث بمادة دون استخدام محدد الشدة هذا.

اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى

Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition معايير التشخيص

- A- هلاوس أو أوهام بارزة.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.
- D- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E- يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

حدّد ما إذا كان:

الرمز يعتمد على الأعراض المسيطرة:

- (F06.2) مع أوهام: إذا كانت الأوهام هي الأعراض الغالبة.
- (F06.0) مع هلاوس: إذا كانت الهلاوس هي الأعراض الغالبة.

ملاحظة للترميز:

أدرج اسم الحالة الطبية الأخرى في اسم الاضطراب العقلي (على سبيل المثال، [F06.2] اضطراب ذهاني بسبب ورم خبيث في الرئة، مع أوهام). ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى، ووضعها بشكل منفصل ومباشر قبل الاضطراب الذهاني بسبب حالة طبية (على سبيل المثال، [C34.90] ورم الرئة الخبيث [F06.2] اضطراب ذهاني بسبب ورم خبيث في الرئة، مع أوهام).

حدّد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تُقيم 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 الذهاني بسبب حالة طبية أخرى دون استخدام محدد الشدة هذا.

الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر (محدد الكاتاتونيا)

Catatonia Associated with another Mental Disorder (Catatonia Specifier)

(F06.1)

- A-** تهيمن على الصورة السريرية ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية:
1. ذهول (لا يوجد أي نشاط حركي، ولا نشاط يتعلق بالبيئة).
 2. الجمدة (أي الحفاظ السلبي على وضعية ضد الجاذبية).
 3. مرونة شمعية (أي المقاومة حتى الطفيفة لتحديد الوضعية من قبل الفاحص).
 4. صُمات (أي انعدام أو قلة الاستجابة اللفظية [استبعد إذا كانت هناك حبسة معروفة]).
 - 5- السلبية (أي المعارضة أو غياب الاستجابة للتعليمات أو للمؤثرات الخارجية).
 - 6- التموضع (أي المحافظة العفوية والفعالة لوضعية ضد الجاذبية).
 - 7- التكلف (أي أفعال عادية مستغربة ظرفية مغالى فيها).
 - 8- نمطية (أي حركات متكررة، وكثيرة بشكل غير طبيعي، غير هادفة).
 - 9- الهياج، لا يتأثر بالمؤثرات الخارجية.
 - 10- التقطيب.
 - 11- صدى الكلام (أي محاكاة لكلام آخر).
 - 12- صدى الحركة (أي محاكاة لحركات شخص آخر).

ملاحظة للترميز:

اذكر اسم الاضطراب العقلي المرافق عند تسجيل اسم الحالة (مثلاً [F06.1] كاتاتونيا مرافقة لاضطراب اكتئابي جسيم). اذكر أولاً رمز الاضطراب العقلي المرافق (على سبيل المثال، اضطراب النمو العصبي، اضطراب ذهاني وجيز أو اضطراب فصامي الشكل، والفصام، واضطراب فصامي وجداني، الاضطراب الثنائي القطب، اضطراب اكتئابي، أو

غيرها من الاضطرابات العقلية) (على سبيل المثال [F25.1] اضطراب فصامي وجداني، نمط اكتئابي، [F06.1] كاتاتونيا مرافقة لاضطراب فصامي وجداني).

كاتاتونيا بسبب حالة طبية أخرى

(F06.1) Catatonic Disorder Due to another Medical Condition

- A- تهيمن على الصورة السريرية ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية:
- 1- ذهول (لا يوجد أي نشاط حركي، ولا نشاط يتعلق بالبيئة).
 - 2- الجمدة (أي الحفاظ السلبي على وضعية ضد الجاذبية).
 - 3- مرونة شمعية (أي المقاومة حتى الطفيفة لتحديد الوضعية من قبل الفاحص).
 - 4- صمات (أي انعدام أو قلة الاستجابة اللفظية [استبعد إذا كانت هناك حبسة معروفة]).
 - 5- السلبية (أي المعارضة أو غياب الاستجابة للتعليمات أو للمؤثرات الخارجية).
 - 6- التموضع (أي المحافظة العفوية والفعالة لوضعية ضد الجاذبية).
 - 7- التكلف (أي أفعال عادية مستغربة ظرفية مغالى فيها).
 - 8- نمطية (أي حركات متكررة، وكثيرة بشكل غير طبيعي، غير هادفة).
 - 9- الهياج، لا يتأثر بالمؤثرات الخارجية.
 - 10- التقطيب.
 - 11- صدى الكلام (أي محاكاة لكلام آخر).
 - 12- صدى الحركة (أي محاكاة لحركات شخص آخر).
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.

- D-** لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E-** يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

ملاحظة للترميز:

قم بتضمين اسم الحالة الطبية في اسم الاضطراب العقلي (على سبيل المثال [F06.1]) اضطراب كاتاتوني بسبب اعتلال الدماغ الكبدي). ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى ووضعها كل على حدة مباشرة قبل اضطراب كاتاتوني بسبب الحالة الطبية (على سبيل المثال، [K71.90] اعتلال الدماغ الكبدي، [F06.1] اضطراب كاتاتوني بسبب اعتلال الدماغ الكبدي).

الكاتاتونيا غير المحددة

Unspecified Catatonia

ينطبق هذا التصنيف على الحالات ذات الأعراض المميزة بالكاتاتونيا مما يؤدي إلى إحباط سريري واضح أو نقص في المجالات الاجتماعية والمهنية، ولكن إما لطبيعة الاضطراب العقلي المستبطن أو أن الحالة الطبية غير واضحة، فلم يتم استيفاء كامل معايير الكاتاتونيا، أو لعدم كفاية المعلومات لوضع تشخيص أكثر تحديداً (على سبيل المثال، في أقسام الطوارئ).

ملاحظة للترميز:

الرمز الأول (R29.818) الأعراض الأخرى التي تشمل الجهاز العصبي والعضلات والعظام متبوعة بـ (F06.1) كاتاتونيا غير محددة.

اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى

Other Specified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder (F28)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من اضطرابات طيف **الفصام** والاضطرابات الذهانية الأخرى.

يتم استخدام فئة اضطرابات طيف **الفصام** المحددة الأخرى والاضطرابات الذهانية الأخرى، في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية، لا تلبّي المعايير المحددة لاضطراب طيف **الفصام** والاضطرابات الذهانية الأخرى.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطرابات طيف **الفصام** والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "هلاوس سمعية مستمرة")

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

- 1- الهلاوس السمعية المستمرة التي تحدث مع غياب أي مظاهر أخرى.
- 2- أوهام مع تداخل كبير لنوب مزاجية: وهذا يشمل أوهام مستمرة مع تداخل كبير لفترات من نوب المزاج والمتواجدة لفترات كبيرة من الاضطراب التوهمي (حيث لم يتم الوفاء بالمعيار الذي ينص على وجود وجيز لنوب المزاج).
- 3- متلازمة الذهان المخففة: وتتميز هذه المتلازمة بأعراض شبيهة بالذهان وهي دون عتبة الذهان الكامل (مثلاً، الأعراض هي أقل شدة وأقصر فترةً، ويتم الاحتفاظ بالبصيرة نسبياً).

- 4- أعراض توهمية عند شريك لفرد لديه اضطراب توهمي: في سياق العلاقة، يتم توفير المادة الوهمية لمحتوى الاعتقاد التوهمي للفرد من قبل الشريك المهيمن، وإلا فحالة الفرد تفي بمعايير الاضطراب التوهمي.

اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة

Unspecified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder (F29)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.

يتم استخدام فئة اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة، في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية، لا تلبي المعايير المحددة لاضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى. ويشمل الحالات التي لا تتوافر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

Bipolar and Related Disorders

يوجد قسم ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة في DSM-5-TR بين قسم اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى والاضطرابات الاكتئابية، كاعتراف بمكان هذه الاضطرابات كجسر بين هاتين الفئتين التشخيصيتين من حيث الأعراض والتاريخ العائلي، وعلم الوراثة.

تمثل معايير اضطراب ثنائي القطب I الفهم الحديث لاضطراب الهوس الاكتئابي الكلاسيكي أو الذهان الوجداني التي جرى وصفها في القرن التاسع عشر، مختلفةً عن هذا الوصف الكلاسيكي فقط في غياب شرط الذهان وتجربة نوبة اكتئاب جسيم خلال الحياة.

اضطراب ثنائي القطب II، يتطلب تجربة نوبة اكتئاب جسيم واحدة خلال الحياة على الأقل، ونوبة تحت هوسية واحدة على الأقل ولم يعد يعتقد أن أنه "أخف حدةً" من اضطراب ثنائي القطب I. وذلك بسبب عبء الاكتئاب وبسبب عدم ثبات المزاج، كما أنه يترافق بتدن واضح في الأداء المهني والاجتماعي.

اضطراب ثنائي القطب I

Bipolar I Disorder

لتشخيص اضطراب ثنائي القطب I، فمن الضروري استيفاء المعايير التالية لنوبة هوس. نوبة الهوس قد تُسبق أو تُتبع بنوبة تحت هوسية أو نوبة اكتئاب جسيم.

نوبة هوس Manic Episode

A- فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو ممتدداً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمرة في النشاط أو الطاقة، تستمر لأسبوع على الأقل وتظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً (أو أي فترة عند الحاجة للاستشفاء).

B- استمرت، أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:

1. تضخم تقدير الذات أو عظمة.
2. انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم 3 ساعات فقط).
3. ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
4. تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
5. التششت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة). كما ذكرت أو لوحظت.
6. ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً - في العمل أو في المدرسة - أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه).
7. الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).

C- تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو تلزم بالاستشفاء، لمنع الأذى للنفس أو للغير، أو هناك مظاهر ذهانية.

D- لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية أخرى.

ملاحظة: عندما تظهر نوبة هوس كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية مثلاً، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة، متجاوزة التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة فهي دليل كاف لتشخيص نوبة هوس. أي اضطراب ثنائي القطب I.

ملاحظة: المعايير A-D تشكل نوبة هوس. نوبة هوس واحدة على الأقل خلال الحياة مطلوبة لوضع تشخيص اضطراب ثنائي القطب I.

النوبة تحت الهوسية Hypomanic Episode

A- فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو ممتدداً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمرة في النشاط أو الطاقة، حيث يستمر لمدة أربعة أيام متتالية على الأقل ويظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً.

B- استمرت، أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:

1. تضخم تقدير الذات أو عظمة.
2. انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم 3 ساعات فقط).
3. شرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
4. تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
5. التششت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة). كما ذكرت أو لوحظت.

6. ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً - في العمل أو في المدرسة - أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه).
7. الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال). (1) تضخم تقدير الذات أو عظمه.
- C- يصاحب النوبة تبدل لا لبس فيه في الأداء الوظيفي، لا يكون معهوداً عند الشخص في غياب الأعراض.
- D- يلاحظ اضطراب المزاج والتغير في الأداء الوظيفي من قبل الآخرين.
- E- لا تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو تلزم بالاستشفاء، إذا كان هناك مظاهر ذهانية، فالحالة بالتعريف هوس.
- F- لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية أخرى.
- ملاحظة:** عندما تظهر نوبة تحت هوسية كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية مثلاً، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة، متجاوزة التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة فهي دليل كاف لتشخيص نوبة تحت هوسية. على كل حال فالحيطة ضرورية بحيث أن عرضاً أو اثنين (وخصوصاً زيادة الاستثارة، الحدة، أو الهياج التالي لاستعمال مضادات الاكتئاب) لا تعتبر كافية لتشخيص نوبة تحت هوسية، وليست بالضرورة مؤشراً على اعتلال ثنائي القطب.
- ملاحظة:** المعايير A-F تشكل نوبة تحت هوس. نوبة تحت الهوس شائعة في اضطراب ثنائي القطب I، ولكنها غير مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب I.

النوبة الاكتئابية الجسيمة Major Depressive Episode

- A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية خلال نفس الأسبوعين، والتي تمثل

تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).
(ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار).

2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

3. فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.
(ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال).

4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

5. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

6. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهيمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

9. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء

الهامة الأخرى.

C- لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

ملاحظة: المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة. نوبة الاكتئاب الجسيم شائعة في اضطراب ثنائي القطب I، ولكنها غير مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب I.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

اضطراب ثنائي القطب I Bipolar I Disorder

A- تم استيفاء المعايير لنوبة هوس واحدة على الأقل (معايير A-D لنوبة الهوس المذكورة أعلاه).

B- لا يُفسر وقوع نوبة الاكتئاب الجسيم أو النوبة الهوسية بشكل أفضل بحصول اضطراب فصامي وجداني، والفصام، والاضطراب الفصامي الشكل، اضطراب توهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى المحددة أو غير المحددة.

الترميز وإجراءات التسجيل

يستند رمز التشخيص لاضطراب ثنائي القطب I على النوبة الحالية أو الأقرب وعلى وضعها فيما يتعلق بالشدة الحالية، وجود المظاهر الذهانية، وضع الهدأة. يشار إلى

الشدة الحالية والمظاهر الذهانية فقط إذا استوفيت المعايير الكاملة للنوبة الهوسية أو لنوبة الاكتئاب الجسيم. يشار إلى محددات الهدأة فقط إذا لم يتم استيفاء المعايير الكاملة للنوبة الهوسية، تحت الهوس، أو لنوبة الاكتئاب الجسيم. الرموز كما يلي:

اضطراب ثنائي القطب I	النوبة الحالية أو الأقرب هوس	النوبة الحالية أو الأقرب تحت هوس*	النوبة الحالية أو الأقرب اكتئابية	النوبة الحالية أو الأقرب غير محددة**
خفيف	F31.11	NA	F31.31	NA
متوسط	F31.12	NA	F31.32	NA
شديد	F31.13	NA	F31.4	NA
مع مظاهر ذهانية***	F31.2	NA	F31.5	NA
في هدأة جزئية	F31.73	F31.71	F31.75	NA
في هدأة كاملة	F31.74	F31.72	F31.76	NA
غير المحدد	F31.9	F31.9	F31.9	NA

* محددات الشدة والذهان لا تطبق، الرمز (F31.0) للحالات التي لا تمر بفترة هدأة.

** محددات الشدة والذهان والهدأة لا تطبق، الرمز (F31.9).

*** إذا وجدت المظاهر الذهانية، فالرمز "مع مظاهر ذهانية" بغض النظر عن شدة النوبة.

عند تسجيل اسم التشخيص، يجب أن يتم سرد المصطلحات بالترتيب التالي: اضطراب

ثنائي القطب I، نمط النوبة الحالية أو الأقرب، محددات الشدة/الذهان/الهدأة، تليها العديد من المحددات دون رموز كما تنطبق على النوبة الحالية أو الأقرب.

حدّد:

- مع انزعاج قلقي
- مع مظاهر مختلطة
- مع دوران سريع
- مع مظاهر سوداوية
- مع مظاهر لا نموذجية
- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج (يطبق على النوبة الهوسية و/أو نوبة الاكتئاب الجسيم).
- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج (يطبق على النوبة الهوسية و/أو نوبة الاكتئاب الجسيم).
- مع كاتاتونيا. استخدم رمزاً إضافية (F06.1).
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي

الاضطراب ثنائي القطب II

Bipolar II Disorder (F31.81)

لتشخيص اضطراب ثنائي القطب II، فمن الضروري استيفاء المعايير التالية لنوبة حالية أو سابقة من تحت الهوس، واستيفاء المعايير التالية لنوبة حالية أو سابقة من نوب الاكتئاب الجسيم:

النوبة تحت الهوسية Hypomanic Episode

- A-** فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو متمدداً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمرة في النشاط أو الطاقة، حيث يستمر لمدة أربعة أيام متتالية على الأقل ويظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً.
- B-** استمرت، أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:
1. تضخم تقدير الذات أو عظمة.
 2. انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم 3 ساعات فقط).
 3. ثثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
 4. تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
 5. التششت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة). كما ذكرت أو لوحظت.
 6. ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً - في العمل أو في المدرسة - أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه).
 7. الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل،

إسراف في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).

-C- يصاحب النوبة تبدل لا لبس فيه في الأداء الوظيفي، لا يكون معهوداً عند الشخص في غياب الأعراض.

-D- يلاحظ اضطراب المزاج والتغير في الأداء الوظيفي من قبل الآخرين.

-E- لا تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو تلزم بالاستشفاء، إذا كان هناك مظاهر ذهانية، فالحالة بالتعريف هوس.

-F- لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية أخرى.

ملاحظة: عندما تظهر نوبة تحت هوسية كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية مثلاً، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة، متجاوزة التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة فهي دليل كاف لتشخيص نوبة تحت هوسية. على كل حال فالحقيقة ضرورية بحيث أن عرضاً أو اثنين (وخصوصاً زيادة الاستثارة، الحدة، أو الهياج التالي لاستعمال مضادات الاكتئاب) لا تعتبر كافية لتشخيص نوبة تحت هوسية، وليست بالضرورة مؤشراً على اعتلال ثنائي القطب.

النوبة الاكتئابية الجسيمة Major Depressive Episode

-A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية خلال نفس الأسبوعين، والتي تمثل تغييراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة. **ملاحظة:** لا تضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً). (ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار).

2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
 3. فقد وزن بارز بغياب الحماية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً. (ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال).
 4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
 5. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).
 6. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.
 7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
 8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
 9. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- B- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.**
- C- لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.**

ملاحظة: المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار

الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

الاضطراب ثنائي القطب II

- A-** تم استيفاء المعايير لنوبة تحت هوس واحدة على الأقل (معايير A-F لنوبة تحت الهوس المذكورة أعلاه) ونوبة اكتئاب جسيم واحدة على الأقل (معايير A-C لنوبة الاكتئاب الجسيم المذكورة أعلاه).
- B-** لم تحصل نوبة هوس أبداً.
- C-** لا يُفسر وقوع نوبة الاكتئاب الجسيم أو النوبة تحت الهوسية بشكل أفضل بحصول اضطراب فصامي وجداني، والفصام، والاضطراب الفصامي الشكل، اضطراب توهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى المحددة أو غير المحددة.
- D-** إن أعراض الاكتئاب أو عدم القدرة على التوقع الناجم عن التباين المتكرر بين فترات الاكتئاب وما تحت الهوس، يسبب إحباطاً أو انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

الترميز وإجراءات التسجيل

يوجد للاضطراب ثنائي القطب II رمز تشخيصي واحد هو (F31.81). يجب أن يوضع مع الاحترام لمحددات الشدة الحالية وتواجد المظاهر الذهانية، المسار والمحددات الأخرى لا يمكن وضعها بالترميز ولكن يجب الإشارة إليها عند الكتابة (مثلاً [F31.81] الاضطراب ثنائي القطب II النوبة الحالية اكتئاب، متوسط الشدة، مع مظاهر مختلطة، [F31.81])

الاضطراب ثنائي القطب II النوبة الأقرب اكتئاب، في هدأة جزئية).

حدّد النوبة الحالية أو الأقرب:

■ تحت هوس

■ اكتئاب

إذا كانت النوبة الحالية هي تحت الهوس (أو أقرب نوبة إذا كان الاضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة): عند تسجيل التشخيص، يجب سرد المصطلحات بالترتيب التالي: اضطراب ثنائي القطب II، النوبة الحالية أو الأخيرة تحت هوس، في هدأة جزئية/كاملة (إذا لم يتم استيفاء المعايير الكاملة لنوبة تحت الهوس حالياً)، بالإضافة إلى أي من محددات نوبات تحت الهوس التالية القابلة للتطبيق. **ملاحظة:** تصف المحددات "مع الدوران السريع" و "ذات النمط الفصلي" نمط نوبات المزاج.

حدّد إذا كان:

■ مع انزعاج قلقي

■ مع مظاهر مختلطة

■ مع دوران سريع

■ مع بدء حول الولادة

■ مع النمط الفصلي

إذا كانت النوبة الحالية هي اكتئاب (أو أقرب نوبة إذا كان الاضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة): عند تسجيل التشخيص، يجب سرد المصطلحات بالترتيب التالي: اضطراب ثنائي القطب II، النوبة الحالية أو الأخيرة اكتئاب، خفيف/متوسط/شديد (عند وجود المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم)، في هدأة جزئية/كاملة (إذا لم يتم استيفاء المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم حالياً)، بالإضافة إلى أي من محددات نوبة الاكتئاب الجسيم التالية القابلة للتطبيق. **ملاحظة:** تصف المحددات "مع الدوران السريع" و "ذات النمط الفصلي" نمط نوبات المزاج.

حدّد :

- مع انزعاج قلقي
- مع مظاهر مختلطة
- مع دوران سريع
- مع مظاهر سوداوية
- مع مظاهر لا نموذجية
- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج
- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج
- مع كاتاتونيا. استخدم رمزاً إضافية (F06.1).
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي

حدّد المسار في حالة كون المعايير الكاملة لنوبة المزاج لم تستوفَ حالياً:

- في هدأة جزئية
- في هدأة كاملة

حدّد الشدة إذا استوفيت المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم الحالية:

- خفيفة
- متوسطة
- شديدة

اضطراب المزاج الدوري

Cyclothymic Disorder (F34.0)

- A-** لمدة سنتين على الأقل (الأطفال والمراهقين سنة على الأقل) توجد فترات عديدة لأعراض تحت هوسية لا تفى بمعايير النوبة تحت الهوس، وفترات عديدة لأعراض اكتئابية لا تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة.
- B-** أثناء فترة السنتين (سنة واحدة عند الأطفال والمراهقين) الفترات تحت الهوس والاكتئابية كانت حاضرة لنصف الزمن على الأقل، ولم يخلُ الفرد من الأعراض لمدة تزيد عن شهرين متتاليين.
- C-** معايير النوبة الاكتئابية الجسيمة أو النوبة الهوسية أو النوبة تحت الهوس لم تستوف أبداً.
- D-** لا تُفسر الأعراض في المعيار A بشكل أفضل من خلال اضطراب الفصام الوجداني، الفصام، الاضطراب الفصامي الشكل، أو الاضطراب التوهمي أو اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى المحددة أو غير المحددة.
- E-** لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل، سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.
- F-** تسبب الأعراض إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.

حدّد إذا كان:

■ مع انزعاج قلقي.

ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء

Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder

A- اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج غير طبيعي مرتفع أو متمدّد أو مستثار، وازدياد غير طبيعي في النشاط أو الطاقة.

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

1. تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالاً عقب الانسمام بمادة 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 (ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة) غير ناتج عن مادة/دواء. مثل هذه الأدلة على وجود ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المستقل يمكن أن تتضمن ما يلي:

الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسمام الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المستقل وليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معاودة 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 أن يوضع هذا التشخيص عوضاً عن تشخيص الانسمام أو السحب من مادة، فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية، وعندما تكون من الشدة بحيث تستدعي الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM لثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بـ [مادة محددة/دواء] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراجعة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدث بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة محدث بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق. إذا لم يوجد اضطراب استعمال المادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدث بمادة فقط.



	ICD-10-CM		
	مع اضطراب استعمال خفيف	مع اضطراب استعمال متوسط أو شديد	دون اضطراب استعمال
الكحول	F10.14	F10.24	F10.94
فينسيكلدين	F16.14	F16.24	F16.94
المهلوسات الأخرى	F16.14	F16.24	F16.94
المهدئات، المنومات أو مزيلات القلق	F13.14	F13.24	F13.94
أمفيتامين (أو منشطات أخرى)	F15.14	F15.24	F15.94
كوكايين	F14. 14	F14.24	F14.94
مادة أخرى (أو غير معروفة)	F19.14	F19.24	F19.94

تحديد إذا كان

(انظر الجدول 1 في فصل "الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية" للتشخيصات المرتبطة بصنف مادة ما):

- مع بداية أثناء الانسحاب: إذا تم استيفاء معايير الانسحاب بمادة ما وتطورت الأعراض خلال الانسحاب.
- مع بداية أثناء السحب: إذا تم استيفاء معايير السحب من المادة وتطورت الأعراض خلال أو بعد فترة وجيزة من السحب.

- عند البدء بعد استخدام الدواء: إذا ظهرت الأعراض عند البدء بالدواء، أو مع تغيير في استخدام الدواء، أو أثناء سحب الدواء.

ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى

Bipolar and Related Disorder Due to another Medical Condition

- A- اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج غير طبيعي مرتفع أو متمدّد أو مستثّار، وازدياد غير طبيعي في النشاط أو الطاقة.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.
- D- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E- يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى، أو يحتاج للاستشفاء لمنع الأذى للنفس أو للآخرين أو كان هناك أعراض ذهانية.

ملاحظة للترميز: ان رمز ICD-10-CM يعتمد على المحدد (انظر أدناه).

حدّد إذا كان:

- (F06.33) مع مظاهر الهوس: لم يتم الوفاء بالمعايير الكاملة لنوبة الهوس أو تحت الهوس.
- (F06.33) مع نوبة شبيهة بالهوس أو تحت الهوس: تم استيفاء المعايير الكاملة باستثناء المعيار D لنوبة الهوس أو باستثناء المعيار F لنوبة تحت الهوس.
- (F06.34) مع مظاهر مختلطة: أعراض الاكتئاب موجودة أيضاً ولكن لا تهيمن على الصورة السريرية.

ملاحظة للترميز: أدرج اسم الحالة الطبية الأخرى في اسم الاضطراب العقلي (على سبيل المثال، [F06.33] اضطراب ثنائي القطب بسبب فرط نشاط الدرق، مع مظاهر الهوس). ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى، ووضعها بشكل منفصل ومباشر قبل ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، [E05.90] فرط نشاط الدرق، [F06.33] اضطراب ثنائي القطب بسبب فرط نشاط الدرق، مع مظاهر الهوس).

ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

Other Specified Bipolar and Related Disorder (F31.89)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى. يتم استخدام فئة ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى في الحالات التي يختار فيها الطبيب، إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى. يتم ذلك من خلال تسجيل "ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "فترة قصيرة لاضطراب المزاج الدوري") أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1- نوب تحت هوسية قصيرة المدة (2-3 أيام) مع نوبات اكتئاب جسيمة: خلال الحياة حصلت واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الجسيم، في الأفراد الذين لم تُستوف لديهم

المعايير الكاملة لنوبة الهوس أو تحت الهوس ولكنهم اختبروا اثنتين أو أكثر من نوبات تحت الهوس قصيرة المدة، والتي تستوفي كامل معايير أعراض نوبة تحت الهوس، ولكنها تستمر فقط لمدة 2-3 أيام. نوب تحت الهوس لا تتداخل زمنياً مع نوبات الاكتئاب الجسيمة، وبالتالي فإن الاضطراب لا يلبي معايير لنوبة اكتئابية جسيمة، مع مظاهر مختلطة.

2- نوب تحت هوسية مع أعراض غير كافية مع نوبات اكتئاب جسيمة: خلال الحياة حصلت واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الجسيم، في الأفراد الذين لم تستوف لديهم المعايير الكاملة لنوبة الهوس أو تحت الهوس، ولكنهم اختبروا نوبة أو أكثر تحت هوسية، والتي لا تستوفي المعايير الكاملة لأعراض نوبة تحت الهوس (أي أربعة أيام متتالية من المزاج المرتفع وواحد أو اثنين من الأعراض الأخرى، أو مزاج مستثار مع عرضين أو ثلاثة أخرى) وأعراض النوب تحت الهوس لا تتداخل زمنياً مع نوبات الاكتئاب الجسيمة، وبالتالي فإن الاضطراب لا يلبي معايير لنوبة اكتئابية جسيمة، مع مظاهر مختلطة.

3- نوب تحت هوسية دون نوبات اكتئاب جسيمة سابقة: واحدة أو أكثر من نوب تحت الهوس، في الفرد الذي لم يختبر قط المعايير الكاملة لنوبة اكتئاب جسيم أو نوبة هوس. إذا كان هذا يحدث في الفرد الذي شُخص له الاضطراب الاكتئابي المستمر (سوء المزاج)، فكلما التشخيصين يمكن تطبيقهما خلال الفترة التي تتحقق فيها المعايير الكاملة لنوبة تحت الهوس.

4- اضطراب المزاج الدوري ذو المدة قصيرة (أقل من 24 شهراً): نوبات متعددة تحت هوسية لا تستوفي المعايير الكاملة لنوبة تحت الهوس، مع نوب اكتئاب متعددة لا تستوفي المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم، والتي تستمر لفترة أقل من 24 شهراً (أقل من 12 شهراً للأطفال والمراهقين)، وذلك في الأفراد الذين لم تتوافر لديهم قط المعايير لنوبة الاكتئاب الجسيم، نوبة الهوس وتحت الهوس، ولا تستوفي المعايير لأي

من الاضطرابات الذهانية. خلال مسار المرض فالأعراض تحت الهوسية والهوسية تستمر لفترة أكثر من الفترة التي لا تظهر فيها، والفرد لم يخل من الأعراض لفترة تزيد على الشهرين وتسبب الأعراض تدنياً أو إحباطاً ملحوظاً.

5- نوبة هوس متراكبة على الفصام، أو الاضطراب الفصامي الشكل، أو الاضطراب التوهمي، أو اضطراب طيف فصام آخر واضطراب ذهاني آخر محدد أو غير محدد. ملاحظة: نوب الهوس والتي هي جزء من اضطراب الفصام الوجداني لا تستحق تشخيصاً إضافياً لثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى.

ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

Unspecified Bipolar and Related Disorder (F31.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى.

يتم استخدام فئة ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة في الحالات التي يختار فيها الطبيب، عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبى المعايير المحددة لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى. ويشمل الحالات التي لا تتوافر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

اضطراب المزاج غير المحدد

Unspecified Mood Disorder F39

تنطبق هذه الفئة على الحالات التي تتميز فيها الأعراض باضطرابات الحالة المزاجية مما يسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكنها عند التقييم لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة أو الاضطرابات الاكتئابية، حيث يكون من الصعب فيها الاختيار بين الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة والاضطرابات الاكتئابية غير المحددة (مثل الانفعالات الحادة).

محددات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

حدّد إذا كان:

■ مع انزعاج قلقي:

تواجد اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال معظم الأيام للنوبة الحالية أو الأقرب للهوس، تحت الهوس، الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول (أو أقرب نوبة إذا كان الاضطراب ثنائي القطب I في هدأة جزئية أو كاملة)، أو من نوبة تحت الهوس أو نوبة الاكتئاب الجسيم الحالية في اضطراب ثنائي القطب II (أو أقرب نوبة إذا كان الاضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة)، أو خلال غالبية الأيام التي تظهر فيها الأعراض في اضطراب دوروية المزاج:

1. الشعور بالتقييد أو بالتوتر.
2. شعور بالتململ على نحو غير عادي.
3. صعوبة التركيز بسبب القلق.

4. الخوف من أن شيئاً مروعاً قد يحدث.

5. الشعور بأن الفرد قد يفقد السيطرة على نفسه أو نفسه.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: اثنان من الأعراض.
- متوسط: ثلاثة من الأعراض.
- متوسط شديد: أربعة أو خمسة أعراض.
- شديد: أربعة أو خمسة أعراض مع هياج حركي.

ملاحظة: لوحظ الانزعاج القلبي كسمة بارزة لاضطرابات ثنائي القطب والاضطراب الاكتئابي في كل من الرعاية الصحية الأولية وعيادات الصحة النفسية التخصصية. وقد ارتبطت مستويات القلق العالية مع زيادة خطر الانتحار، ومدة أطول من المرض، وزيادة احتمال عدم الاستجابة للعلاج. ونتيجة لذلك، فإنه من المفيد سريرياً التحديد الدقيق لوجود وشدة مستويات الانزعاج القلبي. وذلك للتخطيط للعلاج ورصد الاستجابة.

■ مع مظاهر مختلطة:

يمكن تطبيق محدد المظاهر المختلطة للنوبة الحالية أو الأقرب للهوس، تحت الهوس، الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول (أو أقرب نوبة إذا كان الاضطراب ثنائي القطب I في هدأة جزئية أو كاملة)، أو على نوبة تحت الهوس أو نوبة الاكتئاب الجسيم الحالية في اضطراب ثنائي القطب II (أو أقرب نوبة إذا كان الاضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة):

نوبة هوس أو تحت هوس، مع مظاهر مختلطة:

A- استيفاء المعايير الكاملة لنوبة هوس أو تحت الهوس، وعلى الأقل ثلاثة من الأعراض التالية موجودة خلال معظم أيام النوبة الحالية أو الأقرب من الهوس أو تحت الهوس:

1. انزعاج بارز أو مزاج منخفض إما بالتقرير الشخصي (على سبيل المثال، يشعر بالحزن أو الفراغ) أو بالملاحظة من الآخرين (على سبيل المثال، يظهر دامعاً).
 2. تقلص الاهتمام أو المتعة في كل، أو تقريباً كل الأنشطة (كما يتبين من التقرير الشخصي أو ملاحظة الآخرين).
 3. الهمود النفسي الحركي كل يوم تقريباً (ملاحظة من قبل الآخرين، وليس مجرد مشاعر ذاتية بالتباطؤ).
 4. الإرهاق أو فقدان الطاقة.
 5. مشاعر بانعدام القيمة أو مشاعر مفرطة غير مناسبة بالذنب (وليس مجرد اللوم الذاتي أو الشعور بالذنب حول المرض).
 6. الأفكار المتكررة عن الموت (وليس فقط الخوف من الموت)، أفكار انتحارية متكررة دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- B-** الأعراض المختلطة ملاحظة من قبل الآخرين، وتمثل تغييراً عن سلوك الشخص المعتاد.
- C-** بالنسبة للأفراد الذين يستوفون معايير كاملة لكلا من نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب في آن واحد، فالتشخيص يجب أن يكون نوبة هوس، مع مظاهر مختلطة، ويرجع ذلك إلى التدني الشديد والشدة السريرية للهوس الكامل.
- D-** الأعراض المختلطة لا تُعزى إلى الآثار الفيزيولوجية لمادة (على سبيل المثال، إساءة استعمال مادة، والدواء، والعلاجات الأخرى).

نوبة اكتئاب، مع مظاهر مختلطة:

- A-** جرى استيفاء المعايير الكاملة لنوبة اكتئاب جسيمة، وتواجد ثلاثة على الأقل من أعراض الهوس/تحت الهوس خلال معظم أيام النوبة الحالية أو الأقرب من الاكتئاب:
1. مزاج مرتفع متمد.
 2. تضخم تقدير الذات أو عظمه.

3. ثثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
 4. تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
 5. ازدياد الطاقة أو النشاط الهادف (إما اجتماعياً - في العمل أو في المدرسة - أو جنسياً).
 6. الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).
 7. انخفاض الحاجة للنوم (الشعور بالارتياح رغم النوم لأقل من العادة، والمتناقض مع الأرق).
- B-** الأعراض المختلطة ملاحظة من قبل الآخرين، وتمثل تغييراً عن سلوك الشخص المعتاد.
- C-** بالنسبة للأفراد الذين يستوفون معايير كاملة لكلاً من نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب في آن واحد، فالتشخيص يجب أن يكون نوبة هوس، مع مظاهر مختلطة.
- D-** الأعراض المختلطة لا تُعزى إلى الآثار الفيزيولوجية لمادة (على سبيل المثال، إساءة استعمال مادة، والدواء، والعلاجات الأخرى).
- ملاحظة:** لقد وجد أن المظاهر المختلطة المرافقة لنوبة اكتئابية جسيمة هي عامل خطر كبير لتطور اضطراب ثنائي القطب I أو اضطراب ثنائي القطب II. ونتيجة لذلك، فإنه من المفيد سريرياً ملاحظة وجود هذا المحدد وذلك للتخطيط للعلاج ورصد الاستجابة.

مع دوران سريع (With rapid cycling)

حدوث أربع نوبات مزاجية على الأقل في غضون الاثني عشر شهراً السابقة تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة أو هوسية أو تحت هوسية في اضطراب ثنائي القطب I أو تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة أو تحت هوسية في اضطراب ثنائي القطب II.

ملاحظة: النوبات مميزة الحدود إما بهدأة جزئية أو بهدأة تامة لمدة شهرين على الأقل أو تحوّل إلى نوبة من القطب المعاكس (مثل تحول نوبة اكتئابية جسيمة إلى نوبة هوسية).

ملاحظة: المظاهر الأساسية للاضطراب الثنائي القطب مع دوران سريع هو وقوع ما لا يقل عن أربع نوب مزاجية خلال الـ 12 شهراً السابقة. يمكن أن تحدث هذه النوب في أي تركيبة وترتيب. يجب أن تستوفي النوب المدة والمعايير للنوب الاكتئابية، الهوسية، أو تحت الهوسية ويجب أن تتميز إما بهدأة تامة أو بالتحول إلى نوبة من قطب معاكس. يتم حساب نوبات الهوس وتحت الهوس باعتبارها على نفس القطب. وباستثناء حقيقة أنها تحدث بشكل أكثر تكراراً، فالنوب التي تحدث في نمط الدوران السريع لا تختلف عن تلك التي تحدث في أي نمط غيره. عند تحديد النمط السريع فيجب استبعاد النوب المحدثة مباشرة بمادة (مثل الكوكايين، الستيرويدات القشرية) أو حالة طبية أخرى.

مع محدد المظاهر السوداوية Melancholic Features Specifier

A- واحد مما يلي يحدث أثناء الفترة الأشد من نوبة الاكتئاب الجسيم الحالية (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب I أو اضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة):

1. فقد المتعة في جميع الأنشطة أو معظمها.
2. انعدام التفاعل مع المنبهات الممتعة عادة (لا يشعر بتحسن، ولو وقتي، عندما يحصل أمر جيد).

B- وجود ثلاثة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

1. سووية مميزة من المزاج المنخفض تتميز باليأس أو الكآبة العميقة، و/أو النكد الشديد أو ما يدعى المزاج الفارغ.
2. يزداد الاكتئاب سوءاً بانتظام في الصباح.

3. استيقاظ صباحي باكراً (قبل الموعد المعتاد للاستيقاظ بساعتين على الأقل).
4. بطء نفسية حركية صريحة أو هياج.
5. فقد شهية عصبي أو فقد وزن ذو شأن.
6. شعور مفرط بالذنب أو شعور غير مناسب بالذنب.

ملاحظة: محدد "مع مظاهر سوداوية" يطبق في المرحلة الأشد من النوبة إذا وجدت هذه المظاهر. هناك غياب شبه كامل بقدرات التمتع، وليس فقط انخفاض هذه القدرات. وللتوجه عند تقييم فقد التفاعل للمزاج هو أنه حتى الأحداث المرغوبة بشدة لا ترتبط مع إشراق ملحوظ في المزاج. أو أن المزاج لا يتحسن إطلاقاً أو أن التحسن يكون جزئياً، (على سبيل المثال، تصل إلى 20% - 40% من الطبيعي لدقائق فقط في كل مرة). "النوعية المميزة" من المزاج الذي هو سمة من محدد "مع مظاهر سوداوية" فيختبر كمختلف نوعياً عن ذلك الموجود خلال الفترة التي توجد فيها مظاهر سوداوية. لا يعتبر المزاج المكتئب الذي يوصف بأنه فقط أكثر شدة وأطول أمداً، أو الحاضر دون سبب لا يعتبر مميزاً نوعياً. التغيرات الحركية تكاد تكون موجودة دوماً ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين.

المظاهر السوداوية لا تحمل سوى ميلاً متواضعاً للتكرار عبر النوب عند نفس الفرد. فهي أكثر شيوعاً في المرضى المقبولين في المستشفيات، على عكس مرضى العيادات الخارجية الذين تحدث لديهم نوب اكتئابية أكثر اعتدالاً، وأكثر احتمالاً أن تحدث في الحالات المترافقة بأعراض ذهانية.

مع مظاهر لا نموذجية A Typical Features

يطبق هذا المحدد عندما تسيطر هذه المظاهر خلال معظم الأيام للنوبة الاكتئابية الجسمية الحالية (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب I أو اضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة):

A- تفاعلية المزاج (أي يبتهج المزاج رداً على إيجابية الأحداث الفعلية أو المحتملة

الإيجابية).

B- اثنين (أو أكثر) من المظاهر التالية:

1. زيادة كبيرة في الوزن أو زيادة الشهية.
2. فرط النوم.
3. الشلل الرصافي (أي مشاعر ثقيلة رصاصة في الذراعين أو الساقين).
4. نمط طويل الأمد من حساسية الرفض من قبل الآخرين (لا تقتصر على نوب اضطراب المزاج) الذي يؤدي الى تدن مهم اجتماعياً أو مهنيًا.

C- لم يتم استيفاء معايير "مع مظاهر سوداوية" أو "مع كاتاتونيا" خلال نفس النوبة.

ملاحظة: "الاكتئاب اللا نموذجي" له أهمية تاريخية (أي لا نموذجي في تعارضه لتظاهرات الاكتئاب الهياجية الكلاسيكية، والتي كانت هي القاعدة عندما كان نادراً ما يتم تشخيص الاكتئاب في العيادات الخارجية، ويكاد ينعدم عند المراهقين أو عند البالغين الأصغر سناً) واليوم لا يفيد المصطلح بحصوله ضمناً كنادر أو غير معتاد كما قد يشير الاسم.

تفاعل المزاج هو القدرة على الابتهاج عند حصول الأحداث الإيجابية (على سبيل المثال، زيارة من الأطفال، اطراءات من الآخرين). حتى أنه قد يصبح المزاج معتدلاً (ليس حزيناً) لفترات طويلة من الزمن طالما الظروف الخارجية مواتية. قد تتجلى زيادة الشهية بزيادة واضحة في تناول الطعام أو زيادة الوزن، وقد يشمل فرط النوم إما تطاول فترات النوم الليلية أو غفوات نهارية، بحيث تبلغ فترة النوم 10 ساعات على الأقل يومياً (أو ساعتين من النوم زيادة عندما لا يكون مكتئباً). يتم تعريف الشلل الرصافي بأنه شعور ثقيل، رصافي، أو مثاقل، في الذراعين أو الساقين عادة. هذا الإحساس يوجد عموماً لساعة على الأقل يومياً، ولكن يستمر لعدة ساعات في كثير من الأحيان. خلافاً لغيرها من المظاهر اللا نموذجية، فالحساسية المرضية للرفض المفترض من قبل الآخرين هو سمة ذات بداية مبكرة واستمرت طوال معظم الحياة البالغة. حساسية الرفض تحدث

على حد سواء عندما يكون الشخص مكتئباً أو غير مكتئب، على الرغم من أنه يمكن أن تتفاقم خلال فترات الاكتئاب.

مع مظاهر ذهانية

أوهام أو هلاوس موجودة في أي وقت خلال النوبة الحالية من الهوس أو الاكتئاب الجسيم في الاضطراب ثنائي القطب I أو (أو نوبة الاكتئاب الجسيم أو الهوس الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب I في هدأة جزئية أو كاملة)، أو في نوبة الاكتئاب الجسيم في اضطراب ثنائي القطب II (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة). إذا تواجدت المظاهر الذهانية، فحدّد ما إذا كانت منسجمة أو غير منسجمة مع المزاج:

عند التطبيق على النوبة الهوسية الحالية أو الأقرب (في الاضطراب ثنائي القطب I):

- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج: أثناء نوبات الهوس، فمحتوى كل الأوهام والهلاوس يتسق مع موضوعات الهوس النموذجية من العظمة، القدرة، الخ، ولكن يمكن أن تشمل أيضاً موضوعات ارتياب أو اضطهاد، وخاصة فيما يتعلق بشكوك الآخرين حول قدرات الفرد، وإنجازاته، وهكذا.

- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج: محتويات الأوهام والهلاوس لا تتسق مع موضوعات الهوس النموذجية كما هو موضح أعلاه، أو أن المحتوى عبارة عن خليط من المواضيع المنسجمة وغير المنسجمة مع المزاج.

عند التطبيق على نوبة الاكتئاب الجسيم الحالية أو الأقرب (في الاضطراب ثنائي القطب I أو اضطراب ثنائي القطب II):

- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج: محتوى كل الأوهام والهلاوس يتسق مع موضوعات الاكتئاب النموذجية من عدم الكفاية الشخصية أو الشعور بالذنب أو المرض أو الموت أو العدمية أو استحقاق العقاب.

- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج: محتويات الأوهام والهلاوس لا تتسق مع

موضوعات الاكتئاب النموذجية من عدم الكفاية الشخصية أو الشعور بالذنب أو المرض أو الموت أو العدمية أو استحقاق العقاب، أو أن المحتوى عبارة عن خليط من المواضيع المنسجمة وغير المنسجمة مع المزاج.

مع كاتاتونيا

ويمكن تطبيق هذا المحدد على النوبة الحالية من الهوس أو الاكتئاب الجسيم في الاضطراب ثنائي القطب I أو (أو نوبة الاكتئاب الجسيم أو الهوس الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب I في هدأة جزئية أو كاملة)، أو في نوبة الاكتئاب الجسيم في اضطراب ثنائي القطب II (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة) إذا تواجدت مظاهر الكاتاتونيا خلال معظم النوبة. انظر معايير الكاتاتونيا المرتبطة مع اضطراب عقلي في فصل "اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى".

مع بدء حول الولادة

يمكن تطبيق هذا المحدد على النوبة الحالية من الهوس أو الاكتئاب الجسيم في الاضطراب ثنائي القطب I أو (أو نوبة الاكتئاب الجسيم أو الهوس الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب I في هدأة جزئية أو كاملة)، أو في نوبة الاكتئاب الجسيم في اضطراب ثنائي القطب II (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان اضطراب ثنائي القطب II في هدأة جزئية أو كاملة) إذا كانت بداية أعراض المزاج قد حصلت خلال الحمل أو في الأسابيع الأربعة التالية للولادة.

ملاحظة: يمكن أن تكون بداية نوبة المزاج أثناء الحمل أو بعد الولادة على الرغم من أن التقديرات تختلف وفقاً لفترة المتابعة بعد الولادة، حوالي 50% من النساء سوف يشهدن بداية نوبة اكتئاب جسيمة قبل الولادة. لذلك يشار إليها جميعاً بنوب حول الولادة.

بين بداية الحمل والولادة، ستختبر 9% من النساء نوبة اكتئاب جسيمة. وأفضل تقدير

لحصول نوبة اكتئاب جسيم بين الولادة و12 شهر بعد الولادة أقل من 7%.

يمكن لنوبات المزاج مع بدء حول الولادة أن تتظاهر إما مع أو دون مظاهر ذهانية. (قتل الرضيع وهو نادر الحدوث)، غالباً ما يترافق مع نوبات ذهانية بعد الولادة التي تتميز بهلوس أمرة لقتل الرضيع أو أوهام بكون الرضيع ممسوساً، ولكن قد يحدث أيضاً أعراض ذهانية شديدة بعد الولادة دون مثل هذه الأوهام أو الهلوس المحددة.

يظهر أن نوب المزاج بعد الولادة (الاكتئاب الجسيم أو الهوس) مع مظاهر ذهانية تحدث بمعدل من 1/500 ولادة إلى 1/1000 ولادة، وربما تكون أكثر شيوعاً عند الخروس (الولادة الأولى). يزداد بشكل خاص خطر نوبات ذهان بعد الولادة مع المرأة التي حصل لها سابقاً نوب مزاج بعد الولادة، والخطورة مرتفعة أيضاً بالنسبة لأولئك السيدات، اللاتي لديهن تاريخ مسبق من الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب (وخاصة اضطراب ثنائي القطب I) واللاتي لديهن تاريخ عائلي من اضطرابات ثنائي القطب.

عندما يحدث للمرأة نوبة بعد الولادة مع مظاهر ذهانية، فالخطر من تكرار النوبة عقب الولادة يبلغ ما بين 30% و50%. يجب أن تفرق النوب بعد الولادة من الهذيان الحادث في فترة ما بعد الولادة، والتي تتميز بتذبذب مستوى الوعي أو الانتباه.

يجب التمييز بين الاضطرابات الاكتئابية التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة وبين "كآبة الأمومة" الأكثر شيوعاً، أو ما يُعرف بمصطلحات عامة باسم "كآبة ما بعد الولادة". لا تعتبر كآبة الأمومة اضطراباً عقلياً وتتميز بتغيرات مفاجئة في الحالة المزاجية (على سبيل المثال، الظهور المفاجئ للبكاء في غياب الاكتئاب) والتي لا تسبب تدنياً وظيفياً والتي من المحتمل أن تكون ناجمة عن التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث بعد الولادة. وهي مؤقتة ومحدودة ذاتياً، وعادة ما تتحسن بسرعة (في غضون أسبوع) دون الحاجة إلى العلاج. أعراض أخرى لكآبة الأمومة تشمل اضطراب النوم وحتى التخليط الذي يمكن أن يحدث بعد وقت قصير من الولادة.

قد تكون النساء في فترة ما حول الولادة أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الاكتئاب بسبب

اختلالات الغدة الدرقية بالإضافة إلى الحالات الطبية الأخرى التي يمكن أن تسبب أعراض الاكتئاب. إذا تم الحكم على أعراض الاكتئاب أنها بسبب حالة طبية أخرى تتعلق بفترة ما حول الولادة، يجب تشخيص الاضطراب الاكتئابي الناتج عن حالة طبية أخرى بدلاً من نوبة اكتئاب جسيم مع بداية ما حول الولادة.

مع النمط الفصلي Seasonal Pattern

يمكن تطبيق هذا المحدد على نمط من نوب المزاج وذلك خلال الحياة. والمظهر الأساسي هو نمط فصلي منتظم من نوع واحد على الأقل من النوب (أي، اكتئاب، هوس، تحت هوس) والنوب الأخرى قد لا تتبع هذا النمط. فمثلاً قد يصاب الشخص بهوس فصلي ولكن الاكتئاب لديه لا يحدث في وقت محدد من السنة بشكل منتظم.

A- وجود علاقة زمنية منتظمة بين بدء النوبات (اكتئاب، هوس، تحت هوس) وبين وقت محدد من السنة (مثل الخريف أو الشتاء) في الاضطراب ثنائي القطب I أو II.

ملاحظة: لا تُدرج الحالات التي يكون فيها تأثير جلي للشدات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالفصل (مثل البطالة بشكل منتظم في كل شتاء).

B- تحدث أيضاً هذات تامة (أو تبدل من الاكتئاب إلى الهوس أو تحت الهوس أو العكس) في وقت محدد من السنة (مثلاً، يختفي الاكتئاب في الربيع).

C- في السنتين الأخيرتين، حدثت نوبتان مزاجيتان (اكتئاب، هوس، تحت هوس) أظهرتا العلاقات الفصلية الزمنية المعروفة أعلاه، ولم تحدث نوبات من نفس القطب ذات نمط لا فصلي خلال نفس السنتين.

D- تفوق النوب (الاكتئابية، الهوس، تحت الهوس) الفصلية (كما وصفت أعلاه) في عددها بشكل كبير، النوبات المزاجية غير الفصلية التي يمكن أن تكون قد حصلت خلال حياة الفرد.

ملاحظة: هذا المحدد يمكن تطبيقه على نمط نوبات الاكتئاب الجسيمة في الاضطراب ثنائي القطب I أو II، أو نمط نوب الهوس في الاضطراب ثنائي القطب I، أو نمط نوب

تحت الهوس في الاضطراب ثنائي القطب I أو II. الميزة الأساسية هي بداية وهدأة نوبات الاكتئاب الجسيمة أو نوب الهوس أو تحت الهوس في أوقات مميزة من السنة. في معظم الحالات، تبدأ نوب الاكتئاب في الخريف أو الشتاء وتهدأ في فصل الربيع. وأقل شيوعاً، قد يكون هناك نوبات اكتئاب متكررة صيفية. هذا النمط من بداية وهدأة النوب يجب أن يكون قد حدث خلال فترة لا تقل عن سنتين، ولم تحدث نوبات اكتئاب أو هوس أو تحت هوس ذات نمط لا فصلي خلال نفس السنتين. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تكون نوبات الاكتئاب أو الهوس أو تحت الهوس تفوق عدداً بشكل كبير أي نوبات اكتئاب أو هوس أو تحت هوس لا فصلية على مدى عمر الفرد.

لا ينطبق هذا المحدد على تلك الحالات التي تُفسر بشكل أفضل، من خلال الضغوطات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالموسم (على سبيل المثال، البطالة الموسمية أو الجدول المدرسي). ومن غير الواضح ما إذا كان النمط الفصلي أكثر احتمالاً للتكرار في الاضطراب الاكتئابي أو في اضطرابات ثنائي القطب. ومع ذلك، ضمن مجموعة اضطرابات ثنائي القطب، فالنمط الفصلي يبدو أرجح للحدوث في الاضطراب ثنائي القطب II من اضطراب ثنائي القطب I. عند بعض الأفراد، بداية نوب الهوس أو النوب تحت الهوس يمكن أيضاً أن يكون مرتبطاً بفصل معين، مع قمة فصلية للهوس وتحت الهوس تمتد من الربيع وخلال الصيف.

يبدو أن انتشار نمط الشتاء من النمط الفصلي قد يختلف مع خط العرض، والعمر، والجنس. الانتشار يزيد مع خطوط العرض العليا. العمر يعد أيضاً مؤشراً قوياً على الفصلية، مع كون الأشخاص الأصغر سناً أكثر عرضة لنوبات اكتئاب الشتاء.

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة جزئية: أعراض النوبة السابقة من الهوس، تحت الهوس، أو الاكتئاب موجودة، ولكن لم يتم استيفاء المعايير كاملة، أو تتواجد فترة أقل من شهرين من دون أي أعراض هامة من الهوس، تحت الهوس، أو نوبة اكتئاب جسيمة بعد نهاية

مثل هذه النوبة.

- في هدأة كاملة: خلال الشهرين السابقين، لا توجد علامات أو أعراض مهمة للاضطراب.

تحديد الشدة الحالية لنوبة الهوس:

تستند الشدة على عدد الأعراض المعيارية، وشدة تلك الأعراض، ودرجة الإعاقة الوظيفية.

- خفيف: تم استيفاء الحد الأدنى من معايير الأعراض لنوبة الهوس..
- متوسط: زيادة كبيرة جداً في النشاط أو ضعف في المحاكمة.
- شديد: يتطلب الإشراف المستمر تقريباً من أجل منع الإصابة الجسدية أو إيذاء النفس أو الآخرين.

تحديد الشدة الحالية لنوبة الاكتئاب الجسيم:

تستند الشدة على عدد الأعراض المعيارية، وشدة تلك الأعراض، ودرجة الإعاقة الوظيفية.

- خفيف: إن وجدت فقليل من تلك الأعراض التي تتجاوز المعايير المطلوبة لاستيفاء معايير التشخيص، وشدة الأعراض محبطة ولكن يمكن التحكم فيها، وتؤدي إلى تدن بسيط في الأداء الاجتماعي أو المهني.
- متوسط: عدد الأعراض، شدة الأعراض، و/أو التدني الوظيفي ما بين تلك المحددة لـ "خفيف" و "شديد".
- شديد: إن عدد الأعراض أكبر بكثير من تلك المطلوبة لوضع التشخيص، وشدة الأعراض محبطة بشكل خطير وغير قابلة للتحكم فيها، وتتداخل الأعراض بشكل ملحوظ مع الأداء الاجتماعي والمهني.

الاضطرابات الاكتئابية

Depressive Disorders

الاضطرابات الاكتئابية تشمل اضطراب المزاج المتقلب المشوش، الاضطراب الاكتئابي المستمر (سوء المزاج)، واضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء، الاضطراب الاكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، الاضطرابات الاكتئابية المحددة الأخرى والاضطراب الاكتئابي الغير محدد. إن المظهر المشترك لجميع هذه الاضطرابات هو وجود مزاج حزين، فارغ، أو مزاج عصبي، يرافقه تغيرات جسدية ومعرفية والتي تؤثر تأثيراً كبيراً على قدرة الفرد على الأداء. وتختلف فيما بينها بمواضيع المدة والتوقيت، أو المسببات المفترضة.

اضطراب المزاج المتقلب المشوش

Disruptive Mood Dysregulation Disorder (F34.81)

- A- انفجارات متكررة شديدة من الغضب تتجلى لفظياً (مثلاً، الاحتدام اللفظي) و/أو سلوكياً (مثلاً، الاعتداء الجسدي على الأشخاص أو الممتلكات) وهي بشكل صارخ لا تقارن بالشدة أو المدة للوضع أو للاستفزاز.
- B- نوبات الغضب لا تتفق مع المستوى التطوري.
- C- تحدث نوبات الغضب، في المتوسط، ثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع.
- D- يكون المزاج بين نوبات الغضب منفصلاً أو غاضباً باستمرار لمعظم اليوم، كل يوم

- تقريباً ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين (مثلاً، الآباء، والمعلمين، والأقران).
- E-** تواجدت المعايير A-D لمدة 12 شهراً أو أكثر. طوال ذلك الوقت، لم يخلُ الفرد لثلاثة أشهر متتالية أو أكثر من أعراض المعايير A-D.
- F-** معايير A و D موجودة في ما لا يقل عن اثنين من ثلاثة مواضع (أي، في البيت، في المدرسة، مع الأقران) وشديدة في واحدة على الأقل منها.
- G-** لا ينبغي أن يوضع التشخيص للمرة الأولى قبل سن 6 سنوات أو بعد سن 18 عاماً.
- H-** بواسطة التاريخ أو المراقبة، فالعمر عند بداية معايير A-E يكون قبل سن العشرة أعوام.
- I-** لم تحصل فترة متميزة استمرت أكثر من يوم واحد والتي استوفيت خلالها معايير الأعراض، لنوبة هوس أو تحت هوس باستثناء المدة.
- ملاحظة:** ارتفاع المزاج الموافق للتطور، كما يحدث في سياق حدث إيجابي للغاية أو في سياق ترقبه، فينبغي ألا يعتبر عرضاً من أعراض الهوس أو تحت الهوس.
- J-** لا تحدث السلوكيات حصراً أثناء نوبة من اضطراب اكتئابي جسيم، ولا تُفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب طيف التوحد، واضطراب الكرب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق الانفصالي، الاضطراب الاكتئابي المستمر، سوء المزاج).
- ملاحظة:** هذا التشخيص لا يمكن أن يتواجد مع اضطراب التحدي المعارض، الاضطراب الانفجاري المتقطع، أو الاضطراب الثنائي القطب، على الرغم من أنه يمكن أن يتواجد مع اضطرابات أخرى، بما في ذلك الاضطراب الاكتئابي الجسيم، اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة، اضطراب المسلك، واضطرابات استعمال المواد. الأفراد الذين يستوفون كلاً من معايير اضطراب المزاج المتقلب المشوش واضطراب التحدي المعارض فينبغي وضع تشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش فقط. إذا كان الفرد قد اختبر

في أي وقت مضى نوبة هوس أو تحت هوس، فتشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش يجب ألا يوضع.

K- لا تُعزى الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو لحالة طبية أو عصبية أخرى.

الاضطراب الاكتئابي الجسيم

Major Depressive Disorders

A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

3. فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

5. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

6. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهماً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
9. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- B- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C- لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

ملاحظة: المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة⁽¹⁾.

(1) عند تمييز الحداد من نوبة اكتئاب جسيمة، فمن المفيد أن نعتبر أنه في الحداد فالمشاعر المسيطرة هي الفراغ والخسارة، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم يهيمن المزاج المكتئب المستمر وعدم القدرة على تأمل السعادة أو المتعة. والأرجح أن الانزعاج في الحداد يميل للانخفاض في الشدة على مدى أيام لأسابيع، ويحدث على شكل موجات، ما يسمى وخزات الحداد، ترتبط هذه الموجات عادة مع أفكار أو ما يذكر بالراحل. المزاج المكتئب في نوبة

- D-** لا يتم تفسير نوبة اكتئاب جسيم واحدة على الأقل بشكل أفضل من خلال اضطراب الفصام الوجداني، ولا تتراكب مع الفصام أو الاضطراب الفصامي الشكل أو الاضطراب التوهمي أو غيره من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- E-** لم يكن هناك أبداً نوبة هوس أو نوبة تحت هوس.

ملحوظة: لا ينطبق هذا الاستثناء إذا كانت جميع النوبات الشبيهة بالهوس أو تحت الهوس ناتجة عن مادة أو تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لحالة طبية أخرى.

إجراءات الترميز والتسجيل

يستند الرمز التشخيصي للاضطراب الاكتئابي الجسيم على ما إذا كان نوبة مفردة أو متكررة، والشدة الحالية، وجود مظاهر ذهانية، ووضع الهدأة. يشار إلى الشدة الحالية والمظاهر الذهانية فقط إذا تم حالياً استيفاء المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم، ولا يشار إلى محددات الهدأة إلا إذا لم تستوف المعايير الكاملة

الاكتئاب الجسيم هو أكثر ثباتاً وغير مرتبط بأفكار أو اهتمامات محددة. ألم الحداد قد تصحبه المشاعر الإيجابية وروح الدعابة والتي لا تميز التعاسة والبؤس المتفشي والذي يميز نوبة الاكتئاب الجسيمة. محتويات التفكير المرتبطة بالحداد تتميز عموماً بالانشغال بالأفكار والذكريات عن الراحل، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيمة تُجتر الأفكار المتشائمة والناقدة للذات، في الحداد يُحافظ على تقييم الذات عادة، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم، فمشاعر انعدام القيمة والنفور من النفس شائعة. إذا وجد التفكير الذي يحط من قيمة النفس في الحداد، فإنه عادة ما ينطوي على مشاعر مماثلة للمتوفى (على سبيل المثال، عدم الزيارة المتكررة بما فيه الكفاية، لم يخبر الراحل كم كان محبوباً له أو لها). إذا كان الفرد المتفجع يفكر بالموت، فتركز مثل هذه الأفكار عموماً على الراحل وربما عن "الانضمام" للراحل، على حين أنه في نوبة الاكتئاب الجسيمة تركز مثل هذه الأفكار على إنهاء حياة المرء الخاصة بسبب الشعور بانعدام القيمة، وعدم استحقاق الحياة، أو عدم القدرة على التعامل مع ألم الاكتئاب.

حالياً لنوبة الاكتئاب الجسيم.

الرموز كما يلي:

محددات الشدة/السير	نوبة مفردة	نوب متكررة*
خفيف	(F32.0)	(F33.0)
متوسط	(F32.1)	(F33.1)
شديد	(F32.2)	(F33.2)
مع مظاهر ذهانية**	(F32.3)	(F33.3)
في هدأة جزئية	(F32.4)	(F33.4)
في هدأة كاملة	(F32.5)	(F33.5)
غير محدد	(F32.9)	(F33.9)

* لاعتبار النوب متكررة فيجب وجود شهرين متتاليين بين نوبتين متتاليتين على الأقل، حيث لم تستوفَ المعايير لنوبة اكتئاب جسيمة. إن تعريفات المحددات يوجد على الصفحات المعينة.

** إذا تواجدت المظاهر الذهانية، فالرمز "مع مظاهر ذهانية" لا علاقة له بشدة النوبة.

في تسجيل اسم التشخيص، يجب أن يتم سرد المصطلحات بالترتيب التالي: اضطراب اكتئابي جسيم، نوبة مفردة أو متكررة، محددات الشدة/الذهان/الهدأة، تليها العديد من المحددات التالية دون رموز كما تنطبق على النوبة الحالية أو الأقرب.

حدّد:

- مع انزعاج قلقي
- مع مظاهر مختلطة

- مع دوران سريع
- مع مظاهر سوداوية
- مع مظاهر لا نموذجية
- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج
- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج
- مع كاتاتونيا. ستخدم رمزاً إضافياً (F06.1).
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي (للنوب المتكررة فقط)

اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج)

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) (F34.1)

يعتبر هذا الاضطراب دمجاً للاضطراب الاكتئابي الجسيم المزمن حسب الدليل الرابع واضطراب سوء المزاج.

A- مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك. **ملاحظة:** يمكن أن يكون المزاج عند الأطفال والمراهقين مستثاراً، ويجب أن تكون المدة سنة على الأقل.

B- وجود اثنين (أو أكثر) مما يلي أثناء انخفاض المزاج:

1. ضعف شهية أو زيادة في الأكل.
2. أرق أو فرط نوم.
3. انخفاض الطاقة أو تعب.
4. انخفاض الشعور بقيمة الذات.
5. ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.

6. مشاعر انعدام الأُم.

C- لم يخلُ الشخص أثناء فترة سنتي الاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) أبداً من الأعراض المدرجة في المعيارين A و B لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.

D- معايير نوبة اكتئابية جسيمة قد تتواجد باستمرار خلال العامين.

E- لم توجد أبداً نوبة هوسية أو نوبة تحت هوسية، كما لم تتحقق أبداً معايير اضطراب المزاج الدوري.

F- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام أو الاضطراب التوهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة والاضطرابات الذهانية الأخرى.

G- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى (مثل قصور الدرق).

H- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ملاحظة: إذا كانت المعايير كافية لتشخيص نوبة اكتئاب جسيم في أي وقت خلال فترة العامين من المزاج المكتئب، فيتم وضع تشخيص منفصل لاكتئاب جسيم بالإضافة إلى تشخيص اضطراب الاكتئاب المستمر جنباً إلى جنب مع المحددات ذات الصلة (على سبيل المثال، مع نوبات الاكتئاب الشديد المتقطع، مع النوبة الحالية).

حدّد إذا كان:

- مع انزعاج قلقي
- مع مظاهر لا نموذجية

حدّد إذا كان:

- في هدأة جزئية

■ في هدأة كاملة

حدّد إذا كان:

- بدء مبكر: إذا كان البدء قبل عمر 21 سنة.
- بدء متأخر: إذا كان البدء في عمر 21 سنة أو أكثر.
- حدّد (لأجل آخر سنتين من اضطراب سوء المزاج):
- مع متلازمة سوء المزاج الخالصة: المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم لم تستوف خلال السنتين السابقتين على الأقل.
- مع نوبة اكتئاب جسيم مستمرة: المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم استوفيت خلال السنتين السابقتين على الأقل.
- مع نوب اكتئابية جسيمة متقطعة، مع نوبة حالية: استوفيت المعايير الكاملة لنوبة اكتئاب جسيم حالية، ولكن وجدت فترات تستمر لثمانية أسابيع على الأقل، خلال السنتين الماضيتين، حيث تواجدت أعراض دون عتبة المعايير الكاملة للنوبة الاكتئابية الجسيمة.
- مع نوب اكتئابية جسيمة متقطعة، دون نوبة حالية: لا توجد المعايير الكاملة لنوبة حالية من نوب الاكتئاب الجسيم، ولكن وجدت نوبة أو أكثر من نوب الاكتئاب الجسيم خلال السنتين الماضيتين.

حدّد الشدة الحالية:

- خفيف
- متوسط
- شديد

اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث

Premenstrual dysphoric disorder (F32.81)

A- في معظم دورات الطمث، يجب أن تتواجد خمسة أعراض على الأقل في الأسبوع الأخير قبل بداية الطمث، وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، وتصبح أقل ما يمكن أو قد تغيب في الأسبوع التالي للطمث.

B- واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية يجب أن يكون موجوداً:

1. عدم استقرار انفعالي واضح (على سبيل المثال، تقلبات المزاج: الشعور المفاجئ بالحزن والبكاء، أو زيادة الحساسية للرفض).
2. تملل أو غضب ملحوظ أو زيادة الخلافات الشخصية.
3. مزاج مكتئب ملحوظ، الشعور باليأس، أو الأفكار عن الانتقاص من الذات.
4. قلق وتوتر ملحوظ، و/أو مشاعر بكونها مقيدة أو على الحافة.

C- واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية يجب أن تتواجد حالياً بالإضافة إلى ما سبق، لتصل إلى ما مجموعه خمسة أعراض عندما تجمع مع الأعراض من المعيار B أعلاه.

1. تدني الاهتمام بالأنشطة المعتادة (على سبيل المثال، العمل، المدرسة، الأصدقاء، الهوايات).
2. صعوبة شخصية في التركيز.
3. الخمول، وسهولة التعب، أو افتقاد ملحوظ للطاقة.
4. تغير ملاحظ في الشهية، إفراط، أو شهوة تناول نوع محدد من الطعام.
5. فرط النوم أو الأرق.
6. شعور بالارتباك أو بالخروج عن نطاق السيطرة.
7. الأعراض الجسدية مثل توتر أو تورم الثدي، وآلام المفاصل أو العضلات، والإحساس "بالانتفاخ"، أو زيادة الوزن.

ملاحظة: الأعراض في معايير A-C يجب أن تكون قد استوفيت لمعظم دورات الطمث التي حصلت في العام السابق.

D- تتوافق الأعراض مع انخفاض سريري واضح أو تتداخل مع العمل أو المدرسة والنشاطات الاجتماعية الاعتيادية، أو العلاقات مع الآخرين (مثلاً، تجنب النشاطات الاجتماعية، تدني الإنتاجية والفعالية في العمل، المدرسة أو في المنزل).

E- الاضطراب ليس مجرد تفاقم أعراض اضطراب آخر مثل الاضطراب الاكتئابي الجسيم، اضطراب الهلع، الاضطراب الاكتئابي المستمر، أو اضطراب في الشخصية (على الرغم من أنه قد يحدث بشكل مشترك مع أي من هذه الاضطرابات).

F- المعيار A يجب أن يتم تأكيده بالتقييمات اليومية خلال اثنتين على الأقل من الدورات الطمثية ذات الأعراض. (**ملاحظة:** يمكن وضع هذا التشخيص مؤقتاً قبل هذا التأكيد).

G- الأعراض لا تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (إساءة استعمال مادة أو الدواء، و/أو علاجات أخرى) أو حالة طبية أخرى (مثلاً، فرط نشاط الدرق).

الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء

Substance/Medication-Induced Depressive Disorder

A- اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريباً كل الأنشطة.

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

1. تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالاً عقب الانسمام بمادة 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 اكتئابي غير ناتج عن مادة/دواء. مثل هذه الأدلة على وجود الاضطراب الاكتئابي المستقل يمكن أن تتضمن ما يلي: الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسحاب الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود اضطراب اكتئابي مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معاودة 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 بمادة أو السحب من مادة، فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية، وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجلب الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM للاضطرابات الاكتئابية المحدثة — [مادة محددة/دواء] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراضة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق، إذا لم يوجد اضطراب استعمال المادة

مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل اضطراب اكتئابي محدث بمادة فقط.

ICD-10-CM			
دون اضطراب استعمال	مع اضطراب استعمال متوسط أو شديد	مع اضطراب استعمال خفيف	
F10.94	F10.24	F10.14	الكحول
F16.94	F16.24	F16.14	فينسيكلدين
F16.94	F16.24	F16.14	المهلوسات الأخرى
F18.94	F18.24	F18.14	المستنشقات
F11.94	F11.24	F11.14	الأفيونات
F13.94	F13.24	F13.14	المهدئات، المنومات أو مزيلات القلق
F15.94	F15.24	F15.14	أمفيتامين (أو منشطات أخرى)
F14.94	F14.24	F14.14	كوكايين
F19.94	F19.24	F19.14	مادة أخرى (أو غير معروفة)

تحديد إذا كان (انظر الجدول 1 في فصل الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية) والتي

- تشير إلى ما إذا كانت "تبدأ أثناء الانسمام" و/أو "مع بداية أثناء السحب" ينطبق على فئة مادة معينة، أو حدّد "مع بداية بعد استخدام الدواء":
- مع بداية أثناء الانسمام: إذا تم استيفاء معايير الانسمام بمادة ما وتطورت الأعراض خلال الانسمام.
 - مع بداية أثناء السحب: إذا تم استيفاء معايير السحب من المادة وتطورت الأعراض خلال أو بعد فترة وجيزة من السحب.
 - مع بداية بعد استخدام الدواء: إذا تطورت الأعراض عند بدء دواء أو تغيير في استعمال دواء، أو خلال سحب من دواء.

اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition

- A- اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريباً كل الأنشطة.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (اضطراب التأقلم مع أعراض اكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).
- D- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E- يسبب الاضطراب تندياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

ملاحظة للترميز: رمز ICD-10-CM يعتمد على محدد (انظر أدناه).

حدّد ما إذا كان:

- (F06.31) مع مظاهر الاكتئاب: لم يتم الوفاء بالمعايير الكاملة لنوبة اكتئاب جسيمة.

- (F06.32) مع نوبة شبيهة بنوبة اكتئاب جسيمة: يتم استيفاء كامل المعايير (باستثناء المعيار C) لنوبة اكتئاب جسيمة.
 - (F06.34) مع مظاهر مختلطة: أعراض الهوس أو تحت الهوس موجودة أيضاً ولكن لا تسود في الصورة السريرية.
- ملاحظة للترميز:** ضمن اسم الحالة الطبية الأخرى في اسم الاضطراب العقلي (مثلاً [F06.31] اضطراب اكتئابي بسبب نقص نشاط الدرق، مع أعراض اكتئابية). ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى، ووضعها بشكل منفصل ومباشر قبل الاضطراب الاكتئابي بسبب حالة طبية (مثلاً، [E03.9] نقص نشاط الدرق، [F06.31] اضطراب اكتئابي بسبب نقص نشاط الدرق، مع أعراض اكتئابية).

اضطراب اكتئابي محدد آخر

Other Specified Depressive Disorder (F32.89)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية.

يتم استخدام فئة اضطراب اكتئابي محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد، أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب اكتئابي محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "نوبة اكتئابية قصيرة الأجل").

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل

ما يلي:

1. الاكتئاب الوحيد المتكرر: الوجود المتزامن لمزاج مكتئب وأربعة أعراض أخرى من الاكتئاب على الأقل، لمدة تتراوح بين 2-13 يوم لمرة واحدة على الأقل شهرياً (ولا علاقة له مع الدورة الشهرية)، لمدة 12 شهراً متتالية على الأقل في الفرد الذي لم يستوف قط معايير الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب، وحالياً لا يستوفي المعايير الفعالة أو المتبقية لأي اضطراب ذهاني.
- 2- نوبة اكتئاب قصيرة المدة (4-13 أيام): وجدان اكتئابي مع أربعة أعراض على الأقل من الثمانية أعراض لنوبة الاكتئاب الجسيم، المترافقة بإحباط سريري هام والذي يستمر لفترة أكثر من 4 أيام، ولكن أقل من 14 يوماً، في الفرد الذي لم يستوف قط معايير الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب، وحالياً لا يستوفي المعايير الفعالة أو المتبقية لأي اضطراب ذهاني، ولا يلبي معايير الاكتئاب الوحيد المتكرر.
- 3- نوبة اكتئابية مع عدم كفاية الأعراض: وجدان اكتئابي مع عرض واحد على الأقل من الثمانية أعراض لنوبة الاكتئاب الجسيم، المترافقة بإحباط سريري هام والذي يستمر لفترة أسبوعين على الأقل، في الفرد الذي لم يستوف قط معايير الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب، وحالياً لا يستوفي المعايير الفعالة أو المتبقية لأي اضطراب ذهاني، ولا يلبي معايير اضطراب القلق والاكتئاب المختلط.
- 4- نوبة اكتئاب جسيم متراكبة على الفصام، أو الاضطراب الفصامي الشكل، أو الاضطراب التوهمي، أو اضطراب طيف فصام آخر واضطراب ذهاني آخر محدد أو غير محدد. ملاحظة: نوب الاكتئاب الجسيم والتي هي جزء من اضطراب الفصام الوجداني لا تستحق تشخيصاً إضافياً لثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى.

اضطراب اكتئابي غير محدد

Unspecified Depressive Disorder (F32.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية.

يتم استخدام فئة اضطراب اكتئابي غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد، أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الاكتئابية. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

اضطراب المزاج غير المحدد

Unspecified Mood Disorder F39

تنطبق هذه الفئة على الحالات التي تتميز فيها الأعراض باضطرابات الحالة المزاجية مما يسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكنها عند التقييم لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة أو الاضطرابات الاكتئابية، حيث يكون من الصعب فيها الاختيار بين الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة والاضطرابات الاكتئابية غير المحددة (مثل الانفعالات الحادة).

محددات الاضطرابات الاكتئابية

حدّد إذا كان:

مع انزعاج قلقي:

تواجد اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال معظم الأيام لنوبة الاكتئاب الجسيم الحالية (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان الاضطراب الاكتئابي الجسيم حالياً في هدأة جزئية أو كاملة) أو الاضطراب الاكتئابي المستمر الحالي

1. الشعور بالتقييد أو بالتوتر.
2. شعور بالتململ على نحو غير عادي.
3. صعوبة التركيز بسبب القلق.
4. الخوف من أن شيئاً مروعاً قد يحدث.
5. الشعور بأن الفرد قد يفقد السيطرة على نفسه أو نفسها.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: اثنان من الأعراض.
- متوسط: ثلاثة من الأعراض.
- متوسط - شديد: أربعة أو خمسة أعراض.
- شديد: أربعة أو خمسة أعراض مع هياج حركي.

ملاحظة: لوحظ الانزعاج القلبي كسمة بارزة لاضطرابات ثنائي القطب والاضطراب الاكتئابي في كل من الرعاية الصحية الأولية وعيادات الصحة النفسية التخصصية. وقد ارتبطت مستويات القلق العالية مع زيادة خطر الانتحار، ومدة أطول من المرض، وزيادة احتمال عدم الاستجابة للعلاج. ونتيجة لذلك، فإنه من المفيد سريرياً التحديد وبدقة لوجود وشدة مستويات الانزعاج القلبي. وذلك للتخطيط للعلاج ورصد الاستجابة.

مع مظاهر مختلطة:

A- تواجد ثلاثة على الأقل من أعراض الهوس/تحت الهوس خلال معظم أيام نوبة الاكتئاب الجسيمة (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان الاضطراب الاكتئابي الجسيم حالياً في هدأة جزئية أو كاملة):

1. مزاج مرتفع متمد.
2. تضخم تقدير الذات أو عظمه.
3. ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
4. تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.
5. ازدياد الطاقة أو ال نشاط الهادف (إما اجتماعياً - في العمل أو في المدرسة - أو جنسياً).
6. الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).
7. انخفاض الحاجة للنوم (الشعور بالارتياح رغم النوم لأقل من الفترة المعتادة، والمتناقض مع الأرق).

B- الأعراض المختلطة ملاحظة من قبل الآخرين، وتمثل تغييراً عن سلوك الشخص المعتاد.

C- بالنسبة للأفراد الذين يستوفون معايير كاملة لكلاً من نوبة الهوس أو نوبة تحت الهوس فالتشخيص يجب أن يكون ثنائي القطب I أو ثنائي القطب II.

D- الأعراض المختلطة لا تُعزى إلى الآثار الفيزيولوجية لمادة (على سبيل المثال، إساءة استعمال مادة، والدواء، والعلاجات الأخرى).

ملاحظة: لقد وجد أن المظاهر المختلطة المرافقة لنوبة اكتئابية جسيمة هي عامل خطر كبير لتطور اضطراب ثنائي القطب I أو اضطراب ثنائي القطب II. ونتيجة لذلك، فإنه من المفيد سريرياً ملاحظة وجود هذا المحدد وذلك للتخطيط للعلاج ورصد

الاستجابة.

مع المظاهر السوداوية

A- واحد مما يلي، يحدث أثناء الفترة الأشد من النوبة الحالية:

1. فقد المتعة في جميع الأنشطة أو معظمها.
2. انعدام التفاعل مع المنبهات الممتعة عادة (لا يشعر بتحسن، ولو وقتي، عندما يحصل أمر جيد).

B- وجود ثلاثة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

1. سوية مميزة من المزاج المنخفض تتميز باليأس أو الكآبة العميقة، و/أو النكد الشديد أو ما يدعى المزاج الفارغ.
2. يزداد الاكتئاب سوءاً بانتظام في الصباح.
3. استيقاظ صباحي باكراً (قبل الموعد المعتاد للاستيقاظ بساعتين على الأقل).
4. بطء نفسية حركية صريحة أو هياج.
5. فقد شهية عصبي أو فقد وزن ذو شأن.
6. شعور مفرط بالذنب أو شعور غير مناسب بالذنب.

ملاحظة: محدد "مع مظاهر سوداوية" يطبق في المرحلة الأشد من النوبة إذا وجدت هذه المظاهر. هناك غياب شبه كامل لقدرات التمتع، وليس فقط انخفاض هذه القدرات. وللتوجه عند تقييم فقد التفاعل للمزاج هو أنه حتى الأحداث المرغوبة بشدة لا ترتبط مع إشراق ملحوظ في المزاج. أو أن المزاج لا يتحسن إطلاقاً أو أن التحسن يكون جزئياً، (على سبيل المثال، تصل إلى 20% - 40% من الطبيعي لدقائق فقط في كل مرة). "النوعية المميزة" من المزاج الذي هو سمة من محدد "مع مظاهر سوداوية" فيختبر كمختلف نوعياً عن ذلك الموجود خلال الفترة التي توجد فيها مظاهر سوداوية.

المزاج المكتئب الذي يوصف بأنه فقط أكثر شدة وأطول أمداً، أو الحاضر دون سبب لا يعتبر مميزاً نوعياً. التغيرات الحركية تكاد تكون موجودة دوماً ويمكن ملاحظتها من قبل

الآخرين.

المظاهر السوداوية لا تحمل سوى ميلاً متواضعاً للتكرار عبر النوب عند نفس الفرد. فهي أكثر شيوعاً في المرضى المقبولين في المستشفيات، على عكس مرضى العيادات الخارجية الذين تحدث لديهم نوب اكتئابية أكثر اعتدالاً، وأكثر احتمالاً أن تحدث في الحالات المترافقة بأعراض ذهانية.

مع مظاهر لا نموذجية A Typical Features Specifier

يطبق هذا المحدد عندما تسيطر هذه المظاهر خلال معظم الأيام للنوبة الاكتئابية الجسيمة الحالية (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان الاضطراب الاكتئابي الجسيم حالياً في هدأة جزئية أو كاملة) أو الاضطراب الاكتئابي المستمر الحالي..

A- تفاعلية المزاج (أي يبتهج المزاج رداً على الأحداث الإيجابية الفعلية أو المحتملة).

B- اثنين (أو أكثر) من المظاهر التالية:

1. زيادة كبيرة في الوزن أو زيادة الشهية.
2. فرط النوم.
3. الشلل الرصافي (أي مشاعر ثقيلة رصافية في الذراعين أو الساقين).
4. نمط طويل الأمد من حساسية الرفض من قبل الآخرين (لا تقتصر على نوب اضطراب المزاج) الذي يؤدي الى تدن مهم اجتماعياً أو مهنيّاً.

C- لم يتم استيفاء معايير "مع مظاهر سوداوية" أو "مع كاتاتونيا" خلال نفس النوبة.

ملاحظة: "الاكتئاب اللا نموذجي" له أهمية تاريخية (أي لا نموذجي في تعارضه مع تظاهرات الاكتئاب الهياجية الكلاسيكية، والتي كانت هي القاعدة عندما كان نادراً ما يتم تشخيص الاكتئاب في العيادات الخارجية، ويكاد ينعدم عند المراهقين أو عند البالغين الأصغر سناً) واليوم لا يفيد المصطلح بحصوله ضمناً كنادر أو غير معتاد كما قد يشير الاسم.

تفاعل المزاج هو القدرة على الابتهاج عند حصول الأحداث الإيجابية (على سبيل

المثال، زيارة من الأطفال، اطراءات من الآخرين).حتى إن المزاج قد يصبح معتدلاً (ليس حزيناً) لفترات طويلة من الزمن طالما الظروف الخارجية مواتية. قد تتجلى زيادة الشهية بزيادة واضحة في تناول الطعام أو زيادة الوزن، وقد يشمل فرط النوم إما تطاول فترات النوم الليلية أو غفوات نهارية، بحيث تبلغ فترة النوم 10 ساعات على الأقل يومياً (أو ساعتين من النوم زيادة عنه عندما لا يكون مكتئباً). يتم تعريف الشلل الرصافي بأنه شعور ثقل، رصافي، أو متثاقل، في الذراعين أو الساقين عادة. هذا الإحساس يوجد عموماً لساعة على الأقل يومياً ولكن يستمر لعدة ساعات في كثير من الأحيان. خلافاً لغيرها من المظاهر اللا نموذجية، فالحساسية المرضية للرفض المفترض من قبل الآخرين هو سمة ذات بداية مبكرة واستمرت طوال معظم الحياة البالغة. حساسية الرفض تحدث على حد سواء عندما يكون الشخص مكتئباً أو غير مكتئب، على الرغم من أنه يمكن أن تتفاقم خلال فترات الاكتئاب.

مع مظاهر ذهانية:

أوهام أو هلاوس موجودة خلال أي وقت للنوبة الاكتئابية الجسيمة الحالية (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان الاضطراب الاكتئابي الجسيم حالياً في هدأة جزئية أو كاملة) أو الاضطراب الاكتئابي المستمر الحالي. إذا وجدت المظاهر الذهانية فحدّد إذا كانت متوافقة مع المزاج أو غير متوافقة مع المزاج.

■ مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج: محتوى كل من الأوهام والهلاوس يتسق مع موضوعات الاكتئاب النموذجية من عدم الكفاءة الشخصية، المرض، الذنب، العدمية، أو العقاب المستحق.

■ مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج: محتوى كل من الأوهام والهلاوس لا يتسق مع موضوعات الاكتئاب النموذجية من عدم الكفاءة الشخصية، المرض، الذنب، العدمية، أو العقاب المستحق، أو أن المحتوى عبارة عن خليط من المواضيع المنسجمة وغير المنسجمة مع المزاج.

■ مع كاتاتونيا: يمكن تطبيق هذا المحدد للنوبة الاكتئابية الجسمية الحالية (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان الاضطراب الاكتئابي الجسيم حالياً في هدأة جزئية أو كاملة) في حالة وجود مظاهر كاتاتونيا خلال معظم النوبة. انظر معايير الكاتاتونيا المرتبطة مع اضطراب عقلي في فصل "اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى".

مع بدء حول الولادة:

يمكن تطبيق هذا المحدد للنوبة الاكتئابية الجسمية الحالية (أو نوبة الاكتئاب الجسيم الأقرب إذا كان الاضطراب الاكتئابي الجسيم حالياً في هدأة جزئية أو كاملة)، عندما تكون البداية قد حصلت خلال الحمل أو في الأسابيع الأربعة التالية للولادة.

ملاحظة: يمكن أن تكون بداية نوبة المزاج أثناء الحمل أو بعد الولادة على الرغم من أن التقديرات تختلف وفقاً لفترة المتابعة بعد الولادة، حوالي 50% من النساء سوف يشهدن بداية نوبة اكتئاب جسمية قبل الولادة. لذلك يشار إليها جميعاً بنوب حول الولادة.

بين بداية الحمل والولادة، ستختبر 9% من النساء نوبة اكتئاب جسمية. وأفضل تقدير لحصول نوبة اكتئاب جسيم بين الولادة و12 شهر بعد الولادة أقل من 7%.

يمكن لنوبات المزاج مع بدء حول الولادة أن تتظاهر إما مع أو دون مظاهر ذهانية. (قتل الرضيع وهو نادر الحدوث). غالباً ما يترافق مع نوبات ذهانية بعد الولادة التي تتميز بهلوس أمرّة لقتل الرضيع أو أوهام بكون الرضيع ممسوساً، ولكن قد يحدث أيضاً أعراض ذهانية شديدة بعد الولادة دون مثل هذه الأوهام أو الهلوس المحددة.

يظهر أن نوب المزاج بعد الولادة (الاكتئاب الجسيم أو الهوس) مع مظاهر ذهانية تحدث بمعدل من 1/500 ولادة إلى 1/1000 ولادة، وربما تكون أكثر شيوعاً عند الخروس (الولادة الأولى). يزداد بشكل خاص خطر نوبات ذهان بعد الولادة مع المرأة التي حصل لها سابقاً نوب مزاج بعد الولادة، والخطورة مرتفعة أيضاً بالنسبة لأولئك السيدات، اللاتي لديهن

تاريخ مسبق من الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب (وخاصة اضطراب ثنائي القطب I) واللاتي لديهم تاريخ عائلي من اضطرابات ثنائي القطب.

عندما يحدث للمرأة نوبة بعد الولادة مع مظاهر ذهانية، فالخطر من تكرار النوبة عقب الولادة يبلغ ما بين 30% و50%. يجب أن تفرق النوب بعد الولادة من الهذيان الحادث في فترة ما بعد الولادة، والتي تتميز بتذبذب مستوى الوعي أو الانتباه.

يجب التمييز بين الاضطرابات الاكتئابية التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة وبين "كآبة الأمومة" الأكثر شيوعاً، أو ما يُعرف بمصطلحات عامة باسم "كآبة ما بعد الولادة". لا تعتبر كآبة الأمومة اضطراباً عقلياً وتتميز بتغيرات مفاجئة في الحالة المزاجية (على سبيل المثال، الظهور المفاجئ للبكاء في غياب الاكتئاب) والتي لا تسبب تدنياً وظيفياً والتي من المحتمل أن تكون ناجمة عن التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث بعد الولادة. وهي مؤقتة ومحدودة ذاتياً، وعادة ما تتحسن بسرعة (في غضون أسبوع) دون الحاجة إلى العلاج. أعراض أخرى لكآبة الأمومة تشمل اضطراب النوم وحتى التخليط الذي يمكن أن يحدث بعد وقت قصير من الولادة.

قد تكون النساء في فترة ما حول الولادة أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الاكتئاب بسبب اختلالات الغدة الدرقية بالإضافة إلى الحالات الطبية الأخرى التي يمكن أن تسبب أعراض الاكتئاب. إذا تم الحكم على أعراض الاكتئاب أنها بسبب حالة طبية أخرى تتعلق بفترة ما حول الولادة، يجب تشخيص الاضطراب الاكتئابي الناتج عن حالة طبية أخرى بدلاً من نوبة اكتئاب جسيم مع بداية ما حول الولادة.

مع النمط الفصلي Seasonal Pattern

يمكن تطبيق هذا المحدد على نوبات الاكتئاب الجسيم المتكررة:

- A- وجود علاقة زمنية منتظمة بين بدء نوبات الاكتئاب الجسيم في الاضطراب الاكتئابي الجسيم وبين وقت محدد من السنة (مثل الخريف أو الشتاء) في الاضطراب ثنائي القطب I أو II.

ملاحظة: لا تُدرج الحالات التي يكون فيها تأثير جلي للشدات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالفصل (مثل البطالة بشكل منتظم في كل شتاء).

B- تحدث أيضاً هدءات تامة في وقت محدد من السنة (مثلاً، يختفي الاكتئاب في الربيع).

C- في السنتين الأخيرتين، حدثت نوبتان من الاكتئاب الجسيم أظهرتا العلاقات الفصلية الزمنية المعروفة أعلاه، ولم تحدث نوبات اكتئاب جسيم ذات نمط لا فصلي خلال نفس السنتين.

D- تفوق نوبات الاكتئاب الجسيم الفصلية (كما وصفت أعلاه) في عددها بشكل كبير، نوبات الاكتئاب الجسيم غير الفصلية التي يمكن أن تكون قد حصلت خلال حياة الفرد.

ملاحظة: هذا المحدد يمكن تطبيقه على نمط نوبات الاكتئاب الجسيمة في الاضطراب الاكتئابي الجسيم. الميزة الأساسية هي بداية وهدأة نوبات الاكتئاب الجسيمة في أوقات مميزة من السنة. في معظم الحالات، تبدأ نوب الاكتئاب في الخريف أو الشتاء وتهدأ في فصل الربيع. وأقل شيوعاً، قد يكون هناك نوبات اكتئاب متكررة صيفية. هذا النمط من بداية وهدأة النوب يجب أن يكون قد حدث خلال فترة لا تقل عن سنتين، ولم تحدث نوبات اكتئاب جسيم ذات نمط لا فصلي خلال نفس السنتين. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تكون نوبات الاكتئاب الجسيم تفوق عدداً بشكل كبير أي نوبات اكتئاب جسيم لا فصلية على مدى عمر الفرد.

لا ينطبق هذا المحدد على تلك الحالات التي تُفسر بشكل أفضل، من خلال الضغوطات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالموسم (على سبيل المثال، البطالة الموسمية أو الجدول المدرسي). نوبات الاكتئاب الجسيم ذات النمط الموسمي **تتميز عادة** بفقد الطاقة، زيادة النوم والأكل وزيادة الوزن مع التوق للكربوهيدرات.

يبدو أن انتشار نمط الشتاء من النمط الفصلي قد يختلف مع خط العرض، والعمر،

والجنس. الانتشار يزيد مع خطوط العرض العليا. العمر يعد أيضاً مؤشراً قوياً على الفصلية، مع كون الأشخاص الأصغر سناً أكثر عرضةً لنوبات اكتئاب الشتاء.

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة جزئية: أعراض النوبة السابقة من الاكتئاب موجودة، ولكن لم يتم استيفاء المعايير كاملة، أو تتواجد فترة أقل من شهرين من دون أي أعراض هامة من نوبة اكتئاب جسيمة بعد نهاية مثل هذه النوبة.
- في هدأة كاملة: خلال الشهرين السابقين، لا توجد علامات أو أعراض مهمة للاضطراب.

تحديد الشدة الحالية لنوبة الاكتئاب الجسيم:

تستند الشدة على عدد الأعراض المعيارية، وشدة تلك الأعراض، ودرجة الإعاقة الوظيفية.

- خفيف: إن وجدت فقليل من تلك الأعراض التي تتجاوز المعايير المطلوبة لاستيفاء معايير التشخيص، وشدة الأعراض محبطة ولكن يمكن التحكم فيها، وتؤدي إلى تدن بسيط في الأداء الاجتماعي أو المهني.
- متوسط: عدد الأعراض، شدة الأعراض، و/أو التدني الوظيفي ما بين تلك المحددة لـ "خفيف" و "شديد".
- شديد: إن عدد الأعراض أكبر بكثير من تلك المطلوبة لوضع التشخيص، وشدة الأعراض محبطة بشكل خطير وغير قابلة للتحكم فيها، وتتداخل الأعراض بشكل ملحوظ مع الأداء الاجتماعي والمهني.

اضطرابات القلق

Anxiety Disorders

وتشمل الاضطرابات التي تشترك بملامح الخوف الزائد والقلق والاضطرابات السلوكية ذات الصلة. إن الخوف هو رد الفعل العاطفي لتهديد وشيك حقيقي أو متصور، في حين أن القلق هو التحسب للتهديد المستقبلي. ومن الواضح أن هاتين الحالتين تتداخلان، لكنهما تختلفان أيضاً، فالخوف يرتبط في كثير من الأحيان مع استثارة الجهاز العصبي الذاتي، اللازمة لاستجابة القتال أو الهروب نتيجةً لأفكار عن خطر داهم، وسلوكيات الهروب، ويرتبط القلق في كثير من الأحيان مع توتر العضلات واليقظة توقعاً للخطر في المستقبل ولسلوكيات الحذر أو الانطواء. يتم خفض مستويات الخوف والقلق عن طريق السلوكيات التجنبية.

تتظاهر نوبات الهلع بشكل بارز ضمن اضطرابات القلق كنوع خاص من استجابة الخوف. هجمات الهلع لا تقتصر فقط على اضطرابات القلق، بل يمكن أن تشاهد في غيرها من الاضطرابات النفسية كذلك.

تختلف اضطرابات القلق عن بعضها البعض في أنواع الأشياء أو الحالات التي تحفز على الخوف، والقلق، أو سلوك التجنب، والتفكير المعرفي المرتبط بها. وهكذا فبينما تميل اضطرابات القلق إلى أن تتواجد مع بعضها البعض بنسب عالية، إلا أنه يمكن أن تتميز عن طريق الفحص الدقيق، لأنواع الحالات التي يخشى منها أو يتم تجنبها، ومضمون الأفكار أو المعتقدات المرتبطة بها.

تختلف اضطرابات القلق عن الخوف أو القلق المعتاد خلال التطور، بكونها مفرطة أو باستمرارها لفترات تتجاوز فترات التطور المناسبة. وهي تختلف عن الخوف أو القلق

العابر، والتي غالباً ما تكون ناجمة عن الشدة، باستمرارها (على سبيل المثال، عادة ما تدوم 6 أشهر أو أكثر)، على الرغم من أن المعيار للمدة قصد منه أن يكون دليلاً عاماً، مع السماح بقدر من المرونة وأحياناً لمدة أقصر عند الأطفال (كما في اضطراب قلق الانفصال والصمت الانتقائي).

ولأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق، يبالغون عادة في تقييم حالات الخطر في الحالات التي يخشونها أو يتجنبونها، فيتم التحديد الأساسي لكون الخوف أو القلق مفرطاً أو غير مناسب من قبل الطبيب، آخذين عوامل السياق الثقافية في الاعتبار. إن الكثير من اضطرابات القلق تنشأ في الطفولة وتميل إلى الاستمرار إذا لم يتم علاجها. ومعظمها تحدث بشكل متكرر في الإناث أكثر منها في الذكور (النسبة حوالي 2:1). يتم تشخيص اضطراب القلق فقط عند ظهور أعراض لا تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة/دواء أو لحالة طبية أخرى، أو لا يتم تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.

تم ترتيب الفصل تطورياً، بحيث تسلسلت الاضطرابات وفقاً لعمر البدء النموذجي. فالفرد المصاب باضطراب قلق الانفصال خائف أو قلق حول الانفصال عن الأشخاص إلى درجة لا تلائم التطور.

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 رفقة موثوقة في رهاب السباح، مخاوف حول اعتلال الصحة وغيرها من الأحداث المؤذية للآخرين في اضطراب القلق العام، أو مخاوف حول الإصابة بمرض في اضطراب قلق المرض.

الصُّمَات الانتقائي

Selective Mutism (F94.0)

- A- عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يُتوقع 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.

الرهاب النوعي

Specific Phobia

- 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 التشبث.
- B- يحرض دائماً التعرض للشيء أو الموقف الرهابي خوفاً أو قلقاً مباشراً.
- C- يجري تجنب فعّال للشيء أو الموقف الرهابي أو بخلاف ذلك قد يجري تحمّله مع قلق أو خوف شديد.

- D-** الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والاجتماعي.
- E-** يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لستة 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 السباح)، 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).

حدّد إذا كان:

يعتمد الرمز على المحفز الرهابي:

- (F40.218) الحيوان (مثل العناكب والحشرات والكلاب).
 - (F40.228) البيئة الطبيعية (مثلاً، المرتفعات، والعواصف، والمياه).
 - (F40.23X) الدم، الحقن، الإصابة (مثلاً، الإبر، والإجراءات الطبية الغازية).
- ملاحظة للترميز:** اختر رمزاً محدداً من ICD-10-CM على النحو التالي: F40.230 الخوف من الدم، F40.231 الخوف من الحقن ونقل الدم، F40.232 الخوف من أشكال الرعاية الطبية الأخرى، أو F40.233 الخوف من الإصابة.
- (F40.248) ظرفي (مثل الطائرات والمصاعد والأماكن المغلقة).
- (F40.298) أخرى (مثلاً، الحالات التي قد تؤدي إلى الاختناق أو القيء عند الأطفال، مثلاً، الأصوات العالية أو الشخصيات ذات الأزياء المميزة).
- ملاحظة للترميز:** عند وجود أكثر من محفز رهابي، فأشر إلى كافة رموز ICD-10-CM

التي تنطبق على الحالة (مثلاً، للخوف من الثعابين والطيوران، F40.218 رهاب نوعي، الحيوان، و(F40.248 رهاب نوعي، ظرفي).

اضطراب القلق الاجتماعي

Social Anxiety Disorder (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 (كالقاء 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- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريباً.

ملاحظة: قد يُعبّر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو سورات 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 يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والاجتماعي.

F- يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمر أو يدوم بشكل نموذجي لستة 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.
- I-** الخوف، القلق، التجنب لا تُفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، اضطراب تشوه صورة الجسد أو اضطراب طيف التوحد.
- J-** إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلاً، داء باركنسون، والسمنة، والتشوه من الحروق أو الإصابات) فمن الواضح أن الخوف، والقلق، أو التجنب لا علاقة له بالمرض أو يكون مفرطاً.

حدّد ما إذا كان:

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

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. تعرّق.
3. ارتعاش أو ارتجاف.
4. أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.

5. شعور بالغَصَص.
 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 بالوخز).
 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 الخارجة 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:
1. قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها (مثلاً، فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، "يصبح مجنوناً").
 2. تغير كبير لسوء 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 لحالة 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 استجابةً 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 الطبية (مثلاً، القلبية والتنفسية والذهليزية 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 محتوى 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. تعرّق.
3. ارتعاش أو ارتجاف.
4. إحساسات 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 بالوخز).
 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 (كالطينين، مثلاً، وآلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجية عن السيطرة). لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة.

رهاب السّاح

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 المبرجة (مثلاً، الخوف من الوقوع عند كبار السن، والخوف

من السلس).

- C حالات الساح الرهابية تثير دائماً تقريباً خوف أو القلق.
- D يتم تجنب حالات الساح الرهابية بشكل فعال، وتتطلب وجود الرفقة، أو تُحتمل مع خوف شديد أو قلق.
- E الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والاجتماعي.
- F يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لستة 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 إذا تواجدت حالة طبية أخرى (داء الأمعاء الالتهابي، داء باركنسون) فالخوف، القلق، التجنب يكون مفرط الوضوح.
- I الخوف، القلق، التجنب لا تُفسر 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 الساح بصرف النظر عن وجود اضطراب الهلع. إذا كانت حالة الفرد تستوفي معايير اضطراب الهلع ورهاب الساح، فينبغي وضع كلا التشخيصين.

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 للأشهر الستة الأخيرة).

ملاحظة: يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

1. تملل 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 المتململ 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).

اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء

Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder

- A- هجمات من الهلع أو القلق الذي يهيمن على الصورة السريرية.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلاً من (1) و (2):
1. تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالاً عقب الانسمام بمادة 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 قلق غير ناتج عن مادة/دواء. مثل هذه الأدلة على وجود اضطراب القلق المستقل يمكن أن تتضمن ما يلي:
- الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسمام الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود اضطراب قلق مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معاودة 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 بمادة أو السحب من مادة فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجلب الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM لاضطرابات القلق المحدثة بـ [مادة محددة/دواء] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراضة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع اضطراب قلق محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل اضطراب القلق المحدث بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع اضطراب قلق محدث بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع اضطراب قلق محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق. إذا لم يوجد اضطراب استعمال مادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل اضطراب قلق محدث بمادة فقط.

ICD-10-CM			
دون اضطراب الاستعمال،	مع اضطراب الاستعمال، متوسط أو شديد	مع اضطراب الاستعمال، خفيف	
F10.980	F10.280	F10.180	الكحول
F15.980	F15.280	F15.180	كافايين
F12.980	F12.280	F12.180	الحشيش
F16.980	F16.280	F16.180	فينسكلدين
F16.980	F16.280	F16.180	المهلوسات الأخرى
F18.980	F18.280	F18.180	المستنشقات
F11.988	F11.288	F11.188	الأفيون
F13.980	F13.280	F13.180	المنومات، المهدئات، مضادات القلق
F15.980	F15.280	F15.180	الأمفيتامين (أو) المنشطات (الأخرى)
F14.980	F14.280	F14.180	كوكايين
F19.980	F19.280	F19.180	مواد أخرى (أو غير معروفة)

تحديد ما إذا كان (انظر الجدول 1 في فصل الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية) والتي تشير إلى ما إذا كانت "تبدأ أثناء الانسحاب" و/أو "مع بداية أثناء السحب" ينطبق

- على فئة مادة معينة، أو حدّد "مع بداية بعد استخدام الدواء":
- مع بداية أثناء الانسحاب: إذا تم استيفاء معايير الانسحاب بمادة ما وتطورت الأعراض خلال الانسحاب.
 - مع بداية أثناء السحب: إذا تم استيفاء معايير السحب من المادة وتطورت الأعراض خلال أو بعد فترة وجيزة من السحب.
 - مع بداية بعد استعمال دواء: قد تظهر الأعراض إما عند البدء بدواء أو بعد التعديل أو التغيير في الاستعمال أو خلال السحب من دواء.

اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى

Anxiety Disorder Due to another Medical Condition (F06.4)

- A- هجمات من الهلع أو القلق والذي يهيمن على الصورة السريرية.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.
- D- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E- يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

ملاحظة للترميز: ضمن اسم الحالة الطبية الأخرى مع اسم الاضطراب العقلي (مثلاً، [F06.4] اضطراب قلق بسبب الفيوكروموسايتوما). الحالة الطبية الأخرى يجب أن تسرد وترمز بشكل منفصل ومباشرةً قبل اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى (مثلاً، [D35.00] الفيوكروموسايتوما، [F06.4] اضطراب قلق بسبب الفيوكروموسايتوما).

اضطراب قلق محدد آخر

Other Specified Anxiety Disorder (F41.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب القلق والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات القلق.

يتم استخدام فئة اضطراب قلق محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد، أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات القلق. ويتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب قلق محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "اضطراب قلق معمم لا يحصل في معظم الأوقات") أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1. هجمات محدودة الأعراض
2. اضطراب قلق معمم لا يحصل في معظم الأوقات.
3. Khyâl cap (هجمات الريح): متعلقة بالمفاهيم الثقافية.
4. Ataque de nervios (هجمات عصبية): متعلقة بالمفاهيم الثقافية.

اضطراب قلق غير محدد

Unspecified Anxiety Disorder (F41.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب القلق والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات

القلق.

يتم استخدام فئة اضطراب قلق غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات القلق. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).



الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

Obsessive-Compulsive and Related Disorders

اضطراب الوسواس القهري

Obsessive-Compulsive Disorder (F42.2)

A- وجود إما وسواس أو أفعال قهرية أو كلاهما:

1. أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تُختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.
2. يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تُعرّف الأفعال القهرية بـ (1) و(2):

1. سلوكيات متكررة (مثل، غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل، الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مُساقَ لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.
2. تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف فظيع، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصمّمة لتحييده أو منعه أو أنها مُفرطة.

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية.

B- تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً مثلاً)، أو تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- أعراض الوسواس القهري لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى.

D- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، المخاوف المفرطة، كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر، كما في اضطراب تشوه صورة الجسد، وصعوبة التخلص أو فراق المقتنيات، كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، نتف الشعر، كما في هوس نتف الأشعار [اضطراب نتف الشعر]، نزع الجلد، كما هو الحال في [اضطراب نزع الجلد]، النمطية، كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك الأكل، كما هو الحال في اضطرابات الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقاومة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود المرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخیلات الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الولع الجنسي، الاندفاعات، كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط متكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحد).

تحديد ما إذا كان:

- مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن معتقدات الوسواس القهري ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

- مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الأرجح.
- مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة.

حدّد ما إذا كان:

- متعلقة بالعرات: لدى الفرد تاريخ حالي أو سابق لاضطراب العرة.

اضطراب تشوه صورة الجسد

Body Dysmorphic Disorder (F45.22)

- A-** الانشغال بواحد أو أكثر من العيوب المتصورة أو بتشوهات في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بشكل طفيف للآخرين.
- B-** في مرحلة ما أثناء الاضطراب، فقد أدى الفرد سلوكيات متكررة (على سبيل المثال، تفحص النفس في المرآة، التبرج المفرط، ونزع الجلد، البحث عن التطمين) أو الأفعال العقلية (على سبيل المثال، مقارنة مظهره مع الآخرين) رداً على مخاوف المظهر.
- C-** تسبب الانشغالات إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- D-** لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال المخاوف المتعلقة بتراكم الدهون في الجسم أو بالوزن لدى الفرد والذي يستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب الأكل.

تحديد ما إذا كان:

- مع شذوذ البنية العضلية: انشغال الفرد بفكرة أن له أو لها كتلة جسمية صغيرة جداً أو أن الكتلة العضلية غير كافية. ويستخدم هذا المحدد حتى لو كان الفرد مشغولاً

بمناطق أخرى من الجسم كما هو الحال في كثير من الأحيان.

تحديد ما إذا كان:

الإشارة لدرجة البصيرة بشأن معتقدات اضطراب تشوه صورة الجسد (على سبيل المثال، "أنا أبدو قبيحاً" أو "أنا أبدو مشوهاً").

- مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن معتقدات اضطراب تشوه صورة الجسد ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.
- مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات اضطراب تشوه صورة الجسد صحيحة على الأرجح.
- مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات اضطراب تشوه صورة الجسد صحيحة.

اضطراب الاكتناز

Hoarding Disorder (F42.3)

- A- صعوبة ثابتة في التخلص أو فراق المقتنيات، بغض النظر عن قيمتها الفعلية.
- B- تنشأ هذه الصعوبة من الحاجة المتصورة لادخار الأشياء والضائقة المرتبطة بالتخلص منها.
- C- صعوبة التخلص من المقتنيات تؤدي إلى تراكمها مما يسبب ازدحاماً ويحيل مناطق المعيشة إلى ركام مما يحد بشكل كبير من الاستخدام المقصود منها. إذا كانت مناطق المعيشة مرتبة، فالسبب فقط هو تدخلات من أطراف ثالثة (على سبيل المثال، أفراد الأسرة، عمال النظافة، والسلطات).
- D- يسبب الاكتناز إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية

والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى. (بما في ذلك الحفاظ على بيئة آمنة للذات والغير).

E- لا يُعزى الاكتناز إلى حالة طبية أخرى (مثل إصابات الدماغ، والأمراض الوعائية الدماغية، ومتلازمة برادر ويلي).

F- لا يُفسر الاكتناز بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (مثل، الوسواس في اضطراب الوسواس القهري، وانخفاض الطاقة في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، والأوهام في الفصام أو الاضطرابات الذهانية الأخرى، العجز المعرفي في الاضطراب العصبي المعرفي، الاهتمامات المحددة في اضطراب طيف التوحد).

تحديد ما إذا كان:

- مع الاستحواذ المفرط: إذا ترافقت صعوبة التخلص من المقتنيات بالاستحواذ المفرط للأشياء غير الضرورية أو التي لا تتوفر لها المساحة.

تحديد ما إذا كان:

- مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد أن معتقدات وسلوكيات الاكتناز إشكالية (ذات الصلة بصعوبة التخلص من المقتنيات، التراكم، الاستحواذ المفرط).
- مع فقر البصيرة: يكاد يكون الفرد مقتنعاً أن معتقدات وسلوكيات الاكتناز ليست بإشكالية على رغم الأدلة المناقضة (ذات الصلة بصعوبة التخلص من المقتنيات، التراكم، الاستحواذ المفرط).
- مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات وسلوكيات الاكتناز ليست بإشكالية على رغم الأدلة المناقضة (ذات الصلة بصعوبة التخلص من المقتنيات، التراكم، الاستحواذ المفرط).

هوس نتف الشعر (اضطراب نتف الأشعار)

Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) (F63.3)

- A نتف المرء المتكرر لشعره والذي يؤدي إلى فقدان للشعر.
- B محاولات متكررة لإنقاص أو إيقاف نتف الشعر.
- C يسبب نتف الشعر إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى
- D لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال حالة طبية أخرى (مثل حالة جلدية).
- E لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (محاولات لتحسين عطل متصور أو تشوه بالمظهر باضطراب تشوه شكل الجسد).

نزع الجلد (اضطراب نزع الجلد)

Excoriation (Skin-Picking Disorder) (F42.4)

- A نزع الجلد المتكرر مما يؤدي إلى آفات الجلد.
- B تكرار المحاولات لتقليل أو وقف نزع الجلد.
- C يسبب نزع الجلد إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- D لا يُنسب نزع الجلد للآثار الفيزيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو لحالة طبية أخرى (مثل الجرب).
- E لا يُفسر نزع الجلد بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، الأوهام أو الهلاوس اللمسية في اضطراب ذهاني، ومحاولات لتحسين عيب أو خلل متصور في اضطراب تشوه شكل الجسم، النمطية في اضطراب الحركة النمطي، أو

نية لإيذاء النفس في إيذاء النفس اللادانتهاري).

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء

Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related disorder

A- وسواس، أفعال قهرية، نزع الجلد، نتف الشعر، سلوكيات أخرى متكررة تركز على الجسد، أو أعراض أخرى للوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة تهيمن على الصورة السريرية.

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

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

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

A- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير الناتجة عن مادة/دواء. مثل هذه الأدلة على وجود اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المستقلة يمكن أن تتضمن ما يلي: الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسمام الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود وسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معاودة غير ذات صلة بالمواد).

B- لا يحدث الاضطراب حصراً خلال مسار حالة هذيان.

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

ملاحظة: يجب وضع هذا التشخيص عوضاً عن تشخيص الانسمام بمادة أو السحب من مادة فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجلب الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM للوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدثة — [مادة محددة/دواء] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراجعة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة محدث بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق. إذا لم يوجد اضطراب استعمال مادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل وسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة فقط.

	ICD-10-CM		
	مع استعمال مادة، خفيف	مع استعمال مادة، متوسط أو شديد	دون استعمال مادة
الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)	F15.188	F15.288	F15.988
كوكايين	F14.188	F14.288	F14.988
مواد أخرى (أو غير معروفة)	F19.188	F19.288	F19.988

- تحديد ما إذا كان** (انظر الجدول 1 في فصل الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية) والتي تشير إلى ما إذا كانت "تبدأ أثناء الانسمام" و/أو "مع بداية أثناء السحب" ينطبق على فئة مادة معينة، أو حدّد "مع بداية بعد استخدام الدواء":
- مع بداية أثناء الانسمام: إذا تم استيفاء معايير الانسمام بمادة ما وتطورت الأعراض خلال الانسمام.
 - مع بداية أثناء السحب: إذا تم استيفاء معايير السحب من المادة وتطورت الأعراض خلال أو بعد فترة وجيزة من السحب.
 - مع بداية بعد استعمال دواء: قد تظهر الأعراض إما عند البدء بدواء أو بعد التعديل أو التغيير في الاستعمال أو خلال السحب من دواء.

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى

Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to another Medical Condition (F06.8)

- A-** وسواس، أفعال قهرية، نزع الجلد، نتف الشعر، سلوكيات أخرى متكررة تركز على الجسد، أو أعراض أخرى للوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.
- B-** هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C-** لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (اضطراب التأقلم مع أعراض اكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).
- D-** لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E-** يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

حدّد ما إذا كان:

- مع أعراض شبيهة باضطراب الوسواس القهري: إذا هيمنت الأعراض الشبيهة باضطراب الوسواس القهري على الصورة السريرية.
- مع انشغالات بالمظهر: إذا كان الانشغال بالتشوهات المتصورة يهيمن على الصورة السريرية.
- مع أعراض الاكتناز: إذا هيمن الاكتناز على الصورة السريرية.
- مع أعراض نتف الشعر: إذا هيمن نتف الشعر على السريرية.
- مع أعراض نزع الجلد: إذا هيمن نزع الجلد على الصورة السريرية.

ملاحظة للترميز: ضمن اسم الحالة الطبية الأخرى مع اسم الاضطراب العقلي (مثلاً،

[F06.8] الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب الاحتشاء الدماغي). الحالة الطبية الأخرى يجب أن تسرد وترمز بشكل منفصل ومباشرةً قبل الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى (مثلاً، [L69.398] الاحتشاء الدماغي، [F06.8] الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب الاحتشاء الدماغي).

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorder (F42.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة. يتم استخدام فئة الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى، في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة، لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.

يتم ذلك من خلال تسجيل "الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى" لتليها الأسباب المحددة (مثلاً اضطراب سلوك متكرر متركز على الجسد) أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1. اضطراب شبيه باضطراب تشوه صورة الجسد مع تشوهات فعلية: شبيه باضطراب تشوه صورة الجسد إلا أن عيوب أو تشوهات المظهر الجسدي ملاحظة بشكل واضح من قبل الآخرين (أي أنها أوضح من "طفيف"). في مثل هذه الحالات، فالانشغال بهذه العيوب مفرط بشكل واضح ويسبب تدنياً أو إحباطاً

كبيراً.

2- اضطراب شبيه باضطراب تشوه صورة الجسد دون سلوكيات متكررة: حالات تستوفي معايير اضطراب تشوه صورة الجسد إلا أن الفرد لم يؤد سلوكيات متكررة أو أفعالاً عقلية كالاستجابة للانشغال بالمظهر.

3- اضطراب سلوك متكرر متركز على الجسد: ويتميز بسلوك متكرر متركز على الجسد (على سبيل المثال، قضم الأظافر، عض الشفاه، مضغ الخد) وتكرار المحاولات لإنقاص أو وقف السلوكيات. هذه الأعراض تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء الهامة الأخرى، ولا تُفسر بشكل أفضل من خلال هوس تنف الشعر (اضطراب تنف الشعر)، اضطراب نزع الجلد، اضطراب الحركة النمطية، أو إيذاء الذات اللا انتحاري.

4- الغيرة الوسواسية: ويتميز بالانشغال اللاتوهمي بشأن خيانة الشريك المتصورة. قد تؤدي الانشغالات إلى سلوكيات متكررة أو أفعالاً عقلية رداً على مخاوف الخيانة، هذه الأعراض تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء الهامة الأخرى ولم يتم تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب توهمي، نمط الغيرة، أو اضطراب الشخصية الاضطهادية.

5- الاضطراب المرجعي الشمي (متلازمة المرجع الشمي): يتميز بانشغال الفرد المستمر بالاعتقاد بانبعاث رائحة كريهة أو قذرة من الجسم لا يمكن ملاحظتها أو ملحوظة بشكل طفيف للآخرين، واستجابة لهذا الانشغال غالباً ما ينخرط هؤلاء الأفراد في سلوكيات متكررة ومفرطة مثل الفحص المتكرر لرائحة الجسم، أو الاستحمام المفرط، أو البحث عن الطمأنة، فضلاً عن الإفراط في محاولات تمويه الرائحة المستشعرة. تسبب هذه الأعراض ضائقة كبيرة سريرياً أو ضعفاً

في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة. في الطب النفسي الياباني التقليدي، يُعرف هذا الاضطراب باسم jikoshu-kyofu. أحد أشكال taijin kyofusho (انظر "التشخيص الثقافي والنفسي" في القسم الثالث).

6- Shubo-kyofu: أحد أشكال taijin kyofusho (انظر "التشخيص الثقافي والنفسي" في القسم الثالث، وهو شبيه باضطراب صورة الجسد ويتميز بخوف مفرط من وجود تشوه جسدي).

7- كورو: نوبة من القلق المفاجئ والمكثف بأن القضيب (أو الفرج والحلمات في الإناث) سوف ينكمش إلى الجسم، مما قد يؤدي إلى الموت.

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

Unspecified Obsessive-Compulsive and Related Disorder (F42.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة. يتم استخدام فئة اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة، في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية، لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.

وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد

Trauma-and Stressor-Related Disorders

يتضمن هذا الفصل الاضطرابات التي يشكل التعرض لحدث صادم أو رضي معياراً تشخيصياً. وإن كان هذا الفصل يعكس العلاقة الوثيقة بين هذه التشخيصات واضطرابات الفصول القريبة كاضطرابات القلق، والوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة، والاضطرابات التفارقية.

فعقب التعرض لحدث صادم أو رضي يحصل تنوع كبير في أشكال المعاناة النفسية. ففي بعض الحالات، يمكن أن تُفهم الأعراض بشكل جيد ضمن السياق القائم على الخوف أو القلق. ومن الواضح، مع ذلك، أن العديد من الأفراد الذين تعرضوا لحدث صادم أو مجهد، يحملون النمط الظاهري الذي يستبدل الأعراض القائمة على القلق أو الخوف، بأعراض فقد المتعة أو الكآبة مخرجين أعراض الغضب والعدوانية، أو الأعراض التفارقية. ولأن هذه التعبيرات للمعاناة السريية تتنوع بعد التعرض لأحداث كارثية أو صدمة، فقد تم تجميع الاضطرابات المذكورة آنفاً تحت فئة منفصلة: هي الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد، ومع ذلك فإنه ليس من غير المألوف للصورة السريية أن تشمل مزيجاً من الأعراض المذكورة أعلاه (مع أو دون الأعراض المبنية على القلق أو الخوف).

وقد عُرِفَت مثل هذه الصورة غير المتجانسة منذ فترة طويلة في اضطرابات التأقلم وفي الإهمال الاجتماعي كذلك - وهو غياب الرعاية الكافية خلال مرحلة الطفولة - حيث تكون شرطاً تشخيصياً لكل من اضطراب التعلق التفاعلي واضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل. وعلى الرغم من أن الاضطرابان يشتركان في أشيع المسببات، يتم

التعبير عن الأول كاضطراب داخلي مع أعراض اكتئابية وسلوك انسحابي، في حين يتميز الأخير بواسطة السلوك المتحلل الفاضح والتعبير الخارجي للسلوك. فعقب التعرض لحدث صادم أو رضي يحصل تنوع كبير في أشكال المعاناة النفسية. ففي بعض الحالات، يمكن أن تُفهم الأعراض بشكل جيد ضمن السياق القائم على الخوف أو القلق. ومن الواضح، مع ذلك، أن العديد من الأفراد الذين تعرضوا لحدث صادم أو مجهود، يحملون النمط الظاهري الذي يستبدل الأعراض القائمة على القلق أو الخوف، بأعراض فقد المتعة أو الكآبة مخرجين أعراض الغضب والعنصرية، أو الأعراض التفرقية. ولأن هذه التعبيرات للمعاناة السريرية تتنوع بعد التعرض لأحداث كارثية أو صادمة، فقد تم تجميع الاضطرابات المذكورة آنفاً تحت فئة منفصلة: هي الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد، ومع ذلك فإنه ليس من غير المألوف للصورة السريرية أن تشمل مزيجاً من الأعراض المذكورة أعلاه (مع أو دون الأعراض المبنية على القلق أو الخوف). وقد عُرِفَت مثل هذه الصورة غير المتجانسة منذ فترة طويلة في اضطرابات التأقلم وفي الإهمال الاجتماعي كذلك - وهو غياب الرعاية الكافية خلال مرحلة الطفولة - حيث تكون شرطاً تشخيصياً لكل من اضطراب التعلق التفاعلي واضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل. وعلى الرغم من أن الاضطرابان يشتركان في أشيع المسببات، يتم التعبير عن الأول كاضطراب داخلي مع أعراض اكتئابية وسلوك انسحابي، في حين يتميز الأخير بواسطة السلوك المتحلل الفاضح والتعبير الخارجي للسلوك.

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:

1. نادراً أو في الحدود الدنيا ما يسعى الطفل للبحث عن السلوان عندما يعاني.
2. نادراً أو في الحدود الدنيا ما يستجيب الطفل للسلوان عندما يعاني.

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

1. استجابة عاطفية واجتماعية في الحد الأدنى للآخرين.
2. وجدان إيجابي محدود.
3. 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:

1. الإهمال الاجتماعي أو الحرمان على شكل الفقد المستمر للحاجات العاطفية الأساسية من الراحة، والتحفيز، والمودة المقدمة من قبل مقدمي الرعاية البالغين.
2. التغيير المتكرر لمقدمي الرعاية الأساسيين والتي تحد من فرص تشكيل ارتباطات مستقرة (على سبيل المثال، التغيير المتكرر في دور الرعاية).
3. 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 تاليةً لعدم وجود الرعاية

الكافية في المعيار C).

-E لم يتم الوفاء بمعايير اضطراب طيف التوحد.

-F الاضطراب مثبت قبل سن 5 سنوات.

-G السن التطوري للطفل هو 9 أشهر على الأقل.

تحديد ما إذا كان:

■ مستمر: كان الاضطراب الحالي حاضراً لأكثر من 12 شهراً.

تحديد الشدة الحالية:

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

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:

1. تحفظ منخفض أو غائب لدى مقارنة البالغين غير المألوفين والتفاعل معهم.
2. سلوك مألوف مفرط لفظياً أو جسدياً (غير مستحسن ثقافياً ولا يتوافق مع الحدود المناسبة للعمر).
3. انخفاض أو غياب التحقق من وجود مقدم الرعاية بعد الابتعاد عنه، حتى في الأماكن غير المألوفة.

4. 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:

1. الإهمال الاجتماعي أو الحرمان على شكل فقد المستمر للحاجات العاطفية الأساسية من الراحة، والتحفيز، والمودة المقدمة من قبل مقدمي الرعاية البالغين.

2. التغير المتكرر لمقدمي الرعاية الأساسيين مما يحد من الفرص لتشكيل الرباط المناسب (مثل التغير المتكرر في دور الرعاية).

3. 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)).

E- لا بد أن يكون سن الطفل التطوري تسعة شهور على الأقل.

تحديد ما إذا كان:

■ مستمر: كان الاضطراب الحالي حاضراً لأكثر من 12 شهراً.

تحديد الشدة الحالية

يتم تحديد اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل كشدديد عندما يظهر الطفل كل أعراض هذا الاضطراب، وكل عرض يظهر عند مستويات مرتفعة نسبياً.

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة

Posttraumatic Stress Disorder (F43.10)

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة عند الأفراد الأكبر من 6 سنوات.

ملاحظة: تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، والأطفال الأكبر من 6 سنوات. بالنسبة للأطفال 6 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:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.
3. 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.
4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء 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 المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

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

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

2- 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.

3- 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.

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

5- 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:

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

2- 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 المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

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

2. 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 لدي دمر كله بشكل دائم").
 3. المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.
 4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).
 5. تضاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
 6. مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.
 7. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).
- E- 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:
1. سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
 2. التهور أو سلوك تدميري للذات.
 3. التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
 4. استجابة عند الجفل مبالغ بها.
 5. مشاكل في التركيز.
 6. 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.

حدّد فيما 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:

1. 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 تحرك الوقت ببطء).

2. 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 النساقوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدّد إذا كان:

■ مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 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- للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر سناً التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين وخصوصاً مقدمي الرعاية الأساسيين.

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

3- المعرفة بوقوع الحدث الصادم للوالدين أو للشخصيات المقدمة للرعاية.

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

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.
- ملاحظة:** الذكريات العفوية والاقترامية قد لا تبدو مؤلمة وقد يُعبر عنها بإعادة التمثيل عند اللعب.

2- 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.

- 3-** 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.

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

5- 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 إما 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

1. تجنب أو جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو عوامل التذكير الفيزيائية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.
2. تجنب أو جهود لتجنب الناس، والأحاديث، والمواقف الشخصية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.

التعديلات السلبية في المدركات

- 3- التواتر المتزايد الكبير للحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار، التشوش الذهني).
- 4- تضاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة، متضمناً تقييد اللعب.
- 5- سلوك الانسحاب الاجتماعي.
- 6- 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:

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

2. التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
3. استجابة عند الجفل مبالغ بها.
4. مشاكل في التركيز.
5. 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.
- G- لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدّد فيما 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:

1. 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).
2. 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 النسوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة

طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدّد إذا كان:

- مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً).

اضطراب الكرب الحاد

Acute Stress Disorder (F43.0)

- A- التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر) من الطرق التالية:
5. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
 6. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.
 7. 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.
 8. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء 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 تسعة (أو أكثر) من أي من الفئات الخمس، الأعراض المقتحمة، المزاج السلبي،

التفارق، التجنب، الاستثارة، والتي تبدأ أو تسوء بعد الحدث الصادم:

أعراض الاقتحام

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.
ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر بموضوعات أو جوانب الحدث الصادم.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

المزاج السلبي

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

الأعراض التفارقية:

- 6- احساس متغير بالواقع إما بالبيئة المحيطة أو بالنفس (مثلاً، رؤية النفس من منظور آخر، الإحساس بالغيوبة، تباطؤ الزمن)
- 7- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب

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

أعراض التجنب:

- 8- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
- 9- 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.

أعراض الاستثارة

- 10- اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).
- 11- سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
- 12- التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
- 13- مشاكل في التركيز.
- 14- استجابة عند الجفل مبالغ بها.

C- مدة الاضطراب (أعراض معيار B) من 3 أيام إلى شهر واحد. **ملاحظة:** تبدأ الأعراض عادةً فوراً بعد الصدمة، ولكن يلزم استمرارها لمدة 3 أيام على الأقل وحتى شهر لتلبية معايير الاضطراب.

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.

اضطرابات التأقلم

Adjustment Disorders

- A-** تطور أعراض انفعالية أو سلوكية كاستجابة لضغط (ضغوطات) يمكن تحديدها، وتحدث في غضون 3 أشهر من بداية الشدة (الشدة).
- B-** هذه الأعراض أو السلوكيات هامة سريريًا، كما يستدل عليها بواحد من المظهرين التاليين:
1. إحباط صريح لا يقارن بحدة وكثافة الكرب. آخذين بعين الاعتبار السياق الخارجي والعوامل الثقافية والتي قد تؤثر على شدة الأعراض والحالة.
 2. 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 الحداد العادية ولا يمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب الحداد المطول.
- E-** حالما ينتهي عامل الشدة (أو عواقبه) فإن الأعراض لا تدوم أكثر من 6 أشهر إضافية.

حدّد فيما إذا كان:

- حاداً: إذا استمر الاضطراب أقل من 6 أشهر.
- مستمراً (مزمنًا): إذا استمر الاضطراب 6 أشهر أو أكثر. بالتعريف، لا يمكن للأعراض أن تدوم أكثر من 6 أشهر بعد انتهاء عامل الشدة أو عقابله، وبالتالي يطبق المحدد المستمر حين تكون مدة الاضطراب أكثر من 6 أشهر كاستجابة لعامل شدة مزمن أو لعامل شدة يمتلك عقابيل باقية.

حدّد فيما إذا كان:

- (F43.21) مع مزاج اكتئابي: عندما تهيمن أعراض المزاج المنخفض، البكاء، فقدان الأمل.
- (F43.22) مع قلق: عندما تسيطر أعراض مثل العصبية أو التوجس أو الجزع، أو قلق الانفصال.
- (F43.23) مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط: عندما تسيطر أعراض مشتركة للقلق والاكتئاب.
- (F43.24) مع اضطراب في المسلك: عندما يكون التظاهر المسيطر هو اضطراب في المسلك.
- (F43.25) مع اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضاً انفعالية (مثل، الاكتئاب، القلق) واضطراب في المسلك (انظر النمط الفرعي أعلاه).
- (F43.20) غير المحدد: وذلك لردود الفعل سيئة التكيف لعوامل الشدة غير المصنفة على أنها واحدة من الأنماط الفرعية النوعية لاضطراب التأقلم.

اضطراب الحداد المطول

Prolonged Grief Disorder F43.8

- A- وفاة شخص قريب من الشخص المفجوع قبل 12 شهراً على الأقل (منذ 6 أشهر على الأقل للأطفال والمراهقين).
 - B- منذ الوفاة، تطورت استجابة فجيعة مستمرة تتميز بواحد أو كلاً من الأعراض التالية، والتي كانت موجودة في معظم الأيام إلى درجة كبيرة سريرياً، بالإضافة إلى ذلك، حدثت العرض / الأعراض كل يوم تقريباً على مدار الشهر الماضي على الأقل:
1. الشوق/التوق الشديد للميت.

2. الانشغال بأفكار أو ذكريات عن الشخص الميت (عند الأطفال والمراهقين، قد يتركز الانشغال في ظروف الوفاة).
- C- منذ الوفاة، وجدت ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية في معظم الأيام بدرجة كبيرة سريرياً، بالإضافة إلى ذلك، ظهرت الأعراض كل يوم تقريباً خلال الشهر الماضي على الأقل:
 1. خلل الهوية (على سبيل المثال، الشعور كما لو أن جزءاً من النفس قد مات) منذ الوفاة.
 2. نكران ملحوظ حول الموت.
 3. تجنب ما يذكر بأن الشخص قد مات (عند الأطفال والمراهقين، قد يتسم بالجهود المبذولة لتجنب ما يذكر).
 4. الألم العاطفي الشديد (مثل الغضب والمرارة والحزن) المرتبط بالوفاة.
 5. صعوبة عودة الاندماج في علاقات الفرد وأنشطته بعد الموت (على سبيل المثال، مشاكل التواصل مع الأصدقاء أو السعي وراء الاهتمامات أو التخطيط للمستقبل).
 6. خدر عاطفي (غياب أو انخفاض ملحوظ في التجربة العاطفية) نتيجة الموت.
 7. الشعور بأن الحياة لا معنى لها نتيجة الموت.
 8. الوحدة الشديدة نتيجة الموت.
- D- يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- E- من الواضح أن مدة وشدة رد فعل الحداد تتجاوز المعايير الاجتماعية أو الثقافية أو الدينية المتوقعة لثقافة الفرد وسياقه.
- F- لا تُفسر الأعراض بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب الاكتئاب الجسيم أو اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، ولا تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل

الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى.

الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة الأخرى

Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorders (F43.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد.

يتم استخدام فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد الأخرى المحددة في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد، أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد. يتم ذلك من خلال تسجيل "الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة الأخرى" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "اضطراب الحداد المختلط المستمر").

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1. اضطرابات شبيهة باضطرابات التأقلم مع بدء متأخر والتي تحدث بعد ثلاثة أشهر من بدء الشدة.
2. اضطرابات شبيهة باضطرابات التأقلم ذات فترة طويلة والتي تمتد لأكثر من ستة أشهر دون فترة مطولة من الشدة.
3. الاستجابة المستمرة للصدمة مع أعراض تشبه اضطراب كرب ما بعد الصدمة (أي الأعراض التي تحدث استجابة لحدث صادم لا يرقى إلى الحد الأدنى التشخيصي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والذي يستمر لمدة تزيد عن 6 أشهر،

- ويشار إليه أحياناً باسم "اضطراب ما بعد الصدمة الفرعي/الجزئي".
4. Ataque nervios: انظر " الثقافة والتشخيص النفسي "في القسم الثالث" في الملحق في الدليل الخامس باللغة الانكليزية.
5. المتلازمات الثقافية الأخرى: انظر " الثقافة والتشخيص النفسي "في القسم الثالث" في الملحق في الدليل الخامس باللغة الانكليزية.

الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة

Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder (F43.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد.

يتم استخدام فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة في الحالات التي يختار فيها الطبيب، عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

الاضطرابات التفارقية

dissociative disorders

تتميز مجموعة الاضطرابات التفارقية بانقطاع و/أو عدم استمرار في التكامل الطبيعي للوعي والذاكرة والهوية، والعاطفة، والإدراك، والتحكم بالحركة، والسلوك. ويمكن لأعراض التفارق أن تعطل كل مجال من مجالات الأداء النفسي.

كثيراً ما توجد الاضطرابات التفارقية في أعقاب الصدمات، والعديد من الأعراض، بما في ذلك الحرج والارتباك حول الأعراض أو الرغبة في إخفائها تتأثر بالقرب من الصدمة. وضعت الاضطرابات التفارقية عقب الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد ولكنها ليست جزءاً منها، مما يعكس التقارب بين هذه الفئات التشخيصية. كل من اضطراب الكرب الحاد واضطراب الكرب ما بعد الصدمة تحتوي على أعراض تفارقية، كالنسيان، ومضات الذاكرة، الذهول، وتبدد الشخصية/تبدد الواقع. يتم اختبار الأعراض التفارقية على أنها تداخلات دون طلب في الوعي والسلوك، مع فقدان الاستمرارية المصاحبة للتجربة الذاتية (أي الأعراض التفارقية "الإيجابية" مثل انقسام الهوية، وتبدد الشخصية، وتبدد الواقع) و/أو عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات أو للتحكم في الوظائف العقلية التي عادة ما تكون قابلة للوصول بسهولة أو السيطرة (أي الأعراض التفارقية "السلبية" مثل فقدان الذاكرة). عبر السياقات الثقافية، تشمل عوامل الخطر للمرضى في الاضطرابات التفارقية البداية المبكرة للصدمة، الإهمال والاعتداء الجنسي والجسدي والعاطفي من قبل الوالدين. الحياة المبكرة التراكمية للصدمة والمحن. والصدمات المستمرة المتكررة أو التعذيب المرتبط بالأسر (على سبيل المثال، الذي يعاني منه أسرى الحرب، وضحايا الاتجار بالبشر).

اضطراب الهوية التفارقية

Dissociative Identity Disorder (F44.81)

- A-** اختلال في الهوية والتي تتميز باثنين أو أكثر من حالات الشخصية المتميزة، والتي يمكن وصفها في بعض الثقافات كتجربة الاستحواذ. الاختلال في الهوية ينطوي على انقطاع لافت في الشعور بالذات والشعور بالوكالة، ويرافقه التغيرات ذات الصلة في الوجدان، والسلوك، والوعي، والذاكرة، والإدراك، والاستعراف، و/أو الأداء الحسي الحركي. هذه العلامات والأعراض يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين أو تذكر من قبل الفرد.
- B-** ثغرات متكررة في استدعاء أحداث الحياة اليومية، والمعلومات الشخصية الهامة، و/أو الأحداث المؤلمة التي تتعارض مع النسيان العادي.
- C-** تسبب الأعراض تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D-** لا يعد الاضطراب جزءاً طبيعياً من ممارسة ثقافية أو دينية مقبولة على نطاق واسع.
- ملاحظة:** في الأطفال، لا يتم تفسير الأعراض بشكل أفضل من خلال رفاق اللعب التخيلي أو أي لعبة خيالية أخرى.
- E-** لا تُعزى الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل فراغ العقل بسبب مادة أو السلوك الفوضوي أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، النوبات الصرعية الجزئية المعقدة).

النساوة التفارقية

Dissociative Amnesia (F44.0)

A- عدم القدرة على استدعاء معلومات شخصية هامة، وهي عادة ذات طبيعة متعلقة بالصدمة والشدة، ولا تتوافق والنسيان العادي.

ملاحظة: في معظم الأحيان يتكون فقدان الذاكرة التفارقي من فقدان موضعي للذاكرة أو انتقائي لحدث أو لأحداث معينة، أو فقدان الذاكرة المعمم للهوية وتاريخ الحياة.

B- تسبب الأعراض تندياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

C- لا تُعزى الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الكحول أو المواد الأخرى، دواء) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، النوبات الصرعية الجزئية المعقدة، النساوة المؤقتة الشاملة، عقابيل لأذية مغلقة في الرأس أو رض على الدماغ، أو حالات عصبية أخرى).

D- لم يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب الهوية التفارقي، واضطراب الكرب ما بعد الصدمة، اضطراب الكرب الحاد، واضطراب العرض الجسدي، أو اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل.

ملاحظة للترميز: رمز النساوة التفارقية دون الشرود التفارقي هو (F44.0).

رمز النساوة التفارقية مع الشرود التفارقي هو (F44.1).

حدّد فيما إذا:

- (F44.1) مع شرود تفارقي: السفر ذو الهدف على ما يظهر أو التجول الحائر المقترن بفقدان الذاكرة للهوية أو المعلومات الشخصية الهامة الأخرى.

اضطراب تبدّد الشخصية/تبدّد الواقع

Depersonalization/Derealization Disorder (F48.1)

A- وجود خبرات مستديمة أو معاودة من تبدّد الشخصية/تبدّد الواقع أو كليهما:

1. تبدّد الشخصية: خبرات لعدم الواقعية، الانفصال، أو الشعور بكونه مراقباً خارجياً، مع الاحترام لأفكار الشخص ومشاعره، أحاسيسه، جسمه، أو أفعاله (تغيرات إدراكية، شعور مشوه بالوقت، شعور بعدم واقعية النفس أو غيابها، الخدر الجسدي و/أو العاطفي).

2. تبدّد الواقع: تجارب بالانفصال وعدم الواقعية مع احترام المحيط (اختبار الأشياء أو الأفراد كغير واقعية، شبيهة بالحلم، ضبابية، دون حياة، أو مشوهة بصرياً).

B- يبقى اختبار الواقع سليماً، أثناء خبرة تبدّد الشخصية/تبدّد الواقع.

C- تسبب الأعراض تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

D- لا تُعزى الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (إساءة استعمال مادة، دواء) أو حالة طبية أخرى (النوب الصرعية).

E- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر، كالقُصام، اضطراب الهلع، الاكتئاب الجسيم، اضطراب الكرب الحاد، اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، أو اضطراب تفارقي آخر.

اضطراب تفارقي محدد آخر

Other Specified Dissociative Disorder (F44.89)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب تفارقي، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات التفارقية. يتم استخدام فئة اضطراب تفارقي محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب، إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات التفارقية. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب تفارقي محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "غيوبة تفارقية"). أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1. متلازمات مزمنة ومتكررة من أعراض تفارقية مختلفة: وتشمل هذه الفئة اضطرابات الهوية المرتبطة بانقطاعات أقل من متميزة في الشعور بالذات والوكالة، أو بتغييرات في الهوية أو نوب من الاستحواذ عند الفرد الذي لا يذكر النسوة الافتراقية.
2. اضطراب الهوية بسبب فترات طويلة ومكثفة من الإقناع القسري: الأفراد الذين تعرضوا إلى الإقناع القسري المكثف (مثلاً، غسل الدماغ، تعديل الأفكار، التلقين خلال الأسر، والتعذيب، والسجن السياسي لفترات مطولة، والتجنيد من قبل طائفة/عبادة أو عن طريق المنظمات الإرهابية) قد يؤدي لتغير مطول أو تساؤل واعٍ عن الهوية.
3. ردود فعل تفارقية حادة للأحداث الضاغطة: هذه الفئة هي للظروف العابرة الحادة

التي تستمر عادة أقل من شهر واحد، وأحياناً بضع ساعات فقط في اليوم. وتتميز هذه الظروف بتقلص الوعي، تبدد الشخصية، تبدد الواقع، الاضطرابات الإدراكية (على سبيل المثال، تباطؤ الوقت، كبر حجم الأشياء)، النسوات الصغيرة، ذهول عابر، و/أو تغييرات في الأداء الحسي والحركي (على سبيل المثال، التخدر، والشلل).

4. غيبوبة تفارقية: تتميز هذه الحالة بتضييق حاد أو فقدان كامل للوعي المحيط المباشر، الذي يظهر على شكل انعدام تجاوب عميق أو انعدام حساسية للمؤثرات البيئية. عدم الاستجابة قد تكون مصحوبة بسلوكيات نمطية طفيفة (على سبيل المثال، حركات الأصابع) حيث يجهل الفرد أنه لا يتمكن من السيطرة عليها، وكذلك شلل عابر أو فقدان عابر للوعي. الغيبوبة التفارقية ليس جزءاً طبيعياً من ممارسة ثقافية أو دينية جماعية مقبولة على نطاق واسع.

اضطراب تفارقي غير محدد

Unspecified Dissociative Disorder (F44.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب تفارقي، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تف بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات التفارقية. يتم استخدام فئة اضطراب تفارقي غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب، عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات التفارقية. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة

somatic symptom and related disorders

جميع الاضطرابات في هذا الفصل لديها سمة مشتركة وهي بروز أعراض جسدية مرتبطة بمعاناة وضعف كبيرين. الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مع أعراض جسدية بارزة، غالباً ما يشاهدون في مواقع الرعاية الصحية الأولية والأماكن الطبية الأخرى، ولكن مواجعتهم أقل شيوعاً في عيادات الصحة العقلية والنفسية. هذه التشخيصات ذات المفاهيم التي أعيد صياغتها، على أساس إعادة تنظيم التشخيصات في الاضطراب الجسدي الشكل من الدليل الرابع، وتعتبر أكثر فائدة لأطباء الرعاية الصحية الأولية وغيرهم من الأطباء غير المتخصصين بالصحة العقلية.

التشخيص الرئيسي في هذه الفئة التشخيصية، هو اضطراب العرض الجسدي، والتشخيص المؤكد يتم على أساس من الأعراض والعلامات الإيجابية (أعراض جسدية مؤلمة بالإضافة إلى الأفكار والمشاعر، والسلوكيات الشاذة، استجابة لهذه الأعراض) وذلك بدلاً من عدم وجود تفسير طبي للأعراض الجسدية. ومن الخصائص المميزة لكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب العرض الجسدي ليس الأعراض الجسدية في حد ذاتها، ولكن بدلاً من ذلك الطريقة في عرضها وتفسيرها. حيث تم دمج المكونات الوجدانية والمعرفية، والسلوكية في معايير اضطراب العرض الجسدي مما يوفر انعكاساً أكثر شمولاً ودقة، عن الصورة السريرية الحقيقية مما يمكن تحقيقه من خلال تقييم الشكاوى الجسدية وحدها.

ان المبادئ الكامنة خلف التغييرات في العرض الجسدي والتشخيصات ذات الصلة من الدليل الرابع، تشكل عاملاً حاسماً في فهم هذه التشخيصات، فقد كان المصطلح

المستخدم في الدليل الرابع عن الاضطرابات الجسدية الشكل مريباً، وتم استبداله بالعرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة.

في الدليل الرابع كان هناك قدر كبير من التداخل بين الاضطرابات الجسدية، كما وجد فقدان كبير للوضوح حول حدود التشخيص. وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات، غالباً ما يشاهدون في العيادات الطبية وليس عيادات الصحة العقلية، فقد وجد الأطباء غير النفسيين الاضطرابات الجسدية الشكل في الدليل الرابع صعبة الفهم والاستخدام. لقد تعرف التصنيف الحالي في الدليل الخامس على هذا التداخل، فحدّ من العدد الكلي للاضطرابات وحدّ كذلك من تصنيفاتها الفرعية.

اضطراب العرض الجسدي

Somatic Symptom Disorder (F45.1)

- A-** واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية.
- B-** أفكار، ومشاعر، أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي:
1. أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص.
 2. استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو أعراض الشخص.
 3. الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية.
- C-** على الرغم من أن عرضاً جسدياً واحداً قد لا يكون حاضراً باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (عادة أكثر من 6 أشهر).

تحديد ما إذا كان:

- مع ألم مسيطر (سابقاً اضطراب الألم): هذا المحدد هو للأفراد الذين تنطوي أعراضهم الجسدية غالباً على الألم.

تحديد ما إذا كان:

- مستمر: يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ، ومدة طويلة (أكثر من 6 أشهر).

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار B يتم الوفاء بها.
- متوسط: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B.
- شديد: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B، بالإضافة إلى تواجد شكاوى جسدية متعددة (أو عرض جسدي واحد شديد جداً).

اضطراب قلق المرض

Illness Anxiety Disorder (F45.21)

- A- الانشغال بوجود أو باكتساب مرض خطير.
- B- الأعراض الجسدية ليست موجودة أو، إذا تواجدت، فتكون خفيفة الشدة فقط. إذا تواجدت حالة طبية أخرى أو أن هناك مخاطر عالية لتطور حالة طبية (على سبيل المثال، تاريخ عائلي قوي موجود)، فالانشغال يكون مفرطاً أو غير متناسب بشكل واضح.
- C- هناك مستوى عال من القلق حول الصحة، ويشعر الفرد بالفزع بسهولة حول الحالة الصحية الشخصية.
- D- يؤدي الفرد سلوكيات متعلقة بالصحة بشكل مفرط (على سبيل المثال، تكرار

- التحقق من الجسم بحثاً عن علامات المرض) أو يظهر سلوكاً تجنبياً سيئ التكيف (على سبيل المثال، يتجنب مواعيد الطبيب والمستشفيات).
- E-** الانشغال المرضي الحالي قد كان حاضراً لمدة 6 أشهر على الأقل، ولكن المرض المحدد الذي يخشى منه قد يتغير خلال تلك الفترة من الزمن.
- F-** لا يُفسر الانشغال المتعلق بالمرض بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب العرض الجسدي، اضطرابات الهلع، اضطراب القلق العام، اضطراب تشوه شكل الجسم، واضطراب الوسواس القهري، أو اضطراب توهمي، النوع الجسدي.

تحديد ما إذا كان:

- نمط الباحث عن الرعاية: الرعاية الطبية، غالباً ما يقوم بزيارة الطبيب أو الخضوع للفحوص والإجراءات.
- نمط المتجنب للرعاية: نادراً ما تُستخدم الرعاية الطبية.

اضطراب العرض العصبي الوظيفي (اضطراب التحويل)

Functional Neurological Symptom Disorder (Conversion Disorder)

- A-** واحد أو أكثر من أعراض التغير في الحركة الإرادية أو الوظيفة الحسية.
- B-** تقدم الموجودات السريرية الدليل على عدم التوافق بين العرض والحالات العصبية أو الطبية المعروفة.
- C-** العرض أو العجز لا يُفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي أو طبي آخر.
- D-** العرض أو العجز يسبب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى أو يستجلب اهتماماً طبياً.
- ملاحظة للترميز:** ان رمز ICD-10-CM يعتمد على نوع الأعراض (انظر أدناه).

تحديد نوع الأعراض:

- (F44.4) مع ضعف أو شلل
 - (F44.4) مع حركة غير طبيعية (على سبيل المثال، رعاش، عسر التوتر الحركي، رمع عضلي myoclonus، اضطراب المشية)
 - (F44.4) مع أعراض البلع
 - (F44.4) مع أعراض الكلام (على سبيل المثال، خلل النطق وصعوبة فهم الكلام)
 - (F44.5) مع نوب أو اختلاجات
 - (F44.6) مع التخدر أو فقدان الحواس
 - (F44.6) مع أعراض حسية خاصة (على سبيل المثال، اضطرابات بصرية، وشمية، أو سمعية)
 - (F44.7) مع أعراض مختلطة
- حدّد فيما إذا:**
- مع عوامل شذات نفسية (حدّد الشذات)
 - دون شذات نفسية

العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى

Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions (F54)

- A- تواجد عرض طبي أو حالة (بخلاف اضطراب عقلي).
- B- تؤثر العوامل النفسية أو السلوكية سلباً على الحالة الطبية بوحدة من الطرق التالية:
1. أثرت العوامل على سير الحالة الطبية كما هو مبين بالارتباط الزمني الوثيق، بين العوامل النفسية وتطور الحالة الطبية أو تفاقمها أو تأخر الشفاء منها.
 2. العوامل تتداخل مع العلاج من الحالة الطبية (على سبيل المثال، الالتزام

الضعيف بالعلاج).

3. تشكل العوامل مخاطر صحية إضافية مؤكدة على الفرد.
4. تؤثر العوامل على الفيزيولوجيا المرضية للحالة الطبية، مما يهدد أو يفاقم الأعراض أو يستدعي عناية طبية.
- C- العوامل النفسية والسلوكية في المعيار B لا يتم تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، اضطراب الهلع، اضطراب الاكتئاب الجسيم، واضطراب الكرب ما بعد الصدمة).

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: يزيد المخاطر الطبية (على سبيل المثال، عدم الالتزام مع العلاج الخافض للضغط).
- متوسط: يفاقم حالة طبية كامنة (مثل القلق الذي يفاقم الربو).
- شديد: ينتج عنه الاستشفاء أو زيارة الطوارئ.
- متطرف: ينتج عنه خطر شديد مهدد للحياة (على سبيل المثال، تجاهل أعراض نوبة قلبية).

الاضطراب المُفتَعَل

Factitious Disorder (F68.10)

اضطراب مُفتَعَل مفروض على الذات

- A- تزوير علامات أو أعراض جسدية أو نفسية، أو تحريض الأذية أو المرض، ويرتبط مع خداع محدد.
- B- يعرض الفرد نفسه أو نفسها للآخرين على أنه مريض، وضعيف، أو متأذي.

- C السلوك المخادع ثابت حتى عند غياب مكافآت خارجية واضحة.
- D لا يُفسر السلوك بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني آخر.

تحديد:

- نوبة واحدة
- نوبات متكررة (حدثان أو أكثر من أحداث تزوير المرض و/أو تحريض الإصابة)

اضطراب مُفتَعَل مفروض على آخر

Factitious Disorder Imposed on Another (Previously Factitious Disorder by Proxy) F68.A

- A تزوير علامات أو أعراض جسدية أو نفسية، أو تحريض الأذية أو المرض، على آخر ويرتبط مع خداع محدد.
- B يعرض الفرد فرداً آخر (الضحية) للآخرين على أنه مريض، وضعيف، أو متأذي.
- C السلوك المخادع ثابت حتى عند غياب مكافآت خارجية واضحة.
- D لا يُفسر السلوك بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني آخر.

ملاحظة: ان مرتكب الفعل وليس الضحية هو الذي يتلقى هذا التشخيص

حدد:

- نوبة واحدة
- نوبات متكررة (حدثان أو أكثر من أحداث تزوير المرض و/أو تحريض الإصابة)

اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder (F45.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة. أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1. اضطراب العرض الجسدي الوجيز: فترة الأعراض أقل من ستة شهور.
2. اضطراب قلق المرض الوجيز: فترة الأعراض أقل من ستة شهور.
3. اضطراب قلق المرض دون السلوكيات المتعلقة بالصحة أو دون التجنب سيئ التكيف: معيار D لاضطراب قلق المرض لم يتحقق.
4. pseudocyesis الحمل الكاذب: اعتقاد خاطئ بحصول الحمل والمترافق مع علامات الحمل الموضوعية وأعراض الحمل التي تذكر من قبل الفرد.

اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder (F45.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات، من فئة اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة. يجب ألا تستخدم فئة اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة، إلا في الحالات غير الاعتيادية والتي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.

اضطرابات التغذية والأكل

Feeding and Eating Disorders

تتميز اضطرابات التغذية والأكل باضطراب مستمر في الأكل، أو سلوك متعلق بالأكل مما ينتج عنه استهلاك أو امتصاص متغير للغذاء، وهذا يضعف إلى حد كبير الصحة الجسدية أو الأداء النفسي الاجتماعي.

ان الأفراد الذين يعانون من اضطرابات وصفت في هذا الفصل، يوردون أعراضاً مرتبطة بالأكل تشبه تلك التي يوردها عادة الأفراد، الذين يعانون من اضطرابات استعمال المواد، مثل الاشتياق وأنماط من الاستخدام القهري. وقد يعكس هذا التشابه تورط نفس الأنظمة العصبية، بما في ذلك المتضمنة للتنظيم وضبط النفس والمكافأة، في كلا المجموعتين من الاضطرابات.

ومع ذلك، فإن المساهمات النسبية للعوامل المميزة والمشاركة في تطور ودوام اضطرابات الأكل واستعمال المواد لا تزال غير مفهومة بالقدر الكافي.

أخيراً، لم يتم تضمين السمعة في الدليل الخامس كاضطراب عقلي. فالسمعة (الدهون الزائدة في الجسم) تنتج من زيادة على المدى الطويل لاستهلاك الطاقة بالمقارنة مع حجم المصروف من الطاقة. وهناك مجموعة من العوامل الفيزيولوجية والسلوكية والبيئية الوراثية والتي تختلف باختلاف الأفراد تساهم في تطور البدانة، وبالتالي، لا تعتبر السمعة اضطراباً عقلياً. ومع ذلك، فهناك مشاركة كبيرة بين السمعة وعدد من الاضطرابات العقلية (على سبيل المثال، اضطراب الشره للطعام، واضطرابات الاكتئاب وثنائي القطب، والفصام).

الآثار الجانبية لبعض الأدوية النفسية تسهم بشكل مهم في تطور السمعة، وقد تكون

السمنة أحد عوامل الخطر لتطور بعض الاضطرابات العقلية (على سبيل المثال، الاضطرابات الاكتئابية).

شهوة الطين

Pica

- A الأكل المستمر لمواد غير غذائية وغير طعاميه 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 سريرياً مستقلاً.

ملاحظة للترميز: رمز ICD-10-CM للبيكا هي (F98.3) عند الأطفال و(F50.89) عند البالغين.

تحديد ما إذا كان:

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

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 الشراهة 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 سريرياً مستقلاً).

تحديد ما إذا كان:

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

اضطراب تناول الطعام التجنبي/المقيد

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (F50.82)

- 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. الاعتماد على التغذية المعوية أو المكملات الغذائية عن طريق الفم.
 4. تدخل 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 سير 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 ويستجاب انتبهاً سريرياً إضافياً.

تحديد ما إذا كان:

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

فقدان الشهية العصبي (القمة العصبي)

Anorexia Nervosa

- 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: ان رمز ICD-10-CM يعتمد على النوع الفرعي (انظر أدناه).

تحديد ما إذا كان:

- (F50.01) نمط مقيد: خلال الثلاثة أشهر الماضية، لم يخطر الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية). يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي أنجز فيها فقد الوزن أساساً عبر الحمية، الصيام، و/أو التمارين المفرطة.
- (F50.02) نمط النهم/الإسهال: خلال الثلاثة أشهر الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، 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 المئوية. النطاقات أدناه مستمدة من فئات منظمة الصحة العالمية للنحافة عند البالغين، عند الأطفال والمراهقين، فمؤشر كتلة الجسم المئوية المقابل يجب أن يستخدم. ويمكن

زيادة مستوى الشدة لتعكس الأعراض السريرية، ودرجة العجز الوظيفي، والحاجة إلى الإشراف.

- خفيف: $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- متوسط: $BMI 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- شديد: $BMI 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- متطرف: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$

النهم العصبي

Bulimia Nervosa (F50.2)

A- نوبات معاودة من الشرهه عند الأكل. وتتصف نوبة الشرهه عند الأكل بكل مما يلي:

1. أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل 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 افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة.

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

D- يتأثر 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 أيّاً 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 1-3 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.
 - متوسط: بمعدل 4-7 نوب من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.
 - شديد: بمعدل 8-13 نوبة من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.
 - متطرف: بمعدل 14 نوبة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير المناسبة في الأسبوع.

اضطراب الشرهية للطعام**Binge-Eating Disorder (F50.81)**

A- نوبات معاودة من الشرهية عند الأكل. وتتصف نوبة الشرهية عند الأكل بكل مما يلي:

1. أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل 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 بالحرَج 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.
- E-** 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 الشراهة للطعام سابقاً، فالاضطراب يحدث بمعدل تكرار أقل من نوبة واحدة كل أسبوع لفترة طويلة من الزمن.
- في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب الشراهة للطعام سابقاً، فإن أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

- ويستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر نوب الأكل بشراهة (انظر أدناه). ويمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس أعراضاً أخرى ودرجة العجز الوظيفي.
- خفيف: بمعدل 1-3 نوبة من نوب الشراهة للطعام في الأسبوع.
 - متوسط: بمعدل 4-7 نوبة من نوب الشراهة للطعام في الأسبوع.
 - شديد: بمعدل 8-13 نوبة من نوب الشراهة للطعام في الأسبوع.
 - متطرف: بمعدل 14 نوبة أو أكثر من نوب الشراهة للطعام في الأسبوع.

اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر

Other Specified Feeding or Eating Disorder (F50.89)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب التغذية أو الأكل، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل.

يتم استخدام فئة اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب، إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير لتشخيص أي من الاضطرابات المحددة من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "النهم العصبي ذو التوتر المنخفض").

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

1. فقدان الشهية العصبي اللا نموذجي: يتم استيفاء جميع معايير فقدان الشهية العصبي، إلا أنه على الرغم من فقدان الوزن الكبير، فوزن الفرد ضمن أو أعلى من الحد الطبيعي، يمكن للأفراد المصابين بفقدان الشهية العصبي اللا نموذجي أن يعانون من العديد من المضاعفات الفيزيولوجية المرتبطة بفقدان الشهية العصبي.
2. النهم العصبي (من التواتر المنخفض و/أو المدة المحدودة): يتم استيفاء جميع معايير النهم العصبي، باستثناء أن الشراهة عند تناول الطعام وكذلك السلوكيات التعويضية غير المناسبة تحدث، ووسطياً أقل من مرة أسبوعياً و/أو أقل من 3 أشهر.

3. اضطراب الشراهة للطعام (من التواتر المنخفض و/أو المدة المحدودة): يتم

- استيفاء جميع المعايير لاضطراب الشرهية للطعام، باستثناء أن النهم عند تناول الطعام يحدث وسطياً أقل من مرة أسبوعياً و/أو لأقل من 3 أشهر.
4. اضطراب المسهلات: سلوك إسهالي متكررة للتأثير على الوزن أو الشكل (على سبيل المثال، التقيؤ المفتعل، إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الأدوية الأخرى) في غياب الشرهية عند تناول الطعام.
5. متلازمة الأكل ليلاً: نوبات متكررة من تناول الطعام ليلاً كما يتظاهر من خلال تناول الطعام، بعد الاستيقاظ من النوم أو الإفراط في استهلاك الطعام بعد تناول وجبة المساء. وهناك وعي وتذكر للأكل. لا يُفسر تناول الطعام ليلاً بشكل أفضل من خلال التأثيرات الخارجية: مثل التغيرات في دورة النوم واليقظة للفرد أو عن طريق القواعد الاجتماعية المحلية. يسبب تناول الطعام ليلاً ضائقة كبيرة و/أو انخفاض في الأداء. لم يتم شرح نمط الاختلال في الأكل بشكل أفضل من خلال اضطراب الشرهية للطعام، أو اضطراب عقلي آخر، بما في ذلك استخدام المواد، ولا يُعزى إلى حالة طبية أخرى أو إلى تأثير دواء.

اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد

Unspecified Feeding or Eating Disorder (F50.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب التغذية أو الأكل، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل.

يتم استخدام فئة اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب، عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التغذية أو الأكل. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).



اضطرابات الإفراغ

Elimination Disorders

سلس البول

Enuresis (F98.0)

- A- إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس (سواءً كان غير إرادي أو عمدًا).
- B- السلوك هام سريريًا كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو بوجود إحباط هام سريريًا أو انخفاض في الأداء الأكاديمي (المهني)، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.
- C- العمر 5 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).
- D- لا يُعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل المُردرات أو الأدوية المضادة للذهان)، أو عن حالة طبية أخرى (مثل السكري، الشوك المشقوق، اضطراب صرعي).

حدّد فيما إذا كان:

- أثناء الليل فقط: Nocturnal Only: إفراغ البول فقط أثناء النوم ليلاً.
- أثناء النهار فقط: Diurnal Only: إفراغ البول أثناء ساعات الاستيقاظ.
- أثناء الليل والنهار: Nocturnal and Diurnal: تشارك النمطين المذكورين.

سلس الغائط

Encopresis (F98.1)

- A- إفراغ متكرر للبراز في مواضع غير مناسبة (مثل اللباس أو الأرضية) إرادياً أو بشكل غير إرادي.
- B- هناك على الأقل حادثة كهذه في الشهر لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.
- C- العمر على الأقل 4 سنوات (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).
- D- لا يُعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل المليينات)، أو عن حالة طبية أخرى باستثناء آليات تتضمن الإمساك.

حدّد فيما إذا كان:

- مع إمساك وسلسل بالإفازة: هناك دليل على الإمساك بالفحص الجسدي أو بالقصة.
- دون إمساك وسلسل بالإفازة: لا يوجد دليل على الإمساك بالفحص الجسدي أو بالقصة.

اضطراب الإفراغ المحدد الآخر

Other Specified Elimination Disorder

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الإفراغ، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الإفراغ.

يتم استخدام فئة اضطراب الإفراغ المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب،

إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الإفراغ. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب إفراغ محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "سلس البول منخفض التواتر").

ملاحظة للترميز: ان الرمز هو (N39.498) لاضطراب الإفراغ المحدد الآخر مع أعراض بولية. و(R15.9) لاضطراب الإفراغ المحدد الآخر مع أعراض الغائط.

اضطراب الإفراغ غير المحدد

Unspecified Elimination Disorder

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الإفراغ، والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الإفراغ.

يتم استخدام فئة اضطراب الإفراغ غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب، عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الإفراغ. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

ملاحظة للترميز: ان الرمز هو (R32) لاضطراب الإفراغ غير المحدد مع أعراض بولية. و(R15.9) لاضطراب الإفراغ غير المحدد مع أعراض الغائط.

اضطرابات النوم واليقظة

sleep-wake disorders

يهدف تنظيم هذا الفصل لتسهيل التشخيص التفريقي لشكاوى النوم واليقظة، وبيان متى يكون مناسباً إحالة إلى أخصائي النوم لمزيد من التقييم وتخطيط العلاج. إن تصنيف اضطرابات النوم في الدليل الخامس يستخدم مقاربة بسيطة مفيدة سريرياً، وتعكس أيضاً التقدم العلمي في مجال علم الأوبئة وعلم الوراثة، والفيزيولوجيا المرضية والتقييم والبحوث وذلك منذ صدور الدليل الرابع.

وغالباً ما يصاحب اضطرابات النوم الاكتئاب، والقلق، والتغيرات المعرفية التي يجب وضعها بالحسبان عند تخطيط العلاج والتدبير. علاوةً على ذلك، تعتبر اضطرابات النوم الثابتة (سواء الأرق أو النعاس المفرط) عوامل خطورة لتطور لاحق للأمراض النفسية واضطرابات استعمال المواد. وقد تعكس أيضاً تعبيراً بادرياً لنوبة المرض العقلي، مما يسمح بالتدخل المبكر لاستباق حصول أو لتخفيف النوبة الكاملة.

اضطراب الأرق

Insomnia Disorder (F51.01)

A- الشكاوى المسيطرة هي عدم الرضا عن كمية أو نوعية النوم، ومتراكمة مع واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية:

1. صعوبة البدء في النوم. (عند الأطفال، قد يظهر كصعوبة بدء النوم دون تدخل مقدم الرعاية).
2. صعوبة الحفاظ على النوم، ويتميز بالاستيقاظ المتكرر أو بمشاكل العودة إلى النوم بعد الاستيقاظ. (عند الأطفال، قد يظهر كصعوبة العودة للنوم دون تدخل مقدم الرعاية).
3. الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة إلى النوم.
- B يسبب اضطراب النوم تنديماً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- C صعوبة النوم تحدث بما لا يقل عن 3 ليال في الأسبوع.
- D صعوبة النوم موجودة لمدة 3 أشهر على الأقل.
- E صعوبة النوم تحدث رغم الفرصة الكافية للنوم.
- F الأرق لا يُفسر بشكل أفضل ولا يحدث حصراً خلال مسار اضطراب آخر من اضطرابات النوم واليقظة (على سبيل المثال، حالات النوم الانتيابي، اضطراب نوم متعلق بالتنفس، اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية للنوم واليقظة، وحالات النوم المضطرب).
- G لا يُعزى الأرق إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة، دواء).
- H التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يُفسر على نحو كاف الشكوى المسيطرة من الأرق.

حدّد ما إذا كان:

- مع اضطراب عقلي، بما في ذلك اضطرابات استعمال المواد
- مع مرض طبي مشترك آخر
- مع اضطراب نوم آخر

حدّد ما إذا كان:

- عرضي: تستمر الأعراض ما لا يقل عن شهر ولكن أقل من 3 أشهر.
 - الثابت: تستمر الأعراض 3 أشهر أو أكثر.
 - متكرر: نوبتين (أو أكثر) خلال سنة واحدة.
- ملاحظة:** الأرق الحاد على المدى القصير (أي أعراض تدوم أقل من 3 أشهر ولكن في ما عدا ذلك فهي تستوفي جميع المعايير فيما يتعلق بالتواتر والشدة، الضيق، و/أو الضعف) يجب أن تعتبر اضطراب الأرق الآخر المحدد.

اضطراب فرط النعاس

Hypersomnolence Disorder (F51.11)

- A-** التقرير الذاتي بالنعاس المفرط (Hypersomnolence) على الرغم من أن فترة النوم الرئيسية تدوم ما لا يقل عن 7 ساعات، مع واحد على الأقل من الأعراض التالية:
- 1- فترات متكررة من النوم أو الغفوات خلال نفس اليوم.
 - 2- فترة النوم الرئيسية المطولة لأكثر من 9 ساعات في اليوم الواحد لا تجدد النشاط (أي غير منعشة).
 - 3- صعوبة الاستيقاظ التام بعد الاستيقاظ المفاجئ.
- B-** فرط النعاس يحدث على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع، لمدة 3 أشهر على الأقل.
- C-** يسبب فرط النعاس تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D-** فرط النوم لا يُفسر بشكل أفضل ولا يحدث حصراً خلال مسار اضطراب آخر من اضطرابات النوم واليقظة (على سبيل المثال، حالات النوم الانتيابي، اضطراب نوم متعلق بالتنفس، اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية للنوم واليقظة، وحالات النوم المضطرب).

E- لا يُعزى فرط النعاس إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة، دواء).

F- التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يُفسر على نحو كاف الشكوى المسيطرة من فرط النعاس.

حدّد ما إذا كان:

- مع اضطراب عقلي، بما في ذلك اضطرابات استعمال المواد
- مع مرض طبي مشترك آخر
- مع اضطراب نوم آخر

ملاحظة للترميز: ان الرمز (F51.11) ينطبق على المحددات الثلاثة كلها. اذكر رمز الاضطراب العقلي المشترك أيضاً، والحالة الطبية، أو اضطرابات النوم الأخرى مباشرةً بعد رمز اضطراب فرط النعاس لتبيين الترابط.

حدّد ما إذا كان:

- حاد: الفترة أقل من شهر.
- تحت الحاد: الفترة من شهر إلى 3 أشهر.
- مستمر: فترة أكثر من 3 شهور.

تحديد الشدة الحالية:

تحديد الشدة يعتمد على درجة الصعوبة في الحفاظ على اليقظة أثناء النهار، كما يتضح من وقوع هجمات متعددة من النعاس التي لا يمكن مقاومتها والتي تحدث في أي وقت خلال أي يوم من الأيام، على سبيل المثال، خلال الراحة، والقيادة، وزيارة الأصدقاء، أو العمل.

- خفيف: صعوبة الحفاظ على اليقظة أثناء النهار 1-2 يوم/أسبوع.
- متوسط: صعوبة الحفاظ على اليقظة أثناء النهار 3 أيام/أسبوع.

■ شديد: صعوبة الحفاظ على اليقظة أثناء النهار 5-7 أيام/أسبوع.

النوم الانتيابي

Narcolepsy

A- فترات متكررة من حاجة لا يمكن كبتها للنوم، أو الانزلاق إلى النوم، أو الغفوات تحدث خلال نفس اليوم. ويجب أن تكون هذه الأعراض قد حدثت ثلاث مرات في الأسبوع على الأقل على مدى الأشهر الثلاثة الماضية.

B- وجود واحد على الأقل مما يلي:

1- نوب من الجمدة cataplexy، التي تعرف بأنها إما (I) أو (II) والتي تحدث على الأقل بضع مرات في الشهر:

I. في الأفراد الذين يعانون من المرض منذ فترة طويلة، نوبات وجيزة (من ثوان لدقائق) من فقدان ثنائي الجانب مفاجئ للقوة العضلية مع الحفاظ على الوعي والذي يُستهل بالضحك أو المزاح.

II. في الأطفال أو الأفراد خلال 6 أشهر من البداية، نوب عفوية من التجهّم أو فتح الفك مع لجلجة اللسان أو فقد التوتر العضلي الشامل دون أي محفزات عاطفية واضحة.

2- نقص الهيبوكريتين Hypocretin، كما يُقاس باستخدام التفاعل المناعي للهيبوكريتين-1 في السائل الدماغي الشوكي (CSF) حيث قيمته (أقل من أو تساوي ثلث القيم في الأشخاص الأصحاء الذين فُحصوا باستخدام نفس الفحص، أو أقل من أو تساوي 110 pg/ml). يجب ألا تشاهد المستويات المنخفضة من الهيبوكريتين-1 في CSF في سياق الإصابة الحادة أو التهاب أو إنتان في الدماغ.

3- جهاز اختبار النوم الليلي يبين تأخراً في حركة العين السريعة (REM) خلال

النوم أقل من أو يساوي 15 دقيقة، أو اختبار متعدد للكُمون خلال النوم يدل على كمون النوم أقل من أو يساوي 8 دقائق في اثنتين أو أكثر من فترات بدء REM من النوم.

تحديد ما إذا كان:

- (G47.411) النوم الانتيابي مع الجمدة أو نقص هيبوكريتين (نمط 1): استوفيت متطلبات المعيار B1 من نوبات الجمدة أو المعيار 2" المستويات المنخفضة من الهيبوكريتين -1 في CSF. إيجابية الكُمون في جهاز اختبار النوم الليلي، لكن مستويات السائل الدماغي الشوكي من هيبوكريتين-1 طبيعية في CSF (معيار B2 لم يتحقق).
 - (G47.419) النوم الانتيابي دون الجمدة، ودون نقص هيبوكريتين أو دون قياس هيبوكريتين (نمط 2): استوفيت المتطلبات من المعيار B3 (إيجابية تخطيط النوم/اختبار كمون النوم المتعدد)، ولكن لم يتم استيفاء المعيار B1 (مثل عدم وجود الجمدة) ولم يتم استيفاء المعيار B2 (على سبيل المثال، مستويات السائل الدماغي الشوكي من هيبوكريتين-1 ليست منخفضة أو لم يتم قياسها).
 - (G47.421) النوم الانتيابي مع الجمدة أو نقص هيبوكريتين بسبب حالة طبية.
 - (G47.429) النوم الانتيابي دون الجمدة ودون نقص هيبوكريتين بسبب حالة طبية.
- ملاحظة للترميز:** بالنسبة للنوع الفرعي من النوم الانتيابي المصحب بجمدة أو نقص هيبوكريتين بسبب حالة طبية والنوع الفرعي من النوم الانتيابي بدون جمدة وبدون نقص الهيبوكريتين بسبب حالة طبية، قم أولاً بترميز الحالة الطبية الأساسية (على سبيل المثال، الحثل العضلي G71.11، G47.429 النوم الانتيابي بدون الجمدة وبدون نقص هيبوكريتين بسبب الحثل العضلي).

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: الحاجة إلى الغفوات مرة واحدة أو مرتين فقط في اليوم الواحد، اضطراب

النوم، إذا كان موجوداً فهو خفيف. الجمدة عند وجودها، نادرة الحدوث (تحدث أقل من مرة واحدة في الأسبوع).

- متوسط: الجمدة عند وجودها تحدث مرة واحدة يومياً أو كل بضعة أيام، اضطراب النوم متوسط الشدة، والحاجة لغفوات متعددة يومياً.
- شديد: الجمدة عند وجودها مقاومة للأدوية مع هجمات متعددة يومياً، النعاس المستمر تقريباً، واضطراب النوم الليلي (أي الحركات، والأرق، والأحلام النشطة).

اضطرابات النوم ذات الصلة بالتنفس

Breathing-Related Sleep Disorders

توقف التنفس أو قصور التنفس الانسدادي أثناء النوم

Obstructive Sleep Apnea Hypopnea (G47.33)

A- إما (1) أو (2):

1. الأدلة من دراسة النوم تبين وجود ما لا يقل عن خمسة انقطاعات أو قصورات

انسدادية للتنفس لكل ساعة من النوم وأي من أعراض النوم التالية:

a- اضطرابات التنفس الليلي: الشخير، الشخير/اللاهث، أو انقطاعات مؤقتة للتنفس مؤقتاً خلال النوم.

b- النعاس أثناء النهار، الإرهاق أو النوم غير المنعش على الرغم من الفرص الكافية للنوم حيث لم يتم تفسيره بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (بما في ذلك اضطراب النوم) ولا تُعزى إلى حالة طبية أخرى.

2. الأدلة من دراسة النوم على 15 انقطاع أو أكثر من انقطاعات التنفس الانسدادي و/أو قصور التنفس لكل ساعة من النوم بغض النظر عن الأعراض المصاحبة.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: مؤشر قصور التنفس/توقف التنفس أقل من 15.
- متوسط: مؤشر قصور التنفس/توقف التنفس 15-30.
- شديد: مؤشر قصور التنفس/توقف التنفس أكبر من 30.

توقف التنفس وسط النوم

Central Sleep Apnea

A- الإثبات عن طريق دراسة النوم على خمسة من الانقطاعات المركزية أو أكثر للتنفس لكل ساعة من النوم.

B- لا يُفسر هذا الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب نوم حالي آخر.

حدّد ما إذا كان:

- (G47.31) توقف التنفس وسط النوم مجهول السبب: ويتميز بالنوب المتكررة من انقطاعات النفس وقصوراته أثناء النوم الناجمة عن التغير في جهد الجهاز التنفسي ولكن من دون دليل على انسداد في الطرق الهوائية.
- (R06.3) تنفس كلاين - ستوكس: نمط من الاختلاف الدوري المتصاعد والمتناقص في الحجم والتي تؤدي إلى انقطاعات التنفس المركزية وقصوراته وتتردد لا يقل عن خمس مرات في الساعة، مصحوباً بالانتباهاة المتكررة.
- (G47.37) توقف التنفس وسط النوم المشترك مع استخدام المواد الأفيونية: الآلية المرضية لهذا النوع الفرعي تُعزى إلى آثار الأفيونات على ناظمات الإيقاع التنفسي في البصلة فضلاً عن الآثار التفاضلية من نقص الأوكسجين مقابل فرط ثنائي أكسيد

الكربون.

ملاحظة للترميز: عند وجود اضطراب استخدام الأفيونات، اذكر أولاً رمز اضطراب استخدام المواد الأفيونية: (F11.10) اضطراب استخدام الأفيونات الخفيف أو (F11.20) اضطراب استخدام الأفيونات المتوسط أو الشديد ثم الرمز (G47.37) توقف التنفس وسط النوم المشترك مع استخدام المواد الأفيونية.

حدّد الشدة الحالية:

تم تصنيف شدة توقف التنفس وسط النوم وفقاً لتواتر اختلالات التنفس بالإضافة إلى درجة عدم التشبع بالأكسجين وانقطاعات النوم الحاصلة كنتيجة لاضطرابات الجهاز التنفسي المتكررة.

نقص التهوية المتعلق بالنوم

Sleep-Related Hypoventilation

- A-** توضح دراسة النوم نوب من تناقص التنفس المترافقة مع مستويات مرتفعة من CO₂. (**ملاحظة:** في حالة عدم وجود قياس موضوعي لتركيز CO₂، فاستمرار انخفاض مستويات إشباع الهيموجلوبين بالأكسجين غير المصاحب مع حوادث انقطاع التنفس/قصور التنفس قد يشير إلى نقص التهوية).
- B-** لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب نوم حالي آخر.

تحديد ما إذا كان:

- (G47.34) نقص التهوية مجهول السبب: هذا النوع الفرعي لا يُنسب إلى أي حالة تم تحديدها بسهولة.
- (G47.35) نقص التهوية السنخية المركزية الخلقية: هذا النوع الفرعي هو اضطراب

خلقي نادر حيث يقدم الفرد عادة في فترة ما حول الولادة مع ضحالة التنفس، أو زرقة وتوقف التنفس أثناء النوم.

■ (G47.36) المراضة المشتركة مع نقص التهوية المتعلق بالنوم: يحدث هذا النوع الفرعي نتيجة لحالة طبية، مثل اضطراب رئوي (مثل مرض الرئة الخلالي، الداء الرئوي الانسدادي المزمن) أو اضطراب عصبي عضلي أو اضطراب في جدار الصدر (مثل ضمور العضلات، متلازمة ما بعد شلل الأطفال، أذية النخاع الشوكي الرقبي، جنف حديبي)، أو الأدوية (مثل البنزوديازيبينات، المواد الأفيونية). ويحدث أيضاً مع السمنة (اضطراب نقص التهوية بسبب البدانة)، حيث يعكس مزيجاً من زيادة العمل التنفسي بسبب انخفاض مرونة جدار الصدر وعدم التطابق بين التنفس-الإشباع والحركة التنفسية المتناقصة. يكون مؤشر كتلة الجسم لدى هؤلاء الأفراد عادة أكبر من 10 و فرط ثنائي أكسيد الكربون خلال اليقظة (مع تركيز CO2 أكبر من 45)، دون وجود أدلة أخرى على نقص التهوية.

تحديد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة وفقاً لدرجة نقص الأكسجة وفرط ثاني أكسيد الكربون الموجود أثناء النوم بالإضافة إلى دليل على ضعف عضو طرفي بسبب هذه الشذوذات (على سبيل المثال، فشل الجزء الأيمن من القلب). وجود شذوذات غازات الدم أثناء اليقظة مؤشر على شدة أكبر.

اضطراب وتيرة النوم - اليقظة اليومي

Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders

A- نمط مستمر أو متكرر من انقطاع النوم يرجع أساساً إلى تغيير النظام اليومي أو إلى اختلال بين التواتر اليومي الداخلي وجدول النوم واليقظة الذي تتطلبه البيئة

الفيزيائية للفرد أو الجدول الاجتماعي أو المهني.

B- اضطراب النوم يؤدي إلى النعاس المفرط أو الأرق، أو كليهما.

C- اضطراب النوم يسبب إحباطاً سريرياً مهماً أو ضعفاً في المجالات الاجتماعية والمهنية، وغيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

تحديد ما إذا كان:

❖ (G47.21) نمط طور النوم المتأخر: نمط من تأخر أوقات بدء النوم والصحو، مع عدم القدرة على النوم والاستيقاظ في الوقت المطلوب أو قبله المقبول عادةً.

تحديد ما إذا كان:

▪ عائلياً: هناك تاريخ عائلي من تأخر طور النوم.

تحديد ما إذا كان:

▪ متداخل مع نمط النوم واليقظة غير نموذج الأربع والعشرين ساعة: تأخر طور النوم قد يتداخل مع اضطراب وتيرة النوم -اليقظة اليومي آخر، غير نموذج الأربع والعشرين ساعة من النوم واليقظة.

❖ (G47.22) نمط مرحلة النوم المتقدم: نمط من تقدم أوقات بدء النوم والصحو، مع عدم القدرة على البقاء مستيقظاً حتى الوقت المطلوب أو بعده المقبول عادةً.

تحديد ما إذا كان:

▪ العائلي: هناك تاريخ عائلي من نمط مرحلة النوم المتقدم.

❖ (G47.23) نمط النوم واليقظة الغير منتظم: نمط من النوم واليقظة غير منظم زمنياً، كأن تكون مواعيت النوم والاستيقاظ متغيرة الفترات طوال فترة الأربع والعشرين ساعة.

❖ (G47.24) نمط النوم واليقظة غير نموذج الأربع والعشرين ساعة: نمط من دورة

- للنوم واليقظة لم تتزامن مع البيئة القائمة على الأربع والعشرين ساعة، مع انحراف يومي متناسق (عادة إلى وقت لاحق وأوقات لاحقة) من بداية النوم واليقظة.
- ❖ (G47.26) نمط نوبة العمل: أرق خلال فترة النوم الرئيسية و/أو النعاس المفرط (بما في ذلك النوم غير مقصود) خلال فترة الاستيقاظ الرئيسية المرتبطة بجدول مناوبات العمل (أي التي تتطلب ساعات عمل غير تقليدية).
- ❖ (G47.20) غير محدد نوع

حدّد إذا كان:

- العرضي: الأعراض تستمر ما لا يقل عن شهر ولكن أقل من 3 أشهر.
- المستمر: الأعراض تستمر 3 أشهر أو أكثر.
- المتكرر: تحدث اثنتين أو أكثر من النوب خلال سنة.

حالات النوم المضطرب

Parasomnias

وهي تتميز بحوادث سلوكية شاذة، مُختبرة، أو فيزيولوجية والتي لديها ارتباط مع النوم ومراحل النوم المحددة، أو عند الانتقال بين النوم واليقظة. أكثر أنواع الباراسومنيا شيوعاً هي اضطرابات الاستثارة خلال نوم حركة العين غير السريعة واضطراب السلوك خلال نوم حركة العين السريعة. كل من هذه الحالات لها فيزيولوجيا مرضية مميزة، وخصائص سريرية، واعتبارات تنبؤية وعلاجية خاصة.

اضطرابات الاستثارة خلال نوم حركة العين غير السريعة

A- نوبات متكررة من الصحو الناقص من النوم، وغالباً ما تحدث خلال الثلث الأول من

نوبة النوم الرئيسية، ويرافقها أي مما يلي:

1- المشي خلال النوم: نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والمشي.

بينما يمشي خلال النوم، يكون لدى الفرد وجه فارغ محقق، لا يستجيب نسبياً لجهود الآخرين على التواصل معه أو معها، ويمكن إيقاظه بصعوبة بالغة فقط.

2- رعب النوم: نوبات متكررة من الاستيقاظ المرعب المفاجئ من النوم، وعادة ما

تبدأ مع صرخة مرعبة. هناك خوف شديد وعلامات الاستثارة الجسدية، مثل توسع حدقة العين، تسرع دقات القلب، وسرعة التنفس، والتعرق، خلال كل نوبة. هناك لا تجاوب نسبي لجهود الآخرين لمساعدة الفرد خلال النوبات.

B- لا يذكر إلا القليل إن وجد من الخيالات الحلمية (على سبيل المثال، فقط مشهد بصري واحد).

C- فقدان الذاكرة للنوبة.

D- تسبب النوب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

E- الاضطراب لا يُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة ما، دواء).

F- التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يُفسر نوب المشي خلال النوم ولا رعب النوم.

تحديد ما إذا كان:

■ (F51.3) نمط المشي خلال النوم

تحديد ما إذا كان:

■ مع الأكل المتعلق بالنوم

- مع السلوك الجنسي المتعلق بالنوم (sexsomnia)
- (F51.4) نمط رعب النوم

اضطراب الكابوس

Nightmare Disorder (F51.5)

- A-** وقوع متكرر لأحلام مطوّلة ومرعبة جداً ويمكن تذكرها جيداً، وتتضمن عادةً تهديدات للبقاء أو للسلامة أو لحفظ الذات، والتي تحدث عادةً أثناء النصف الثاني من فترة النوم الرئيسية.
- B-** عند الاستيقاظ من الكوابيس المرعبة، سرعان ما يصبح الشخص متوجهاً ويقظاً.
- C-** تسبب اضطرابات النوم تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D-** الكوابيس لا تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة ما، دواء).
- E-** التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يُفسر بشكل كاف الشكوى المسيطرة للأحلام المزعجة.

حدّد إذا ما كان:

- خلال بداية النوم

تحديد ما إذا كان:

- مع اضطراب عقلي ومتضمناً اضطرابات استعمال المواد
- مع حالة طبية أخرى
- مع اضطراب نوم آخر

ملاحظة للترميز: ان رمز (F51.5) ينطبق على جميع المحددات الثلاثة. رمز أيضاً الاضطرابات العقلية، الحالات الطبية أو اضطرابات النوم الأخرى حالاً بعد رمز اضطراب الكابوس للإشارة للترابط.

تحديد ما إذا كان:

- الحاد: مدة الكوابيس شهر أو أقل.
- تحت الحاد: مدة الكوابيس أكثر من شهر ولكن أقل من ستة أشهر.
- المستمر: مدة الكوابيس ستة أشهر أو أكثر.

تحديد الشدة الحالية:

يمكن تقييم الشدة بتواتر الكوابيس:

- خفيف: أقل من نوبة واحدة في الأسبوع وسطياً.
- متوسط: نوبة أو أكثر في الأسبوع ولكن ليس كل ليلة.
- شديد: النوب كل ليلة.

اضطراب السلوك خلال نوم حركة العين السريعة

Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder (G47.52)

A- نوبات متكررة من الاستثارة أثناء النوم مترافقة مع تصويت و/أو سلوكيات حركية معقدة.

B- هذه السلوكيات تنشأ أثناء نوم حركة العين السريعة (REM)، وبالتالي تحدث عادة بعد أكثر من 90 دقيقة من بداية النوم، وهي أكثر تواتراً خلال الأجزاء المتأخرة من النوم، وتحدث بشكل غير مألوف أثناء القيلولة.

C- عند الاستيقاظ من هذه النوبات، فالفرد يكون مستيقظاً تماماً، واعياً، وليس لديه

تخليط أو تشويش.

D- أي مما يلي:

- 1- نوم REM دون فقدان للتوتر العضلي على تسجيل اختبار النوم.
- 2- تاريخ يوحى باضطراب سلوك نوم حركة العين السريعة واعتلال مثبت (على سبيل المثال، داء باركنسون، وضمور الأجهزة العديدة).
- E- تسبب السلوكيات تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى (والتي قد تتضمن الأذية للذات أو لشريك السرير).
- F- لا تعزى الاختلالات إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة ما، دواء).
- G- التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يُفسر النوب.

متلازمة الساقين المتمللتين

Restless Legs Syndrome (G25.81)

- A- رغبة ملحة لتحريك الساقين، غالباً ما يرافقها أو تحدث كاستجابة لأحاسيس مزعجة غير سارة في الساقين، وتتميز بكل ما يلي:
- 1- الرغبة في تحريك الساقين تبدأ أو تسوء أثناء فترات الراحة أو الخمول.
 - 2- الرغبة في تحريك الساقين تخف جزئياً أو تزول بالحركة.
 - 3- الرغبة في تحريك الساقين تسوء في المساء أو في الليل أكثر منه خلال النهار، أو لا تحدث إلا في المساء أو في الليل.
- B- الأعراض في المعيار A تحدث ثلاث مرات على الأقل في الأسبوع، واستمرت لمدة 3 أشهر على الأقل.

- C-** الأعراض في المعيار A مصحوبة بتدن أو إحباط ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D-** الأعراض في المعيار A لا تُعزى إلى اضطراب عقلي آخر أو حالة طبية (على سبيل المثال، التهاب المفاصل، وذمة الساق، ونقص التروية المحيطية، وتشنجات الساق) ولا تُفسر بشكل أفضل من خلال حالة سلوكية (على سبيل المثال، عدم الراحة الموضعية، قرع القدم المعتاد).
- E-** الأعراض لا تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لإساءة استعمال مادة ما أو لدواء (على سبيل المثال، الزلزل).

اضطراب النوم المحدث بمادة/دواء

Substance/Medication-Induced Sleep Disorder

- A-** اضطراب مستمر وشديد في النوم.
- B-** هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلاً من (1) و (2):
- 1-** تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالاً عقب الانسمام بمادة 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 نوم غير ناتج عن مادة/دواء. مثل هذه الأدلة على وجود اضطراب نوم مستقل يمكن أن تتضمن ما يلي: الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسمام الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود اضطراب نوم مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات

معاودة 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 بمادة أو السحب من مادة فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجلب الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM لاضطرابات النوم المحدثة بـ [مادة محددة/دواء] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراضة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع اضطراب النوم محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل اضطراب النوم المحدث بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع اضطراب النوم محدث بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع اضطراب النوم محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق، إذا لم يوجد اضطراب استعمال مادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل اضطراب النوم المحدث بمادة فقط.

هناك استثناءان في الترميز ينطبقان على اضطرابات النوم التي يسببها الكافيين والتبغ. لأن اضطراب استعمال الكافيين ليس رسمياً فئة في DSM-5، فلا يوجد سوى رمز ICD-10-CM واحد لاضطراب النوم المحدث بالكافيين: F15.9B2. علاوة على ذلك، ونظراً لأن ICD-10-CM يفترض أن اضطراب النوم الناجم عن التبغ يمكن أن يحدث فقط في

سياق اضطراب استخدام التبغ المعتدل أو الشديد، فإن رمز ICD-10-CM لاضطراب النوم المحدث بالتبغ هو F17.208.

	ICD-10-CM		
	مع اضطراب الاستعمال، خفيف	مع اضطراب الاستعمال، متوسط أو شديد	دون اضطراب الاستعمال،
الكحول	F10.182	F10.282	F10.982
كافايين	غير متوفر	غير متوفر	F15.982
الحشيش	F12.188	F12.288	F12.988
الأفيون	F11.182	F11.282	F11.982
المنومات، المهدئات، مضادات القلق	F13.182	F13.282	F13.982
الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)	F15.182	F15.282	F15.982
كوكايين	F14.182	F14.282	F14.982
التبغ	غير متوفر	F17.208	غير متوفر
مواد أخرى (أو غير معروفة)	F19.182	F19.282	F19.982

تحديد ما إذا كان:

■ نمط الأرق: يتميز بصعوبة الدخول في النوم أو الحفاظ على النوم، والاستيقاظ

الليالي المتكرر، أو النوم غير المنعش.

- نمط النعاس النهاري: يتميز بشكوى غالبية من النعاس/التعب المفرط خلال ساعات الاستيقاظ، أو الأقل شيوفاً، فترات طويلة النوم.
 - نمط النوم المضطرب Parasomnia: يتميز بالأحداث السلوكية الشاذة أثناء النوم.
 - النوع المختلط: يتميز بمشاكل النوم الناتجة عن مادة/دواء والتي تتميز بأنواع متعددة من أعراض النوم، ولكن لا تسود أعراض معينة بشكل واضح.
- تحديد ما إذا كان** (انظر الجدول 1 في فصل الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية) والتي تشير إلى ما إذا كانت "تبدأ أثناء الانسمام" و/أو "مع بداية أثناء السحب" ينطبق على فئة مادة معينة، أو حدّد "مع بداية بعد استخدام الدواء":
- مع بداية أثناء الانسمام: إذا تم استيفاء معايير الانسمام بمادة ما وتطورت الأعراض خلال الانسمام.
 - مع بداية أثناء السحب: إذا تم استيفاء معايير السحب من المادة وتطورت الأعراض خلال أو بعد فترة وجيزة من السحب.
 - مع بداية بعد استعمال دواء: قد تظهر الأعراض إما عند البدء بدواء أو بعد التعديل أو التغيير في الاستعمال أو خلال السحب من دواء.

اضطراب الأرق المحدد الآخر

Other Specified Insomnia Disorder (G47.09)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الأرق والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات النوم - اليقظة.

يتم استخدام فئة اضطراب الأرق المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات النوم - اليقظة.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب الأرق المحدد الآخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "اضطراب الأرق الوجداني").

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:

- 1- اضطراب الأرق الوجداني: فترة أقل من 3 شهور.
- 2- مقيد بالنوم غير المنعش: الشكوى الغالبة هي النوم غير المنعش وغير المترافقة بأعراض نوم أخرى كصعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً.

اضطراب أرق غير محدد

Unspecified Insomnia Disorder (G47.00)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الأرق والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات النوم - اليقظة.

يتم استخدام فئة اضطراب الأرق غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات النوم - اليقظة. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.

اضطراب فرط النعاس المحدد الآخر

Other Specified Hypersomnolence Disorder (G47.19)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب فرط النعاس والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص اضطراب فرط النعاس أو أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات النوم - اليقظة.

يتم استخدام فئة اضطراب فرط النعاس المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات فرط النعاس.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب فرط النعاس المحدد الآخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "اضطراب فرط النعاس الوجداني كما في متلازمة كلاين-ليفن").

اضطراب فرط النعاس غير المحدد

Unspecified Hypersomnolence Disorder (G47.10)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب فرط النعاس والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص اضطراب فرط النعاس أو أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات النوم - اليقظة.

يتم استخدام فئة اضطراب فرط النعاس غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص اضطراب فرط النعاس أو أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات النوم - اليقظة.

وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.

اضطراب نوم - يقظة محدد آخر

Other Specified Sleep-Wake Disorder (G47.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب نوم - يقظة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات نوم - يقظة والتي لا تؤهل لتشخيص اضطراب أرق محدد آخر أو اضطراب فرط النعاس محدد آخر.

يتم استخدام فئة اضطراب نوم - يقظة محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات نوم - يقظة.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب نوم - يقظة محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً، تنبهات متعددة خلال نوم حركة العين السريعة دون اختبار النوم أو قصة لداء باركنسون أو الاعتلالات العصبية الأخرى).

اضطراب نوم - يقظة غير محدد

Unspecified Sleep-Wake Disorder (G47.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب نوم - يقظة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة

اضطرابات نوم - يقظة والتي لا تؤهل لتشخيص اضطراب أرق محدد آخر أو اضطراب فرط النعاس محدد آخر.

يتم استخدام فئة اضطراب نوم - يقظة غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات نوم - يقظة. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.



اختلالات الوظيفة الجنسية

sexual dysfunctions

اختلالات الوظيفة الجنسية هي مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي عادة ما تتميز بخلل سريري هام في قدرة الشخص على الاستجابة الجنسية أو قدرته على تجربة المتعة الجنسية. قد يكون لدى الفرد العديد من اختلالات الوظيفة الجنسية في نفس الوقت. في مثل هذه الحالات، يجب تشخيصها جميعاً.

وينبغي استخدام المحاكمة السريرية لتحديد ما إذا كانت الصعوبات الجنسية هي نتيجة لعدم كفاية الإثارة الجنسية، ففي هذه الحالات، قد تكون هناك حاجة للرعاية، ولكن لن يتم وضع تشخيص اختلال الوظيفة الجنسية. ويمكن أن تشمل هذه الحالات، ولكن ليس على سبيل الحصر، حالات نقص المعرفة حول الإثارة الفاعلة مما قد يمنع تجربة الإثارة أو النشوة. تستخدم الأنواع الفرعية لتعيين بداية ظهور صعوبة ما، ففي كثير من الأفراد ذوي اختلال الوظيفة الجنسية، قد يشير وقت الظهور إلى أسباب وتداخلات مختلفة.

■ مدى الحياة: يشير إلى وجود مشكلة جنسية من التجارب الجنسية الأولى.

■ المكتسب: ينطبق على الاضطرابات الجنسية التي تتطور بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

■ المعمم: يشير إلى الصعوبات الجنسية التي لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة والمواقف، أو الشركاء.

■ الظرفي: ويشير إلى الصعوبات الجنسية التي تحدث فقط مع أنواع معينة من

الاستثارة، والمواقف، أو الشركاء.

تأخر القذف

Delayed Ejaculation (F52.32)

A- أي من الأعراض التالية يجب أن يُختبر في كل أو جميع المناسبات تقريباً (ما يقرب من 75% - 100%) من النشاط الجنسي المشترك (في السياقات الطرفية التي تم تحديدها، أو إذا كان معممًا ففي جميع السياقات)، ودون رغبة الفرد في التأخير:

1. تأخير ملحوظ في القذف.

2. ندرة ملحوظة أو غياب القذف.

B- الأعراض في المعيار A استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر.

C- الأعراض في المعيار A تسبب إحباطاً سريرياً مهماً عند الفرد.

D- لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد من علاقة أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مدى الحياة: تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.
- المكتسب: بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

- معمم: لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.
- طرفي: يحدث فقط مع أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- متوسط: أدلة متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- شديد: أدلة على إحباط شديد أو متطرف من الأعراض في المعيار A

اضطراب الانتصاب

Erectile Disorder (F52.21)

- A- واحد على الأقل من الأعراض الثلاثة التالية يجب أن يُختبر في كل أو جميع المناسبات تقريباً (ما يقرب من 75% - 100%) من النشاط الجنسي (في السياقات الظرفية التي تم تحديدها، أو إذا كان معممًا ففي جميع السياقات)،
1. صعوبة ملحوظة في الحصول على الانتصاب أثناء النشاط الجنسي.
 2. صعوبة ملحوظة في الحفاظ على الانتصاب حتى اكتمال النشاط الجنسي.
 3. انخفاض ملحوظ في صلابة الانتصاب.
- B- الأعراض في المعيار A استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر.
- C- الأعراض في المعيار A تسبب إحباطاً سريريًا مهمًا عند الفرد.
- D- لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد من علاقة أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مدى الحياة: تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.
- المكتسب: بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

- معمّم: لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.
- ظرفي: يحدث فقط مع أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- متوسط: أدلة متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- شديد: أدلة على إحباط شديد أو متطرف من الأعراض في المعيار A

اضطراب النشوة الجنسية الأنثوي

Female Orgasmic Disorder (F52.31)

- A- وجود أي من الأعراض التالية في كل أو جميع المناسبات تقريباً (ما يقرب من 75% -100%) من النشاط الجنسي (في السياقات الطرفية التي تم تحديدها، أو إذا كان معمماً ففي جميع السياقات):
- 1- تأخير ملحوظ، أو ندرة ملاحظة، أو غياب للنشوة الجنسية.
 - 2- انخفاض ملحوظ في كثافة أحاسيس النشوة الجنسية.
- B- الأعراض في المعيار A استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر.
- C- الأعراض في المعيار A تسبب إحباطاً سريرياً مهماً عند الفرد.
- D- لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد من علاقة (عنف الشريك مثلاً) أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مدى الحياة: تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.

- المكتسب: بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

- معمم: لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.
- الظرفي: يحدث فقط مع أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

تحديد ما إذا كان:

- لم تختبر أي نشوة في أي ظرف.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- متوسط: أدلة متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- شديد: أدلة على إحباط شديد أو متطرف من الأعراض في المعيار A

اضطراب الاهتمام/الاستثارة الجنسي الأنثوي

Female Sexual Interest/Arousal Disorder (F52.22)

A- فقد أو تناقص ملحوظ، في الاهتمام/الاستثارة الجنسية كما يتجلى بثلاثة على الأقل مما يلي:

1. فقد أو تناقص الاهتمام في النشاط الجنسي.
2. فقد أو تناقص الأفكار أو التخیلات الجنسية المثيرة.
3. بدء مفقود أو منخفض للنشاط الجنسي، وعادةً ما تكون غير مستجيبة لمحاولات الشريك في البدء.
4. غياب/انخفاض الإثارة الجنسية أثناء النشاط الجنسي في معظم أو كل اللقاءات الجنسية (ما يقرب من 75% - 100%)، (في السياقات الظرفية التي تم تحديدها

- أو، إذا كان معممًا، ففي جميع السياقات).
5. غياب/انخفاض الاهتمام/الاستثارة الجنسية رداً على أي إشارة جنسية داخلية أو خارجية (على سبيل المثال، المكتوبة، اللفظية والبصرية).
6. غياب/انخفاض الأحاسيس في الأعضاء التناسلية أو غير الأعضاء التناسلية أثناء النشاط الجنسي في معظم أو كل اللقاءات الجنسية (ما يقرب من 75% - 100%)، (في السياقات الظرفية التي تم تحديدها أو، إذا كان معممًا، ففي جميع السياقات).
- B- الأعراض في المعيار A استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر.
- C- الأعراض في المعيار A تسبب إحباطاً سريرياً مهماً عند الفرد.
- D- لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد من علاقة (مثلاً عنف الشريك) أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مدى الحياة: تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.
- المكتسب: بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

- معمم: لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.
- ظرفي: يحدث فقط مع أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- متوسط: أدلة متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- شديد: أدلة على إحباط شديد أو متطرف من الأعراض في المعيار A

اضطراب ألم الإيلاج الحوضي التناسلي

Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (F52.6)

A- الصعوبات الثابتة أو المتكررة في واحد (أو أكثر) مما يلي:

1. الإيلاج المهبل أثناء الجماع.
2. ألم فرجي مهبل أو حوضي أثناء الجماع المهبل أو محاولات الإيلاج.
3. الخوف أو القلق الواضح حيال الألم الفرجي المهبل أو الحوضي المتوقع أو خلال، أو كنتيجة للإيلاج المهبل.
4. توتر أو شد عضلات قاع الحوض الملحوظ أثناء محاولة الإيلاج المهبل.

B- الأعراض في المعيار A استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر.

C- الأعراض في المعيار A تسبب إحباطاً سريرياً مهماً عند الفرد.

D- لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد من علاقة (مثلاً عنف الشريك) أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مدى الحياة: تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.
- المكتسب: بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار A

- متوسط: أدلة متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- شديد: أدلة على إحباط شديد أو متطرف من الأعراض في المعيار A

اضطراب نقص النشاط والرغبة الجنسية الذكري

Male Hypoactive Sexual Desire Disorder (F52.0)

- A-** نقص مستمر أو متكرر (أو غياب) للأفكار الجنسية/المثيرة أو الخيالات والرغبة في النشاط الجنسي. إن الحكم بوجود نقص يوضع من قبل الطبيب، مع الأخذ في الاعتبار العوامل التي تؤثر على الأداء الجنسي، مثل العمر والسياقات العامة والاجتماعية والثقافية من حياة الفرد.
- B-** الأعراض في المعيار A استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر.
- C-** الأعراض في المعيار A تسبب إحباطاً سريرياً مهماً عند الفرد.
- D-** لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد من علاقة أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مدى الحياة: تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.
- المكتسب: بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

- معمم: لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.
- ظرفي: يحدث فقط مع أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- متوسط: أدلة متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- شديد: أدلة على إحباط شديد أو متطرف من الأعراض في المعيار A

القذف المبكر

Premature (Early) Ejaculation (F52.4)

A- نمط مستمر أو متكرر من القذف الذي يحدث أثناء ممارسة النشاط الجنسي مع شريك في غضون ما يقرب من دقيقة واحدة بعد الإيلاج المهبلي وقبل أن يرغب الفرد بذلك.

ملاحظة: على الرغم من أن تشخيص القذف المبكر يمكن تطبيقه على الأفراد المنخرطين في أنشطة جنسية غير مهبلية، فلم يتم وضع معايير محددة لهذه الأنشطة.

B- الأعراض في المعيار A استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر ويجب أن تكون قد اختبرت أثناء النشاط الجنسي في معظم أو كل اللقاءات الجنسية (ما يقرب من 75% - 100%)، (في السياقات الظرفية التي تم تحديدها أو، إذا كان معممًا، ففي جميع السياقات).

C- الأعراض في المعيار A تسبب إحباطاً سريرياً مهماً عند الفرد.

D- لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد من علاقة أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مدى الحياة: تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.

- المكتسب: بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

- معمم: لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.
- ظرفي: يحدث فقط مع أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- متوسط: أدلة متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار A
- شديد: أدلة على إحباط شديد أو متطرف من الأعراض في المعيار A

خلل جنسي محدث بمادة/دواء

Substance/Medication-Induced Sexual Dysfunction

- A- اضطراب مهم سريرياً في الوظيفة الجنسية والذي يهيمن على الصورة السريرية.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلاً من (1) و (2):
1. تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالاً عقب الانسمام بمادة 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 خلل جنسي غير ناتج عن مادة/دواء. مثل هذه الأدلة على وجود خلل جنسي مستقل يمكن أن تتضمن ما يلي:
- الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الانسمام الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح

وجود اضطراب جنسي مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معاودة 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 بمادة أو السحب من مادة فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجلب الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM لخلل الوظيفة الجنسية المحدثة — [مادة محددة/دواء] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراضة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع خلل وظيفة جنسية محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل خلل الوظيفة الجنسية المحدث بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع خلل وظيفة جنسية محدث بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع خلل وظيفة جنسية محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق. إذا لم يوجد اضطراب استعمال مادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل خلل وظيفة جنسية محدث بمادة فقط.

	ICD-10-CM		
	مع اضطراب الاستعمال، خفيف	مع اضطراب الاستعمال، متوسط أو شديد	دون اضطراب الاستعمال
الكحول	F10.181	F10.281	F10.981
الأفيون	F11.181	F11.281	F11.981
المنومات، المهدئات، مضادات القلق	F13.181	F13.281	F13.981
الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)	F15.181	F15.281	F15.981
كوكايين	F14.181	F14.281	F14.981
مواد أخرى (أو غير معروفة)	F19.181	F19.281	F19.981

تحديد ما إذا كان (انظر الجدول 1 في فصل الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية) والتي تشير إلى ما إذا كانت "تبدأ أثناء الانسمام" و/أو "مع بداية أثناء السحب" ينطبق على فئة مادة معينة، أو حدّد "مع بداية بعد استخدام الدواء":

■ مع بداية أثناء الانسمام: إذا تم استيفاء معايير الانسمام بمادة ما وتطورت الأعراض خلال الانسمام.

■ مع بداية أثناء السحب: إذا تم استيفاء معايير السحب من المادة وتطورت الأعراض خلال أو بعد فترة وجيزة من السحب.

■ مع بداية بعد استعمال دواء: قد تظهر الأعراض إما عند البدء بدواء أو بعد التعديل أو

التغيير في الاستعمال او خلال السحب من دواء.

حدّد الشدة الحالية:

- خفيف: يحدث خلال 25%-50% من مناسبات النشاط الجنسي.
- متوسط: يحدث خلال 50%-75% من مناسبات النشاط الجنسي.
- شديد: يحدث خلال 75% أو أكثر من مناسبات النشاط الجنسي.

خلل وظيفة جنسية محدد آخر

Other Specified Sexual Dysfunction (F52.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لخلل الوظيفة الجنسية والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اختلالات الوظيفة الجنسية.

يتم استخدام فئة خلل الوظيفة الجنسية المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اختلالات الوظيفة الجنسية.

يتم ذلك من خلال تسجيل "خلل وظيفة جنسية محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً، "نفور جنسي").

خلل وظيفة جنسية غير محدد

Unspecified Sexual Dysfunction (F52.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لخلل الوظيفة

الجنسية والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اختلالات الوظيفة الجنسية.

يتم استخدام فئة خلل وظيفة جنسية غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اختلالات الوظيفة الجنسية.

وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.



الانزعاج من الجندر

gender dysphoria

هناك تشخيص شامل واحد للانزعاج من الجندر، مع مجموعات معايير منفصلة ومناسبة من حيث النمو للأطفال والمراهقين والبالغين. إن مجال الجنس والجندر مثير للجدل إلى حد كبير وقد أدى إلى انتشار المصطلحات التي تختلف معانيها بمرور الوقت وداخل التخصصات وفيما بينها. والمصدر الإضافي للارتباك أن مصطلح "الجنس" في اللغة الإنجليزية يشير إلى كل من الذكر والأنثى والجنسانية. يستخدم هذا الفصل التركيبات والمصطلحات كما يتم استخدامها على نطاق واسع من قبل الأطباء من مختلف التخصصات مع التخصص في علاج الانزعاج من الجندر. في هذا الفصل، يشير الجنس والجنسي إلى المؤشرات البيولوجية للذكور والإناث (مفهوم في سياق القدرة الإنجابية)، مثل الكروموسومات الجنسية والغدد التناسلية والهرمونات الجنسية والأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية غير المبهم. تضمنت اضطرابات النمو الجنسي أو الاختلافات في التطور الجنسي (DSDs) المصطلحات التاريخية الخنثة والخنوثة الزائفة. تشمل اضطرابات النمو الجنسي حالات ثنائية الجنس الجسدية مثل التطور الخلقي للأعضاء التناسلية المبهم (على سبيل المثال، تضخم البظر، صغر القضيب)، والانفصال الخلقي للتشريح الجنسي الداخلي والخارجي (على سبيل المثال، متلازمة عدم الحساسية للأندروجين الكاملة)، والتطور غير الكامل للتشريح الجنسي (على سبيل المثال، عدم تكوين الغدد التناسلية)، وتشوهات الكروموسومات الجنسية (على سبيل المثال، متلازمة تيرنر، متلازمة كلاينفيلتر)، أو اضطرابات نمو الغدد التناسلية (على سبيل المثال، خُصَّة مَبِيضَة).

يُستخدم الجندر للإشارة إلى الدور الاجتماعي والثقافي العام (والمعترف به قانوناً عادةً) كفتى أو فتاة، أو رجل أو امرأة، أو جندر آخر. تعتبر العوامل البيولوجية مساهمة في التفاعل مع العوامل الاجتماعية والنفسية لتطور الجندر. يشير تحديد الجندر إلى التعيين كذكر أو أنثى. يحدث هذا عادةً عند الولادة بناءً على الجنس الظاهري، وبالتالي ينتج عنه الجندر المحدد عند الولادة، والذي يُشار إليه تاريخياً باسم "الجنس البيولوجي" أو مؤخراً "جنس الولادة". غالباً ما يتم استخدام الجنس المحدد عند الولادة بالتبادل مع الجندر المحدد عند الولادة. إن مصطلحات الجنس المعين والجندر المعين لا تشمل فقط الجنس/الجندر عند الولادة، وإنما تعيين الجنس/الجندر وإعادة التعيين التي تتم بعد الولادة وأثناء الطفولة المبكرة أو الطفولة، وذلك عادةً في حالات ثنائية الجنس. يشير الجندر غير النموذجي إلى السمات أو السلوكيات الجسدية التي لا تعد نموذجية (بالمعنى الإحصائي) للأفراد من نفس الجندر المعين في مجتمع معين وعصر تاريخي. عدم المطابقة الجندرية، والمتغيرات الجندرية، والتنوع الجندري هي مصطلحات بديلة غير تشخيصية. إعادة تعيين الجندر يشير إلى تغيير رسمي (وأحياناً قانوني) في الجندر. علاجات تأكيد الجندر هي إجراءات طبية (هرمونات أو عمليات جراحية أو كليهما) تهدف إلى مواءمة الخصائص الجسدية للفرد مع جندره الذي يختبره. الهوية الجندرية هي فئة من فئات الهوية الاجتماعية وتشير إلى تعريف الفرد على أنه ذكر، أو أنثى، أو فئة ما بينهما (أي المائع بين الجندرين)، أو فئة أخرى غير الذكر أو الأنثى (أي، محايد بين الجنسين). كان هناك انتشار للهويات الجندرية في السنوات الأخيرة. يشير الانزعاج الجندري كمصطلح وصفي عام إلى الضيق الذي قد يصاحب التناقض بين الجنس الذي يختبره الشخص أو المعبر عنه والجندر المعين له. ومع ذلك، يتم تعريفه بشكل أكثر تحديداً عند استخدامه كفئة تشخيصية. وهو لا يشير إلى الكرب المرتبط بالوصمة، وهو مصدر ضائقة واضح بالرغم من احتمالية أن يكون أحد المصادر المشاركة في هذا الكرب. يشير التحول الجندري إلى طيف واسع من الأفراد الذين تختلف هويتهم الجندرية عن

الجندر المعين عند الولادة. يصف مصطلح توافق الجندر الأفراد الذين يتطابق تعبيرهم عن الجندر مع الجندر المحدد عند الولادة (أيضاً غير المتحولين جنسياً). يشير مصطلح المتحولين جنسياً، وهو مصطلح تاريخي، إلى الفرد الذي يسعى، أو يمر، أو خضع لانتقال اجتماعي من ذكر إلى أنثى أو أنثى إلى ذكر، والذي يتضمن أيضاً في العديد من الحالات، ولكن ليس كلها، انتقالاً جسدياً عن طريق العلاج الهرموني لتأكيد الجنس، وجراحة الأعضاء التناسلية أو الثدي أو أي جراحة أخرى لتأكيد الجنس (يشار إليها تاريخياً باسم جراحة تغيير الجنس).

على الرغم من عدم تعرض جميع الأفراد للضيق بسبب التناقض، فإن الكثيرين يشعرون بالضيق إذا كانت التدخلات الجسدية المرغوبة باستخدام الهرمونات و/أو الجراحة غير متوفرة. المصطلح الحالي أكثر وصفاً من المصطلح السابق المستخدم في الدليل الرابع (اضطراب الهوية الجندرية) ويركز على الضيق والإحباط باعتباره مشكلة سريرية، وليس الهوية في حد ذاتها.

الانزعاج من الجندر

الانزعاج من الجندر عند الأطفال

Gender Dysphoria in Children (F64.2)

A- تناقض ملحوظ بين الجندر المُعبر عنه/المُختبر والجندر المُفترض، لمدة ستة أشهر على الأقل وذلك كما يتجلى بستة على الأقل مما يلي:

(واحدة منها يجب أن تكون المعيار A1):

1- رغبة قوية في أن يكون من الجندر الآخر أو الإصرار على أن الفرد هو من الجنس الآخر (أو بعض التبدل في الجنس المختلف عن الجنس المُعين).

2- في الأولاد (الجندر المُعين)، تفضيل قوي لارتداء الملابس المتقاطعة مع ملابس

- الإناث أو عبر محاكاة الملابس الأنثوية الموشحة، أو في الفتيات (الجنـدر المـُعـين)، تـفضـيل قـوي لارتداء الملابس المذكرـة فقط ومقاومة قوية لارتداء الملابس الأنثوية التقليدية.
- 3- وجود تفضيل قوي للأدوار المشتركة من الجنـدر في اللعب المشترك أو اللعب الخيالي.
- 4- تفضيل قوي لألعاب، أو أنشطة نمطية تستخدم أو تمارس من قبل الجنـدر الآخر.
- 5- وجود تفضيل قوي لرفاق من الجنـدر الآخر.
- 6- في الأولاد (الجنـدر المـُعـين)، رفض قوي لألعاب، أو أنشطة نمطية مذكـرة وتجنب شديد للعب الخشن والمتقلب، أو في الفتيات (الجنـدر المـُعـين)، رفض للألعاب، أو الأنشطة النمطية المؤنثة.
- 7- بغض شديد للتشريح الجنسي للفرد.
- 8- رغبة قوية للخصائص الجنس الأولية و/أو الثانوية التي تطابق الجنـدر المـُختـبـر.
- B- يترافق الاضطراب مع تدن أو إحباط ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمدرسة أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مع اضطراب/اختلاف للنمو الجنسي (على سبيل المثال، اضطراب الكظرية التناسلية الخلقي مثل [E25.0] تضخم الغدة الكظرية الخلقي أو [E34.50] متلازمة فقد الحساسية للأندروجين).

ملاحظة للترميز: رمز اضطراب/اختلاف النمو الجنسي، وكذلك الانزعاج من الجنـدر.

الانزعاج من الجندر لدى المراهقين والبالغين

Gender Dysphoria in Adolescents and Adults (F64.0)

- A- تناقض ملحوظ بين الجندر المُعبر عنه/المُختبر والجندر المُفترض، لمدة ستة أشهر على الأقل وذلك كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي:
- 1- تناقض واضح بين الجندر المُختبر/المُعبر عنه والخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية (أو عند المراهقين، الخصائص الجنسية الثانوية المتوقعة).
 - 2- رغبة قوية للتخلص من الخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية للفرد بسبب التناقض الملحوظ مع الجندر المُختبر/المُعبر عنه (أو لدى المراهقين الشباب، رغبة في منع تطور الخصائص الجنسية الثانوية المتوقعة).
 - 3- رغبة قوية في الخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية للجندر الآخر.
 - 4- رغبة قوية في أن يكون من الجندر الآخر (أو بعض التبدل في الجندر المختلف عن الجندر المُعين).
 - 5- رغبة قوية في أن يعامل كما الجندر الآخر (أو بعض التبدل في الجندر المختلف عن الجندر المُعين).
 - 6- هناك قناعة قوية بأن الفرد لديه مشاعر وردود أفعال نموذجية كما الجندر الآخر (أو بعض التبدل في الجندر المختلف عن الجندر المُعين).
- B- يترافق الاضطراب مع تدن أو إحباط ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

تحديد ما إذا كان:

- مع اضطراب/اختلاف للنمو الجنسي (على سبيل المثال، اضطراب الكظرية التناسلية الخلقي مثل [E25.0] تضخم الغدة الكظرية الخلقي أو [E34.50] متلازمة فقد

الحساسية للأندروجين).

ملاحظة للترميز: رمز اضطراب/اختلاف النمو الجنسي، وكذلك الانزعاج من الجندر.

تحديد ما إذا كان:

- ما بعد التحول: انتقال الفرد إلى حياة بكامل الوقت من الجندر المنشود (مع أو دون قوينة التغيير في الجندر) وخضع (أو يستعد للخضوع) لواحد على الأقل من الإجراءات الطبية المتقاطعة للجنس، أو لنظام علاجي بالاسم أو علاج هرموني منتظم للتقاطع من الجندر أو جراحة تغيير الجنس تؤكد الجنس المطلوب (على سبيل المثال، بتر القضيب، تصنيع المهبل في الأفراد الذين ولدوا كذكور، استئصال الثدي أو تصنيع القضيب في الأفراد الذين ولدوا كإناث).

انزعاج من الجندر محدد آخر

Other Specified Gender Dysphoria (F64.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للانزعاج من الجندر والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص الانزعاج من الجندر. يتم استخدام فئة اضطراب انزعاج من الجندر محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص الانزعاج من الجندر. يتم ذلك من خلال تسجيل "انزعاج من الجندر محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "الانزعاج من الجندر الوجيز").

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:
الاضطراب الحالي يستوفي المعايير العرضية للانزعاج من الجندر ولكن المدة أقل من ستة أشهر.

انزعاج من الجندر غير محدد

Unspecified Gender Dysphoria (F64.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للانزعاج من الجندر والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص الانزعاج من الجندر. يتم استخدام فئة انزعاج من الجندر غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص الانزعاج من الجندر.

وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.



اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلک

The disruptive, impulse-control, and conduct disorders

تشمل، الحالات التي تحوي مشاكل في ضبط النفس من ناحية العواطف والسلوكيات. بينما في غيرها من الاضطرابات في الدليل الخامس يمكن أيضاً أن تنطوي على مشاكل في التنظيم العاطفي و/أو السلوكي، إن الاضطرابات في هذا الفصل فريدة من نوعها في أن هذه المشاكل تتجلى في التصرفات التي تنتهك حقوق الآخرين (على سبيل المثال، العدوانية وتدمير الممتلكات) و/أو التي تجعل الفرد في صراع كبير مع المعايير الاجتماعية أو رموز السلطة. الأسباب الكامنة وراء المشاكل في ضبط النفس من العواطف والسلوكيات يمكن أن تختلف اختلافاً كبيراً عبر الاضطرابات في هذا الفصل وبين الأفراد ضمن فئة تشخيصية معينة.

اضطراب التحدي الاعتراضي

Oppositional Defiant Disorder (F91.3)

A- نمط من المزاج الغاضب/العصبي، والسلوك المجادل/المتحدي، أو الانتقامي يدوم لفترة لا تقل عن 6 أشهر كما يثبت بما لا يقل عن أربعة أعراض من أي من الفئات التالية، تجلت خلال التفاعل مع شخص واحد على الأقل من غير الأشقاء.

المزاج الغاضب/العصبي

1- غالباً ما يفقد أعصابه.

2- غالباً ما يكون حساساً أو يُزعج بسهولة.

3- غالباً ما يكون غاضباً ومستاءً.

السلوك المجادل/المتحدي

4- كثيراً ما يجادل رموز السلطة، وعند الأطفال والمراهقين، يجادل البالغين.

5- غالباً ما يتحدى أو يرفض بشكل فاعل الامتثال لطلبات رموز السلطة أو للقواعد.

6- غالباً ما يزعج الآخرين عمداً.

7- غالباً ما يلوم الآخرين على أخطائه أو أخطائها أو سوء السلوك.

نزعة الانتقام

8- كان حاقداً أو منتقماً على الأقل مرتين خلال الستة أشهر الماضية.

ملاحظة: يجب استخدام الاستمرار وتكرر هذه السلوكيات للتمييز بين السلوك الذي هو ضمن الحدود الطبيعية من السلوك العرضي. للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن خمس سنوات، ينبغي أن يحدث السلوك في معظم الأيام لمدة ستة أشهر على الأقل ما لم يذكر خلاف ذلك (المعيار A8). بالنسبة للأفراد الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، فيجب أن يحدث السلوك مرة واحدة في الأسبوع على الأقل لمدة 6 أشهر على الأقل، ما لم يذكر خلاف ذلك (ال معيار 8A). بينما توفر معايير التكرار الدلالة على الحد الأدنى من التردد لتحديد الأعراض، ينبغي النظر أيضاً في عوامل أخرى، مثل ما إذا كان تواتر وشدة هذه السلوكيات خارج النطاق المقبول لمستوى الفرد التطوري، والجنس، والثقافة.

B- يرتبط الاضطراب في السلوك مع إحباط لدى الفرد أو الآخرين في السياق الاجتماعي المباشر له أو لها (على سبيل المثال، العائلة، مجموعة الأقران، زملاء العمل)، أو أنه يؤثر سلباً على مجالات الأداء الاجتماعية والتعليمية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة للأداء.

C- لا تحدث السلوكيات حصراً أثناء سير اضطراب (ذهاني، استعمال مادة، الاكتئاب، أو ثنائي القطب). ولم يتم الوفاء بمعايير اضطراب المزاج المتقلب المشوش.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: تقتصر الأعراض على موضع واحد فقط (على سبيل المثال، في البيت، في المدرسة، في العمل، مع الأقران).
- متوسط: بعض الأعراض موجودة في اثنين على الأقل من المواضع.
- شديد: بعض الأعراض موجودة في ثلاثة أو أكثر من المواضع.

الاضطراب الانفصالي المتقطع

Intermittent Explosive Disorder (F63.81)

A- تفجرات سلوكية متكررة والتي تمثل الفشل في السيطرة على الاندفاعات بأي مما يلي:

1. العدوان اللفظي (مثلاً، نوبات الغضب، التقرع المطول، والجدل اللفظي أو العراك) أو الاعتداء الجسدي على الملكية، والحيوانات، أو الأفراد الآخرين، والتي تحدث بمعدل مرتين أسبوعياً، مدة ثلاثة أشهر. لا يؤدي العدوان الجسدي لضرر أو تدمير الممتلكات، ولا يؤدي إلى إصابات جسدية للحيوانات أو الأشخاص الآخرين.

2. ثلاثة انفجارات سلوكية تنطوي على ضرر أو تدمير الممتلكات و/أو الاعتداء البدني الذي ينطوي على الأذى الجسدي ضد الحيوانات أو الأفراد الآخرين والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً.

B- إن حجم العدوانية التي تظهر أثناء نوبات الغضب المتكررة لا يتناسب مع الاستفزاز بشكل واضح أو مع أي من الضغوطات النفسية الاجتماعية السابقة.

C- إن نوبات العدوانية المتكررة ليست متعمدة (أي، إنها اندفاعية و/أو مستندة للغضب) ولم ترتكب لتحقيق بعض الأهداف الملموسة (مثل المال والسلطة

والترهيب).

D- إن نوبات العدوانية المتكررة تسبب إما إحباطاً ملحوظاً في الفرد أو ضعفاً في الأداء المهني أو العلاقات الشخصية، أو ترتبط مع عواقب مالية أو قانونية.

E- العمر الزمني هو ست سنوات على الأقل (أو ما يعادلها من مستوى التطور).

F- إن نوبات العدوانية المتكررة لا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، اضطراب اكتئابي جسيم، والاضطراب ثنائي القطب، اضطراب المزاج المتقلب المشوش، اضطراب ذهاني، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع، واضطراب الشخصية الحدية) ولا تُعزى إلى حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، رضوض الرأس، والزهايمر) أو للآثار الفيزيولوجية لمادة (على سبيل المثال، إساءة استعمال مادة، دواء). للأطفال من سن 6-18 سنة، لا ينبغي اعتبار السلوك العدواني الذي يحدث كجزء من اضطراب التأقلم كمعيار لهذا التشخيص.

ملاحظة: هذا التشخيص يمكن أن يتم بالإضافة إلى تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة، اضطراب المسلك، اضطراب التحدي الاعتراضي، أو اضطراب طيف التوحد وذلك عندما يكون تفجر النوب العدوانية الانفعالي المتكرر يتجاوز تلك التي تظهر عادة في هذه الاضطرابات ويستدعي اهتماماً سريرياً مستقلاً.

اضطراب المسلك

Conduct Disorder

A- نمط من السلوك المتكرر والمستمر، والذي تنتهك فيه حقوق الآخرين الأساسية أو القواعد الاجتماعية الأساسية المناسبة لسن الشخص أو القوانين، كما يتجلى ذلك بوجود ثلاثة على الأقل من المعايير الخمسة عشر التالية خلال الاثني عشر شهراً الماضية من أي من الفئات التالية، مع وجود معيار على الأقل في الأشهر الستة الماضية:

الاعتداء على الناس والحيوانات

1. عادة ما يتنمر على الآخرين أو يهددهم أو يخيفهم.
2. عادة ما يبدأ بالعراك الجسدي.
3. استخدم سلاحاً يمكن أن يلحق أذى جسدي خطير للآخرين (مثل عصا، حجر، زجاجة مكسورة، سكين، مسدس).
4. كان قاسياً جسدياً نحو الآخرين.
5. كان قاسياً جسدياً نحو الحيوانات.
6. سرق وهو يواجه الضحية (مثل السلب، نشل محفظة، ابتزاز، سطو مسلح).
7. أجبر شخصاً بالقوة على نشاط جنسي.

تدمير ملكية

8. انخرط عمداً في إشعال نار بقصد إلحاق أذى كبير.
9. دمر عمداً ملكية آخرين (بوسيلة غير إشعال النار).

الخداع أو السرقة

10. تسلل إلى منزل أو مبنى أو سيارة شخص آخر.
11. غالباً ما يكذب للحصول على بضائع أو امتيازات أو لتجنب التزامات (أي «يخدع» الآخرين).
12. سرق أشياء ذات قيمة دون مواجهة الضحية (مثل سرقة محلات ولكن دون كسر واقتحام، تزيف).

انتهاكات خطيرة للقواعد

13. غالباً ما يمكث خارج المنزل ليلاً رغم منع الوالدين، وذلك قبل عمر 13 سنة.
14. هرب من البيت طوال الليل مرتين على الأقل وهو يعيش في كنف والديه أو والديه بالتبني (أو مرة واحدة دون عودة وذلك لمدة طويلة).
15. غالباً ما يتغيب عن المدرسة، وذلك قبل عمر 13 سنة.

B- يسبب الاضطراب في السلوك انخفاضاً سريرياً هاماً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

C- إذا كان عمر الشخص 18 سنة أو أكثر، لا تتحقق معايير اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع.

تحديد ما إذا كان:

- (F91.1) نمط البدء خلال الطفولة: يظهر الأفراد عرض واحد على الأقل من سمات أعراض اضطراب المسلك قبل سن 10 سنوات.
- (F91.2) نمط البدء خلال المراهقة: لا يظهر الأفراد أي أعراض مميزة من اضطراب المسلك قبل سن 10 سنوات.
- (F91.9) غير محدد البداية: يتم استيفاء معايير تشخيص اضطراب المسلك، ولكن ليس هناك ما يكفي من المعلومات المتاحة لتحديد ما إذا كان ظهور الأعراض الأولى قبل أو بعد سن 10 سنوات.

تحديد ما إذا كان:

- مع محدودية المشاعر الموالية للمجتمع: للتأهل لهذا المحدد، يجب أن يكون الفرد قد أبدى اثنين على الأقل من الخصائص التالية بشكل مستمر خلال 12 شهراً على الأقل وذلك عبر العديد من العلاقات والمواضع. هذه الخصائص تعكس نموذج الفرد من الأداء العاطفي والشخصي خلال هذه الفترة وليس مجرد حوادث عرضية في بعض الحالات، وبالتالي، لتقييم المعايير لهذا المحدد، فمن الضروري وجود مصادر معلومات متعددة، بالإضافة إلى التقرير الذاتي للفرد، وإنه لمن الضروري الأخذ بعين الاعتبار التقارير المقدمة من قبل الآخرين الذين عرفوا الفرد لفترات طويلة من الزمن (على سبيل المثال، الآباء والمعلمين وزملاء العمل وأفراد الأسرة البعيدين، والأقران).
- فقدان الندم أو الشعور بالذنب: لا يشعر بالسوء أو بالذنب عندما يفعل شيئاً خاطئاً (استبعاد الندم الذي يظهره عندما يمسك به و/أو يواجه عقاباً). يظهر الفرد نقصاً

عاماً في القلق إزاء الآثار السلبية لأفعاله. على سبيل المثال، عدم الندم عند الفرد بعد إيذائه لشخص أو أنه لا يهتمه عواقب كسر القواعد.

■ قاسي القلب - عديم التعاطف: الإهمال وغير المبالاة إزاء مشاعر الآخرين. يوصف الفرد بالبرود وغير المكترث. يبدو الشخص أكثر قلقاً إزاء الآثار المترتبة على أفعاله على نفسه أو نفسها، بدلاً من آثارها على الآخرين، حتى عندما ينتج عنه ضرر كبير للآخرين.

■ غير مبال بالأداء: لا يظهر قلقه إزاء الأداء الضعيف/الإشكالي في المدرسة، في العمل، أو في الأنشطة الهامة الأخرى. فلا يبذل الفرد الجهد اللازم لأدائها جيداً، حتى عندما تكون التوقعات واضحة، وعادة ما يلقي باللوم على الآخرين بسبب الأداء الضعيف.

■ الوجدان الضحل أو الضعيف: لا يعبر عن المشاعر أو يظهر العواطف للآخرين، إلا عبر الوسائل التي تبدو ضحلة، غير صادقة، أو سطحية (على سبيل المثال، الأفعال التي تتعارض مع العاطفة الظاهرة، ويمكن أن يغير العواطف من الإظهار إلى الإخفاء بسرعة) أو عندما تستخدم المشاعر المظهرة لتحقيق مكاسب (على سبيل المثال، تظهر المشاعر للتلاعب أو ترهيب الآخرين).

تحديد الشدة الحالية:

■ خفيف: مشاكل قليلة في السلوك إذا وجدت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص، واضطراب المسلك يسبب ضرراً طفيفاً نسبياً للآخرين (على سبيل المثال، الكذب، التغيب عن المدرسة، والبقاء خارجاً بعد حلول الظلام دون إذن، وغيرها من كسر للقواعد).

■ متوسط: عدد المشاكل السلوكية والتأثير على الآخرين تتوسط تلك المحددة في "خفيف" وتلك الموجودة في "الشديد" (على سبيل المثال، سرقة دون مواجهة الضحية، التخريب).

■ شديد: الكثير من المشاكل السلوكية تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص، أو

مشاكل في السلوك تسبب ضرراً كبيراً للآخرين (على سبيل المثال، الجنس بالإكراه، والقسوة الجسدية، استخدام سلاح، والسرقة بينما يواجه الضحية، والكسر والدخول).

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

إن المعايير والنصوص لاضطراب الشخصية المضاد للمجتمع يمكن العثور عليها في فصل "اضطرابات الشخصية". ولأن هذا الاضطراب يرتبط ارتباطاً وثيقاً بطيف اضطرابات المسلك "الظاهرة" في هذا الفصل، فضلاً عن الاضطرابات في الفصل المجاور "الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية"، فقد جرى ترميزها بشكل مزدوج هنا، وكذلك في فصل "اضطرابات الشخصية".

هوس إشعال الحرائق

Pyromania (F63.1)

- A- إشعال نار مقصود وهادف في أكثر من مناسبة أو فرصة.
- B- توتر أو إثارة عاطفية قبل الفعل.
- C- افتتان بالنار أو اهتمام بها أو فضول حولها أو انجذاب لها وبسياقاتها الظرفية (المواضيع المتعلقة بها) (مثل، المعدات المتعلقة بالنار، استخدماتها، عواقب الحريق).
- D- الإحساس بالمتعة أو الرضا أو الانفراج عند إشعال النيران أو عند مشاهدتها أو المشاركة في عواقبها.
- E- لا يتم إشعال النار من أجل كسب مالي أو للتعبير عن إيديولوجيا سياسية أو لإخفاء فعل جرمي أو للتعبير عن الغضب أو الانتقام أو لتحسين ظروف المعيشة للشخص، أو كاستجابة لوهم أو هلاوس أو كنتيجة لمحاكمة مختلة (مثل، اضطراب عصبي

معرفي جسيم، الإعاقة الذهنية، اضطراب النمو الذهني، الانسمام بمادة).
F- لا يُفسر إشعال النار بشكل أفضل من خلال اضطراب مسلك أو نوبة هوسية أو اضطراب شخصية معادية للمجتمع.

هوس السرقة

Kleptomania (F63.2)

- A-** إخفاق معاود في مقاومة الاندفاعات لسرقة الأشياء التي لا يحتاجها الشخص لاستخدامه الخاص ولا لقيمتها المالية.
- B-** إحساس متزايد بالتوتر قبل ارتكاب السرقة مباشرة.
- C-** الإحساس بالمتعة والإشباع (الرضا) أو الارتياح (الانفراج) وقت ارتكاب السرقة.
- D-** لا تُرتكب السرقة للتعبير عن الغضب أو الانتقام وهي ليست استجابة لوهم أو هلاوس.
- E-** لا تُفسر السرقة بشكل أفضل من خلال اضطراب المسلك أو نوبة هوسية أو اضطراب شخصية مضادة للمجتمع.

اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك محدد آخر

Other Specified Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorder (F91.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تتف بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك.

يتم استخدام فئة اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "نوب سلوكية متكررة دون تواتر كاف").

اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك غير محدد

Unspecified Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorder (F91.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك. يتم استخدام فئة اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلّك. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.

الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية

Substance related and Addictive disorders

يشمل هذا الفصل عشر فئات منفصلة من العقاقير وهذه الفئات ليست متميزة بشكل كامل. تشترك جميع العقاقير التي تؤخذ بشكل زائد في التنشيط المباشر المشترك لنظام المكافأة في الدماغ، والذي يشارك في تعزيز السلوكيات وإنتاج الذكريات. وهي تنتج هذا التنشيط المكثف لنظام المكافأة مما يجعل من الأنشطة العادية مهمة. فبدلاً من تفعيل نظام المكافأة من خلال السلوكيات التكيفية، تقوم المواد التي يُساء استعمالها بتفعيل سبل المكافأة مباشرة. إن الآليات الدوائية التي تجعل من كل فئة من العقاقير تنتج مكافأة مختلفة، ولكن هذه العقاقير عادة تفعل النظام وتنتج مشاعر الحبور، وغالباً ما يشار إليها على أنها "نشوة" وعلاوة على ذلك، تظهر الدراسات أن الجذور العصبية البيولوجية لاستعمال المواد عند بعض الأفراد (على سبيل المثال، الأفراد ذوي المستويات الأدنى من ضبط النفس، والتي قد تعكس ضعف آليات الدماغ المثبطة) يمكن أن ترى في سلوكياتهم قبل فترة طويلة من البداية الفعلية لاستعمال المواد، كما تظهر الدراسات أيضاً تأثير استعمال المواد على آلية التثبيط في الدماغ.. بالإضافة إلى الاضطرابات المتعلقة بالمواد، فهذا الفصل يشمل أيضاً اضطراب المقامرة، مما يعكس الدليل على أن سلوكيات القمار تفعل نظم المكافأة بشكل مماثل لتلك المُفعلة من خلال إساءة استعمال المواد وتنتج بعض الأعراض السلوكية التي قد تكون مماثلة لتلك التي تنتجها اضطرابات استعمال المواد. كما أن الأنماط السلوكية المفرطة الأخرى مثل اللعب على الإنترنت، قد جرى وصفها أيضاً، ولكن الأبحاث عن هذا النمط والمتلازمات السلوكية الأخرى أقل وضوحاً. وبالتالي، لم يتم تضمين المجموعات السلوكيات المتكررة، والتي قد تعتبر كبعض السلوكيات الإدمانية ومن هذه الفئات

الفرعية "إدمان الجنس"، "إدمان التمارين" أو "إدمان التسوق"، لأنه حالياً لا توجد أدلة كافية الوضوح لتأسيس معايير التشخيص ووصف المسار وبالطبع هناك حاجة لتعريف هذه السلوكيات كاضطرابات عقلية.

تنقسم الاضطرابات المرتبطة بالمواد إلى مجموعتين: اضطرابات استعمال المواد والاضطرابات المحدثة بالمواد. يمكن تصنيف الحالات التالية على أنها محدثة بمادة: الانسحاب بالمواد، والانسحاب من المواد، والاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء.

يشير مصطلح الاضطراب العقلي المحدث بمادة/دواء إلى تظاهرات الأعراض التي ترجع إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة خارجية على الجهاز العصبي المركزي وتشمل المسممات النموذجية (على سبيل المثال، الكحول، المستنشقات، الكوكايين)، الأدوية العقلية (على سبيل المثال، المنشطات والمهدئات والمنومات) والأدوية الأخرى (مثل الستيرويدات) والسُموم البيئية (مثل المبيدات الحشرية الفوسفاتية العضوية).

يبدأ القسم الحالي بمناقشة عامة لمجموعات المعايير لاضطراب استعمال المواد، والانسحاب بالمواد، وسحب المواد، والاضطرابات المحدثة بالمواد/الأدوية، وبعضها على الأقل قابل للتطبيق عبر فئات من المواد. مما يعكس بعض الجوانب الفريدة لفئات المواد العشر ذات الصلة بهذا الفصل، ويتم تنظيم الجزء المتبقي من الفصل حسب فئة المادة. لتسهيل التشخيص التفريقي، يتم تضمين معايير التشخيص والنص الخاص بالاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/الأدوية مع الاضطرابات التي تتشارك معها في الأعراض (على سبيل المثال، اضطراب الاكتئاب المحدث بمادة/دواء في فصل "الاضطرابات الاكتئابية"). لاحظ أن فئات معينة فقط من الأدوية قادرة على التسبب في أنواع معينة من الاضطرابات.

الجدول 1 الاضطرابات المرتبطة باستعمال المواد						
اختلالات الوظيفة الجنسية	هذيان	اضطرابات عصبية معرفية	اضطرابات استعمال المواد	الانسمام بمادة	السحب من مادة	
I/W	I/W	I/W/P	X	X	X	الكحول
	I			X	X	الكافيين
	I		X	X	X	الحشيش
						المهلوسات
	I	I	X	X		فينسكلدين
	I		X	X		المهلوسات الأخرى
	I	P/I	X	X		المستنشقات
I/W	I/W		X	X	X	الأفيونات
I/W	I/W	I/W/P	X	X	X	المنومات والمرخيات والمهدئات
I	I		X	X	X	المنشطات **
			X		X	التبغ
I/W	I/W	I/W/P	X	X	X	أخرى (أو غير معروفة)

X الفئة معترف بها في الدليل الخامس

I قد يلحظ المحدد "مع بدء خلال الانسمام"

W قد يلحظ المحدد "مع بدء خلال السحب"
I/W قد يلحظ أياً من "مع بدء خلال الانسحاب" أو "مع بدء خلال السحب"
P الاضطراب مستمر
* وأيضاً الاضطراب الإدراكي الهلاسي المستمر (Flashbacks)
** يتضمن المواد ذات نمط - الأمفيتامين، الكوكايين، والمنشطات الأخرى أو غير المحددة

اضطرابات استعمال المادة

Substance Use Disorders

السمة الأساسية لاضطرابات استعمال المواد هي مجموعة الأعراض المعرفية والسلوكية والفيزيولوجية والتي تشير إلى أن الفرد يستمر باستخدام المادة على الرغم من المشاكل الكبيرة المتعلقة باستخدام المادة.

الاضطرابات المتعلقة بالكحول

Alcohol-Related Disorders

- اضطراب استعمال الكحول
- الانسحاب من الكحول
- سحب الكحول
- الاضطرابات العقلية الأخرى المحدثة بالكحول
- الاضطراب غير المحدد المتعلق بالكحول

اضطراب استعمال الكحول

Alcohol Use Disorder

- A- نمط إشكالي من استعمال الكحول مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:
1. غالباً ما يؤخذ الكحول بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
 2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام الكحول.
 3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على الكحول، وتعاطي الكحول، أو للتعافي من آثاره.
 4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح وذلك لاستخدام الكحول.
 5. استعمال الكحول المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل.
 6. استمرار استعمال الكحول على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات الكحول.
 7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال الكحول.
 8. تكرار استعمال الكحول في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً.
 9. واستمر استخدام الكحول رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت وتفاقمت بسبب الكحول.
 10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
- a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات الكحول للوصول إلى الانسجام أو التأثير المرغوب.

b- تأثير متناقض ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الكحول.

11. السحب كما يتجلى بأي مما يلي:

a- متلازمة السحب المميزة للكحول (يرجى الرجوع إلى المعايير A و B من المعايير المحددة لسحب الكحول).

b- يؤخذ الكحول (أو مادة ذات صلة وثيقة، مثل البنزوديازيبينات) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

تحديد ما إذا كان:

■ في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الكحول في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال الكحول لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الكحول" والذي قد يتواجد).

■ في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الكحول في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال الكحول لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الكحول" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

■ في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى الكحول فيها.

يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسحاب بالكحول، والسحب من الكحول، أو اضطراب عقلي آخر محدث بالكحول موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال الكحول. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام الكحول المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بالكحول (انظر ملاحظة الترميز للانسحاب بالكحول، والسحب من الكحول، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بالكحول).

على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين الانسمام بالكحول واضطراب استعمال الكحول، فيعطى فقط رمز الانسمام بالكحول، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال الكحول هو خفيف، متوسط أو شديد: F10.129 لاضطراب استعمال الكحول الخفيف مع انسمام بالكحول أو (F10.229) لاضطراب استعمال الكحول المتوسط أو الشديد مع انسمام بالكحول.

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

- (F10.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.
- (F10.11) خفيف، في هدأة مبكرة.
- (F10.11) خفيف، في هدأة مستمرة.
- (F10.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.
- (F10.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F10.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F10.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F10.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F10.21) شديد، في هدأة مستمرة.

الانسمام بالكحول

Alcohol Intoxication

- A- تناول حديث للكحول.
- B- تغيرات سلوكية أو نفسية إشكالية هامة سريرياً (مثل، سلوك جنسي غير ملائم أو سلوك عدواني، اضطراب مزاج، محاكمة مختلة) تطورت أثناء تناول الكحول أو بعد تناوله بفترة قصيرة.

C- واحدة (أو أكثر) من العلامات التالية، تطورت أثناء استخدام الكحول أو بعد استخدامه مباشرة:

1. كلام متثقل.
2. لا تناسق.
3. مشية غير متزنة.
4. رَأْة.
5. اختلال في الانتباه أو في الذاكرة.
6. ذهول أو سُبات.

D- لا تُعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر، بما يتضمن الانسمام بمادة أخرى.

ملاحظة للترميز: في ICD-10-CM فالرمز يعتمد على وجود اضطراب استعمال كحول مرافق F10.120 لاضطراب استعمال الكحول الخفيف مع انسمام بالكحول أو F10.220 لاضطراب استعمال الكحول المتوسط أو الشديد مع انسمام بالكحول. إذا لم يوجد اضطراب استعمال كحول مرافق فالرمز F10.920.

سحب الكحول

Alcohol Withdrawal

- A-** إيقاف (أو إنقاص) استخدام الكحول والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة.
- B-** اثنان (أو أكثر) من الأعراض التالية، تتطور في غضون عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد إيقاف أو إنقاص استعمال الكحول الموصوف في المعيار A:
1. فرط نشاط ذاتي (مثل التعرق أو ارتفاع معدل النبض لأكثر من 100).
 2. ازدياد ارتعاش اليد.
 3. أرق.

4. غثيان أو إقياء.
 5. هلاوس بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة أو إخلالات.
 6. هياج نفسي حركي.
 7. قلق.
 8. نوب اختلاجية معممة.
- C- تسبب الأعراض في المعيار B تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D- لا تُعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن الانسمام أو السحب من مادة أخرى.

حدّد إذا كان:

- مع اضطرابات إدراكية: يمكن أن يدوّن هذا المحدد في حالة نادرة وذلك حين تحدث هلاوس (سمعية أو لمسية غالباً) مع سلامة اختبار الواقع أو إخلالات سمعية أو بصرية أو لمسية في غياب الهذيان.
- ملاحظة للترميز:** في ICD-10-CM يعتمد الرمز على وجود أو غياب اضطراب استعمال الكحول وعلى وجود أو غياب اضطرابات إدراكية.
- لسحب الكحول دون اضطرابات إدراكية: إذا وجد اضطراب استعمال كحول خفيف فالرمز هو F10.130 وإذا كان اضطراب استعمال الكحول متوسطاً أو شديداً فالرمز F10.230. وإذا لم يوجد اضطراب استعمال كحول فالرمز F10.930.
 - لسحب الكحول مع اضطرابات إدراكية: إذا وجد اضطراب استعمال كحول خفيف فالرمز هو F10.132 وإذا كان اضطراب استعمال الكحول متوسطاً أو شديداً فالرمز F10.232. وإذا لم يوجد اضطراب استعمال كحول فالرمز F10.932.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالكحول

Alcohol-Induced Mental Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بالكحول قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: الاضطراب الذهاني المحدث بالكحول، الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بالكحول، الاضطراب الاكتئابي المحدث بالكحول، اضطراب القلق المحدث بالكحول، اضطراب النوم المحدث بالكحول، اختلال الوظيفة الجنسية المحدث بالكحول، اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل محدث بالكحول، بالنسبة لهذيان الانسمام بالكحول أو هذيان سحب الكحول فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. تُشخص هذه الاضطرابات العقلية المحدثة بالكحول عوضاً عن تشخيص الانسمام الكحولي أو سحب الكحول فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بالكحول غير محدد

Unspecified Alcohol-Related Disorder (F10.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالكحول والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالكحول. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

الاضطرابات المتعلقة بالكافيين

Caffeine-Related Disorders

الانسمام بالكافيين

سحب الكافيين

الاضطرابات العقلية المحدثة بالكافيين

اضطراب متعلق بالكافيين غير محدد

الانسمام بالكافيين

Caffeine Intoxication (F15.920)

- A- استهلاك حديث للكافيين، ما يربو عادة على 250 ملغ.
- B- خمسة (أو أكثر) من الأعراض والعلامات التالية، تتطور أثناء استهلاك الكافيين أو بعد ذلك بمدة قصيرة:
1. تملل (عدم استقرار).
 2. عصبية.
 3. استثارة.
 4. أرق.
 5. وجه (متوهج).
 6. زيادة التبول.

7. اضطراب معدي معوي.
 8. نفضات عضلية.
 9. جريان التفكير والكلام على غير هدى.
 10. تسرع القلب أو لانظميات قلبية.
 11. فترات من عدم الإجهاد.
 12. هياج نفسي حركي.
- C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D- لا تُعزى الأعراض والعلامات إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر متضمناً الانسحاب بمادة أخرى.

سحب الكافيين

Caffeine Withdrawal (F15.93)

- A- الاستخدام اليومي المطول للكافيين.
- B- وقف الكافيين المفاجئ أو الإنقاص من استعماله متبوعاً بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض والعلامات التالية والتي حصلت خلال 24 ساعة:
1. صداع.
 2. تعب واضح أو نعاس.
 3. مزاج منزعج، مزاج مكتئب، أو تملل.
 4. صعوبة في التركيز.
 5. أعراض تشبه الانفلونزا (الغثيان، والتقيؤ، أو ألم/صلابة في العضلات).
- C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

D- لا تترافق الأعراض والعلامات مع التأثيرات الفيزيولوجية لحالة طبية أخرى (مثلاً، الشقيقة، مرض فيروس سي) ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر متضمناً الانسمام أو السحب بمادة أخرى.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالكافيين

Other Caffeine-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بالكافيين قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: اضطراب القلق المحدث بالكافيين، اضطراب النوم المحدث بالكافيين، وهذه الاضطرابات تشخص عوضاً عن تشخيص الانسمام بالكافيين أو سحب الكافيين فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بالكافيين غير محدد

Unspecified Caffeine-Related Disorder (F15.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالكافيين والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالكافيين. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

الاضطرابات المتعلقة بالحشيش

Cannabis-Related Disorders

اضطراب استعمال الحشيش

الانسحاب بالحشيش

سحب الحشيش

الاضطرابات العقلية المحدثة بالحشيش

اضطراب متعلق بالحشيش غير محدد

اضطراب استعمال الحشيش

Cannabis Use Disorder

- A- نمط إشكالي من استعمال الحشيش مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:
1. غالباً ما يؤخذ الحشيش بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
 2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام الحشيش.
 3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على الحشيش، وتعاطي الحشيش، أو للتعافي من آثاره.
 4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الحشيش.

5. استعمال الحشيش المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل.
 6. استمرار استعمال الحشيش على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات الحشيش.
 7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال الحشيش.
 8. تكرار استعمال الحشيش في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً.
 9. واستمر استخدام الحشيش رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقمت بسبب الحشيش.
 10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
 - a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات الحشيش للوصول إلى الانسجام أو التأثير المرغوب.
 - b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الحشيش.
 11. السحب كما يتجلى بأي مما يلي:
 - a- متلازمة السحب المميزة للحشيش (يرجى الرجوع إلى المعايير A و B من المعايير المحددة لسحب الحشيش).
 - b- يؤخذ الحشيش (أو مادة ذات صلة وثيقة) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.
- تحديد ما إذا كان:**

- في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الحشيش في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال الحشيش لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الحشيش" والذي قد يتواجد).

■ في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الحشيش في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال الحشيش لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الحشيش" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

■ في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى الحشيش فيها.

يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسحاب بالحشيش، والسحب من الحشيش، أو اضطراب عقلي آخر محدث بالحشيش موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال الحشيش. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام الحشيش المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بالحشيش (انظر ملاحظة الترميز للانسحاب بالحشيش، والسحب من الحشيش، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بالحشيش).

على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين القلق المحدث بالحشيش واضطراب استعمال الحشيش، فيعطى فقط رمز القلق المحدث بالحشيش، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال الحشيش هو خفيف، متوسط أو شديد: F12.180 اضطراب استعمال الحشيش الخفيف مع اضطراب القلق المحدث بالحشيش أو F12.280 اضطراب استعمال الحشيش المتوسط أو الشديد مع اضطراب القلق المحدث بالحشيش.

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

■ (F12.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.

■ (F12.11) خفيف، في هدأة مبكرة.

■ (F12.11) خفيف، في هدأة مستمرة.

- (F12.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.
- (F12.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F12.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F12.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F12.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F12.21) شديد، في هدأة مستمرة.

الانسام بالحشيش

Cannabis Intoxication

- A- استخدام حديث للحشيش.
- B- تغيّرات سلوكية إشكالية أو تغيّرات نفسية مهمة سريرياً (مثل، اختلال التناسق الحركي، زهو، قلق، إحساس بتباطؤ الزمن، اختلال المحاكمة، انسحاب اجتماعي) تطورت أثناء استخدام الحشيش أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.
- C- تطور اثنين (أو أكثر) من العلامات التالية في غضون ساعتين من استخدام الحشيش:
 1. احتقان الملتحمة.
 2. ازدياد الشهية.
 3. جفاف الفم.
 4. تسرّع قلبي.
- D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعالجها اضطراب عقلي آخر.

حدّد إذا كان:

- مع اضطرابات إدراكية: هلاوس مع سلامة اختبار الواقع أو إخلالات سمعية أو بصرية أو

لمسية في غياب الهذيان.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الحشيش والاضطرابات الإدراكية.

- للانسمام بالحشيش دون اضطرابات إدراكية: ان الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال الحشيش الخفيف المتشارك مرضياً هو F12.120، على حين أن اضطراب استعمال الحشيش المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F12.220، إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الحشيش فالرمز هو F12.920.
- للانسمام بالحشيش مع اضطرابات إدراكية: ان الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال الحشيش الخفيف المتشارك مرضياً هو F12.122، على حين أن اضطراب استعمال الحشيش المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F12.222، إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الحشيش فالرمز هو F12.922.

سحب الحشيش

Cannabis Withdrawal (F12.288)

A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام الحشيش والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة، (مثلاً، استعمال يومي على فترة عدة أشهر).

B- ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض والعلامات التالية، تتطور بعد أسبوع من المعيار A:

1. زيادة الانفعال، غضب، عدوانية.
2. عصبية أو قلق.
3. صعوبة النوم (مثلاً، أرق، أحلام مزعجة).
4. نقص الشهية أو نقصان الوزن.
5. تملل.

6. مزاج مكتئب.

7. واحد على الأقل من الأعراض الجسدية التالية يسبب انزعاجاً كبيراً: ألم بطني، رعاش/ارتجاف، تعرق، حمى، قشعريرة، أو صداع.

C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

D- لا تُعزى الأعراض والعلامات إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن الانسحاب أو السحب من مادة أخرى.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM لسحب الحشيش يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الحشيش وسحب الحشيش. إذا كان اضطراب استخدام الحشيش الخفيف مرضياً، فإن رمز ICD-10-CM هو F12.13، وإذا كان اضطراب استخدام الحشيش متوسطاً أو شديداً، فإن رمز ICD-10-CM هو F12.23. بالنسبة لسحب الحشيش الذي يحدث في غياب اضطراب استعمال الحشيش (على سبيل المثال، في المريض الذي يستعمل الحشيش فقط تحت إشراف طبي مناسب)، يكون رمز ICD-10-CM هو F12.93.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالحشيش

Other Cannabis-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بالحشيش قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الذهاني المحدث بالحشيش، اضطراب القلق المحدث بالحشيش، اضطراب النوم المحدث بالحشيش، بالنسبة لهذيان الانسحاب بالحشيش والهذيان المحدث بمشابهات مستقبلات الحشيش الصيدلانية التي تؤخذ

على النحو الموصوف عليه، فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه الاضطرابات المحدثة بالحشيش تشخص عوضاً عن تشخيص الانسحاب بالحشيش أو سحب الحشيش فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بالحشيش غير محدد

Unspecified Cannabis-Related Disorder (F12.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالحشيش والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالحشيش. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات

Hallucinogen-Related Disorders

اضطراب استعمال فينيسكلدين

اضطراب استعمال المهلوسات الأخرى

الانسمام بفينيسكلدين

الانسمام بالمهلوسات الأخرى

الاضطراب الإدراكي المستمر بالمهلوسات

الاضطرابات العقلية المحدثة بفينيسكلدين

الاضطرابات العقلية المحدثة بالمهلوسات الأخرى

اضطراب متعلق بفينيسكلدين غير محدد

اضطراب متعلق بالمهلوسات الأخرى غير محدد

اضطراب استعمال فينيسكلدين

Phencyclidine Use Disorder

A- نمط من استعمال فينيسكلدين (أو مادة شبيهة دوائياً) مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:

1. غالباً ما يؤخذ فينسكلدين بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
 2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام فينسكلدين.
 3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على فينسكلدين، وتعاطي فينسكلدين، أو للتعافي من آثاره.
 4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام فينسكلدين.
 5. استعمال فينسكلدين المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل (مثلاً تغيب متكرر عن العمل، أو أداء منخفض في العمل متعلق باستخدام الفينسكلدين، غيابات أو تعليقات أو طرد من المدرسة متعلق بالفينسكلدين، إهمال الأطفال أو أعمال المنزل).
 6. استمرار استعمال فينسكلدين على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات فينسكلدين (مثلاً، الجدل مع الزوج حول عواقب الانسحاب، العراك الجسدي).
 7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال فينسكلدين.
 8. تكرار استعمال فينسكلدين في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً (مثلاً قيادة مركبة أو آلة عمل عندما يكون تحت التأثير المٌخل للفينسكلدين).
 9. استمر استخدام فينسكلدين رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقمت بسبب فينسكلدين.
 10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
- a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات فينسكلدين للوصول إلى الانسحاب أو التأثير المرغوب.

b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من فينيسكلدين.
ملاحظة: إن أعراض وعلامات السحب لم توثق للفينيسكلدين، ولذلك لا ينطبق هذا المعيار، (سحب الفينيسكلدين قد سجل لدى الحيوانات ولكن لم يوثق لدى البشر المستعملين).

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال فينيسكلدين في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال فينيسكلدين لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام فينيسكلدين" والذي قد يتواجد).
- في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال فينيسكلدين في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال فينيسكلدين لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام فينيسكلدين" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى فينيسكلدين فيها.
- يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسحاب بفينيسكلدين، أو اضطراب عقلي آخر محدث بفينيسكلدين موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال فينيسكلدين. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام فينيسكلدين المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بفينيسكلدين (انظر ملاحظة الترميز للانسحاب بفينيسكلدين، أو الاضطراب العقلي المحدث بفينيسكلدين).
- على سبيل المثال، إذا كان هناك تشاك مرضي بين اضطراب ذهاني محدث بفينيسكلدين واضطراب استعمال فينيسكلدين، فيعطى فقط رمز اضطراب ذهاني

محدث بفينسكلدين، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال فينسكلدين هو خفيف، متوسط أو شديد: F16.195 لاضطراب استعمال فينسكلدين الخفيف مع انسمام بفينسكلدين أو (F16.295) لاضطراب استعمال فينسكلدين المتوسط أو الشديد مع انسمام بفينسكلدين.

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

- (F16.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.
- (F16.11) خفيف، في هدأة مبكرة.
- (F16.11) خفيف، في هدأة مستمرة.
- (F16.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.
- (F16.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F16.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F16.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F16.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F16.21) شديد، في هدأة مستمرة.

اضطراب استعمال المهلوسات الأخرى

Other Hallucinogen Use Disorder

A- نمط إشكالي من استعمال المهلوس (غير الفينسكلدين) مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:

1. غالباً ما يؤخذ المهلوس بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المهلوس.

3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على المهلوس، وتعاطي المهلوس، أو للتعافي من آثاره.
 4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المهلوس.
 5. استعمال المهلوس المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل (مثلاً تغيب متكرر عن العمل، أو أداء منخفض في العمل متعلق باستخدام المهلوس، غيابات أو تعليقات أو طرد من المدرسة متعلق بالمهلوس، إهمال الأطفال أو أعمال المنزل).
 6. استمرار استعمال المهلوس على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات المهلوس (مثلاً، الجدل مع الزوج حول عواقب الانسحاب، العراك الجسدي).
 7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال المهلوس.
 8. تكرر استعمال المهلوس في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً (مثلاً قيادة مركبة أو آلة عمل عندما يكون تحت التأثير المخل للمهلوس).
 9. استمر استخدام المهلوس رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقمت بسبب المهلوس.
 10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
- a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المهلوس للوصول إلى الانسحاب أو التأثير المرغوب.
- b- تأثير متناقض ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المهلوس.
- ملاحظة:** إن أعراض وعلامات السحب لم توثق للمهلوسات ولذلك لا ينطبق هذا المعيار.

■ يجب تحديد المهلوس المخصص.

حدّد ما إذا كان:

■ في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المهلوس في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المهلوس لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المهلوس" والذي قد يتواجد).

■ في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المهلوس في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المهلوس لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المهلوس" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

■ في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى المهلوس فيها.

يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسمام بهلوس، أو اضطراب عقلي آخر محدث بهلوس موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال مهلوس. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام مهلوس المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بهلوس (انظر ملاحظة الترميز للانسمام بهلوس، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بهلوس).

على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين اضطراب ذهاني محدث بهلوس واضطراب استعمال مهلوس، فيعطى فقط رمز اضطراب ذهاني محدث بهلوس، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال مهلوس هو خفيف، متوسط أو شديد: F16.159 لاضطراب استعمال مهلوس الخفيف مع انسمام بهلوس أو (F16.259) لاضطراب استعمال مهلوس المتوسط أو الشديد مع انسمام بهلوس.

تحديد الشدة الحالية / الهدأة:

- (F16.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.
- (F16.11) خفيف، في هدأة مبكرة.
- (F16.11) خفيف، في هدأة مستمرة.
- (F16.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.
- (F16.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F16.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F16.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F16.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F16.21) شديد، في هدأة مستمرة.

الانسام بفينسكلدين

Phencyclidine Intoxication

- A-** استخدام حديث للفينسكلدين (أو مادة شبيهة دوائياً).
- B-** تغييرات سلوكية إشكالية هامة (مثلاً، الميل للعراك، العدوانية، الاندفاعية، انعدام التوقع، هياج نفسي حركي، اختلال المحاكمة) تطورت أثناء استخدام فينسكلدين أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.
- C-** تطور اثنين (أو أكثر) من العلامات التالية في غضون ساعة:
- ملاحظة:** عندما يُدخّن العقار "يستنشق" أو يستعمل وريدياً، فالبدء قد يكون سريعاً بشكل خاص.

1. رَأْة عمودية أو أفقية.
2. ارتفاع الضغط أو تسرع القلب.

3. الخدر أو تناقص الاستجابة للألم.
 4. رنج.
 5. اختلال الكلام.
 6. صلابة عضلية.
 7. اختلاجات أو سبات.
 8. فرط الإحساس بالمنبهات السمعية.
- D-** لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يُفسرها اضطراب عقلي آخر متضمناً الانسمام بمادة أخرى.
- ملاحظة ترميزية:** إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الفينيسكلدين والانسمام بالفينيسكلدين. إذا وجد تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الفينيسكلدين الخفيف والانسمام بالفينيسكلدين فالرمز هو F16.120، إذا وجد وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الفينيسكلدين المتوسط أو الشديد والانسمام بالفينيسكلدين فالرمز هو F16.220. إذا لم يوجد اضطراب استعمال الفينيسكلدين مشارك فالرمز هو F16.920.

الانسمام بمهلوس آخر

Other Hallucinogen Intoxication

- A-** استخدام حديث للمهلوس (غير الفينيسكلدين).
- B-** تغييرات سلوكية أو نفسية إشكالية هامة (مثلاً، قلق أو اكتئاب واضح، أفكار الإشارة، الخوف من أن يفقد المرء عقله، تفكير اضطهادي، اختلال المحاكمة) تطورت أثناء استخدام المهلوس أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.
- C-** تغير إدراكي يحدث في حالة الوعي واليقظة الكاملين (مثلاً الشعور الذاتي بتكاثر الإدراكات، تبدد الشخصية، تبدد الواقع، الإخالات، الهلوس، synesthesia الحس

المتزامن) تطورت أثناء استخدام المهلوس أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.
D- تطور اثنين (أو أكثر) من العلامات التالية أثناء استخدام المهلوس أو بعد استخدامه بمدة قصيرة:

1. توسع الحدقات.
2. تسرع القلب.
3. تعرق.
4. الخفقان.
5. رؤية ضبابية.
6. رجفان.
7. عدم الاتساق.

E- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعالجها اضطراب عقلي آخر متضمناً الانسمام بمادة أخرى.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الفينيسكلدين والانسمام بمهلوس. إذا وجد تشارك مرضي بين اضطراب استعمال مهلوس الخفيف والانسمام بمهلوس فالرمز هو F16.120، إذا وجد وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال مهلوس المتوسط أو الشديد والانسمام بمهلوس فالرمز هو F16.220. إذا لم يوجد اضطراب استعمال مهلوس مشاركون فالرمز هو F16.920.

الاضطراب الإدراكي المستمر بالمهلوسات

Hallucinogen Persisting Perception Disorder (F16.983)

A- بعد توقف استعمال المهلوس، عودة اختبار (تجربة) عرض أو أكثر من الأعراض

الإدراكية التي اختبرت عند الانسمام بالمهلوس (مثال، هلاوس الأشكال الهندسية، إدراكات حركة زائفة في الحقول البصرية المحيطية، ومضات لونية، ألوان حادة، قوافل (تتابع) لخيالات أجسام متحركة، خيالات صريحة متبقية في الذهن، هالة حول الأشياء، رؤية مصغرة، رؤية مكبرة).

B- تسبب الأعراض في المعيار A إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- لا تُعزى الأعراض لحالة طبية أخرى (مثل آفات تشريحية وأخماج في الدماغ، حالات بصرية من الصرع) ولا يُفسرها بشكل أفضل اضطراب عقلي آخر (مثل، الهذيان، اضطراب عصبي معرفي جسيم، الفصام) أو هلاوس الصحو من النوم.

الاضطرابات العقلية المحدثة بفينسكلدين

Other Phencyclidine-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بفينسكلدين قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الذهاني المحدث بفينسكلدين، الاضطراب ثنائي القطب المحدث بفينسكلدين، الاضطراب الاكتئابي المحدث بفينسكلدين، اضطراب القلق المحدث بفينسكلدين، بالنسبة لهذيان الانسمام بفينسكلدين وهذيان الانسمام بكيثامين استعمل على النحو الموصوف فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه الاضطرابات المحدثة بفينسكلدين تشخص عوضاً عن تشخيص الانسمام بفينسكلدين فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

الاضطرابات العقلية المحدثة بمهلوس آخر

Other Hallucinogen-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بمهلوس آخر قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الذهاني المحدث بمهلوس آخر، الاضطراب ثنائي القطب المحدث بمهلوس آخر، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمهلوس آخر، اضطراب القلق المحدث بمهلوس آخر، بالنسبة لهذيان الانسمام بمهلوس آخر وهذيان الانسمام بمهلوس آخر استعمل على النحو الموصوف فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه الاضطرابات المحدثة بمهلوس آخر تشخص عوضاً عن تشخيص الانسمام بمهلوس فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بفينسكلدين غير محدد

Unspecified Phencyclidine-Related Disorder (F16.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بفينسكلدين والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تف بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بفينسكلدين. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

اضطراب متعلق بمهلوس غير محدد

Unspecified Hallucinogen-Related Disorder (F16.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بمهلوس والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بمهلوس. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.



الاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات

Inhalant-Related Disorders

اضطراب استعمال المستنشقات

الانسمام بالمستنشقات

الاضطرابات العقلية المحدثة بالمستنشقات

اضطراب متعلق بالمستنشقات غير محدد

اضطراب استعمال المستنشقات

Inhalant Use Disorder

A- نمط إشكالي من استعمال المواد المستنشقة ذات الأساس الهيدروكربوني مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:

1. غالباً ما تؤخذ المادة المستنشقة بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المادة المستنشقة.
3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على المادة المستنشقة، وتعاطي المادة المستنشقة، أو للتعافي من آثارها.
4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المادة المستنشقة.
5. استعمال المادة المستنشقة المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور

- الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل.
6. استمرار استعمال المادة المستنشقة على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيراتها.
7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال المادة المستنشقة.
8. تكرار استعمال المادة المستنشقة في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً.
9. واستمر استخدام المادة المستنشقة رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقت بسبب المادة.
10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
- a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المادة المستنشقة للوصول إلى الانسجام أو التأثير المرغوب.
- b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المادة المستنشقة.

حدّد المادة المستنشقة:

عندما يكون بالإمكان فالمادة المعينة يجب تسميتها (مثلاً اضطراب استعمال المذيبات).

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المستنشقات في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المستنشقات لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المستنشقات" والذي قد يتواجد).
- في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المستنشقات في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المستنشقات لمدة 12

شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المستنشقات" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

■ في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى المواد المستنشقة فيها.

يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسمام بمادة مستنشقة، أو اضطراب عقلي آخر محدث بمادة مستنشقة موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال مادة مستنشقة. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام مادة مستنشقة المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بمادة مستنشقة (انظر ملاحظة الترميز للانسمام بمادة مستنشقة، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بمادة مستنشقة).

على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين اضطراب اكتئابي محدث بمادة مستنشقة واضطراب استعمال مادة مستنشقة، فيعطى فقط رمز اضطراب اكتئابي محدث بمادة مستنشقة، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال مادة مستنشقة هو خفيف، متوسط أو شديد: F18.14 لاضطراب استعمال مادة مستنشقة الخفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة مستنشقة أو (F18.24) لاضطراب استعمال مادة مستنشقة المتوسط أو الشديد مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة مستنشقة.

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

- (F18.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.
- (F18.11) خفيف، في هدأة مبكرة.
- (F18.11) خفيف، في هدأة مستمرة.
- (F18.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.

- (F18.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F18.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F18.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F18.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F18.21) شديد، في هدأة مستمرة.

الانسام بالمستنشقات

Inhalant Intoxication

- A-** تعرض حديث متعمد أو غير متعمد قصير الفترة، لجرعات عالية من المادة المستنشقة، بما في ذلك الهيدروكربونات الطيارة مثل البنزين والتولوين.
- B-** تغيرات سلوكية أو تغيرات نفسية إشكالية مهمة سريرياً (مثل، الميل للعراك، العدوانية، اللامبالاة الشعورية، اختلال المحاكمة) تطورت أثناء التعرض للمستنشقات أو بعد ذلك بمدة قصيرة.
- C-** تطور اثنين (أو أكثر) من العلامات التالية في غضون ساعتين من استخدام المستنشقات:

1. دوار.
2. رؤية.
3. عدم التناسق.
4. كلام متاقل.
5. مشية غير متزنة.
6. وسن.
7. تثبط المنعكسات.
8. بطء نفسي حركي.

9. رُعاش.

10. ضعف عضلي معمم.

11. عدم وضوح الرؤية أو ازدواج الرؤية (شفع).

12. ذهول أو سبات.

13. زهو.

D- لا تنجم الأعراض والعلامات عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر متضمناً الانسمام بمادة أخرى.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الفينيسكلدين والانسمام بمهلوس. إذا وجد تشارك مرضي بين اضطراب استعمال مهلوس الخفيف والانسمام بمهلوس فالرمز هو F18.120، إذا وجد وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال مهلوس المتوسط أو الشديد والانسمام بمهلوس فالرمز هو F18.220. إذا لم يوجد اضطراب استعمال مهلوس مشترك فالرمز هو F18.920.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالمستنشقات

Other Inhalant-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بالمستنشقات قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الذهاني المحدث بالمستنشقات، اضطراب اكتئابي محدث بالمستنشقات، اضطراب القلق المحدث بالمستنشقات، اضطراب عصبي معرفي معتدل أو جسيم محدث بالمستنشقات، بالنسبة لهذين الانسمام بالمستنشقات فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه

الاضطرابات المحدثة بالمستنشقات تشخص عوضاً عن تشخيص الانسحاب بالمستنشقات فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بالمستنشقات غير محدد

Unspecified Inhalant-Related Disorder (F18.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفى بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.



الاضطرابات المتعلقة بالأفيون

Opioid-Related Disorders

اضطراب استعمال الأفيون

الانسحاب بالأفيون

سحب الأفيون

الاضطرابات العقلية المحدثة بالأفيون

اضطراب متعلق بالأفيون غير محدد

اضطراب استعمال الأفيون

Opioid Use Disorder

- A- نمط إشكالي من استعمال الأفيون مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:
1. غالباً ما تؤخذ الأفيونات بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
 2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام الأفيون.
 3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على الأفيون، وتعاطي الأفيون، أو للتعافي من آثاره.
 4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الأفيون.
 5. استعمال الأفيون المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في

العمل، المدرسة، أو المنزل.

6. استمرار استعمال الأفيون على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات الأفيون.

7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال الأفيون.

8. تكرار استعمال الأفيون في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً.

9. استمرار استخدام الأفيون رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقت بسبب الأفيون.

10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:

a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات الأفيونات للوصول إلى الانسجام أو التأثير المرغوب.

b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الأفيون.

ملاحظة: لا يعتبر هذا المعيار متحققاً لأولئك الذين يستعملون الأفيونات تحت الرقابة الطبية المناسبة حصراً.

11. السحب كما يتجلى بأي مما يلي:

a- متلازمة السحب المميزة للأفيون (يرجى الرجوع إلى المعايير A و B من المعايير المحددة لسحب الأفيون).

b- تؤخذ الأفيونات (أو مادة ذات صلة وثيقة) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

ملاحظة: لا يعتبر هذا المعيار متحققاً لأولئك الذين يستعملون الأفيونات تحت الرقابة الطبية المناسبة حصراً.

تحديد ما إذا كان:

■ في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الأفيون في وقت

سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال الأفيون لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الأفيون" والذي قد يتواجد).

■ في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الأفيون في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال الأفيون لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الأفيون" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

■ على علاج محافظ: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد يستعمل علاجاً موصوفاً مشابهاً كالميثادون أو البوبرينورفين ولم تتحقق أي من المعايير لاضطراب استعمال الأفيون لهذه الفئة من الأدوية (عدا التحمل أو السحب من المشابه). وتنطبق هذه الفئة على أولئك الأفراد الذين استمروا على مماثل جزئي أو مماثل/مضاد أو مضاد بشكل كامل كالنالتركسون الفموي أو النالتركسون مديد المفعول.

■ في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى الأفيون فيها.

يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسحاب بالأفيون، سحب الأفيون، أو اضطراب عقلي آخر محدث بالأفيون موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال الأفيون. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام الأفيون المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بالأفيون (انظر ملاحظة الترميز للانسحاب بالأفيون، سحب الأفيون، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بالأفيون).

على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين اضطراب اكتئابي محدث بالأفيون واضطراب استعمال الأفيون، فيعطى فقط رمز اضطراب اكتئابي محدث بالأفيون، مع

الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال الأفيون هو خفيف، متوسط أو شديد: F11.14 لاضطراب استعمال الأفيون الخفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بالأفيون أو (F11.24) لاضطراب استعمال الأفيون المتوسط أو الشديد مع اضطراب اكتئابي محدث بالأفيون.

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

- (F11.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.
- (F11.11) خفيف، في هدأة مبكرة.
- (F11.11) خفيف، في هدأة مستمرة.
- (F11.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.
- (F11.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F11.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F11.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F11.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F11.21) شديد، في هدأة مستمرة.

الانسحاب بالأفيون

Opioid Intoxication

- A- استخدام حديث للأفيون.
- B- تغييرات سلوكية أو نفسية إشكالية مهمة سريريًا (مثل، مثل زهو بدئي يتبعه فتور انفعالي أو سوء المزاج أو هياج أو بطء نفسي حركي أو اختلال المحاكمة) تطورت أثناء استخدام الأفيون أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.
- C- تضيق حدقة (أو توسع حدقة ناجم عن عوز أوكسجين بسبب فرط الجرعة الشديد)

مع علامة (أو أكثر) من العلامات التالية، تتطور أثناء استخدام الأفيون أو بعد ذلك بفترة قصيرة:

1. نعاس أو سبات.

2. كلام متناقل.

3. تدني الانتباه أو الذاكرة.

D- لا تنجم الأعراض أو العلامات عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر متضمناً الانسمام بمادة أخرى.

حدّد إذا كان:

■ مع اضطرابات إدراكية: نستعمل هذا المحدد في حالات نادرة حيث تحدث الهلوس مع سلامة اختبار الواقع أو إخلالات سمعية أو بصرية أو لمسية في غياب الهذيان.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الأفيون وعلى وجود أو عدم وجود تشارك مرضي مع الاضطرابات الإدراكية.

■ للانسمام بالأفيون دون اضطرابات إدراكية: إن الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال الأفيون الخفيف المتشارك مرضياً هو F11.120، على حين أن اضطراب استعمال الأفيون المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F11.220، إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الأفيون فالرمز هو F11.920.

■ للانسمام بالأفيون مع اضطرابات إدراكية: إن الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال الأفيون الخفيف المتشارك مرضياً مع اضطرابات إدراكية هو F11.122، على حين أن اضطراب استعمال الأفيون المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي مع اضطرابات إدراكية فالرمز هو F11.222، إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الأفيون فالرمز هو F11.922.

سحب الأفيون

Opioid Withdrawal (F11.23)

A- وجود أيًا مما يلي:

1. إيقاف (أو إنقاص) استخدام الأفيون والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة، (مثلًا، استعمال على فترة عدة أسابيع أو أكثر).

2. تطبيق مضاد مورفيني بعد فترة من استعمال الأفيون.

B- ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض والعلامات التالية، تتطور خلال دقائق إلى عدة أيام بعد المعيار A:

1. سوء مزاج.

2. غثيان أو إقياء.

3. آلام عضلية.

4. دُماع أو ثَرَّ أنفي.

5. توسّع حدقة أو انتصاب شعر أو تعرق.

6. إسهال.

7. تشاؤب.

8. حمى.

9. أرق.

C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدنيًا أو إحباطًا ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

D- لا تُعزى الأعراض والعلامات إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن الانسحاب أو السحب من مادة أخرى.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM لسحب الأفيون يعتمد على وجود أو عدم

وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال الأفيون وسحب الأفيون. إذا كان اضطراب استخدام الأفيون الخفيف مرضياً، فإن رمز ICD-10-CM هو F11.13، وإذا كان اضطراب استخدام الأفيون متوسطاً أو شديداً، فإن رمز ICD-10-CM هو F11.23. بالنسبة لسحب الأفيون الذي يحدث في غياب اضطراب استعمال الأفيون (على سبيل المثال، في المريض الذي يستعمل الأفيون فقط تحت إشراف طبي مناسب)، يكون رمز ICD-10-CM هو F11.93.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالأفيون

Other Opioid-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بالأفيون قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الاكتئابي المحدث بالأفيون، اضطراب القلق المحدث بالأفيون، اضطراب النوم المحدث بالأفيون، اختلال الوظيفة الجنسية المحدث بالأفيون، بالنسبة لهذيان الانسمام بالأفيون وهذيان سحب الأفيون فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه الاضطرابات المحدثة بالأفيون تشخص عوضاً عن تشخيص الانسمام بالأفيون أو سحب الأفيون فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بالأفيون غير محدد

Unspecified Opioid-Related Disorder (F11.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات

المتعلقة بالأفيون والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تنفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالأفيون. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق

Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorders

اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق

الانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق

سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق

الاضطرابات العقلية المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق

اضطراب متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محدد

اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Use Disorder

A- نمط إشكالي من استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:

1. غالباً ما تؤخذ المهدئات والمنومات ومضادات القلق بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المهدئات

- والمنومات ومضادات القلق.
3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على المهدئات والمنومات ومضادات القلق، وتعاطي المهدئات والمنومات ومضادات القلق، أو للتعافي من آثارها.
 4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق.
 5. استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل (مثلاً تغيب متكرر عن العمل، أو أداء منخفض في العمل متعلق باستخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق، غيابات أو تعليقات أو طرد من المدرسة متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، إهمال الأطفال أو أعمال المنزل).
 6. استمرار استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات المهدئات والمنومات ومضادات القلق (الجدل مع الزوج حول عواقب الانسحاب، العراك الجسدي).
 7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق.
 8. تكرر استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً (قيادة مركبة أو آلة عمل عندما يكون تحت تأثير المهدئات والمنومات ومضادات القلق مثلاً).
 9. استمر استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقمت بسبب المهدئات والمنومات ومضادات القلق.

10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:

a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المهدئات والمنومات ومضادات القلق للوصول إلى الانسجام أو التأثير المرغوب.

b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المهدئات والمنومات ومضادات القلق.

ملاحظة: لا يعتبر هذا المعيار متحققاً لأولئك الذين يستعملون المهدئات والمنومات ومضادات القلق تحت الرقابة الطبية المناسبة حصراً.

11. السحب كما يتجلى بأي مما يلي:

a- متلازمة السحب المميزة للمهدئات والمنومات ومضادات القلق (يرجى الرجوع إلى المعايير A و B من المعايير المحددة لسحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق).

b- تؤخذ المهدئات والمنومات ومضادات القلق (أو مادة ذات صلة وثيقة) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

ملاحظة: لا يعتبر هذا المعيار متحققاً لأولئك الذين يستعملون المهدئات والمنومات ومضادات القلق تحت الرقابة الطبية المناسبة حصراً.

تحديد ما إذا كان:

■ في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق" والذي قد يتواجد).

■ في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء

المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

■ في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى المهدئات والمنومات ومضادات القلق فيها.

يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق، أو اضطراب عقلي آخر يحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق (انظر ملاحظة الترميز للانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق).

على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين اضطراب اكتئابي يحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق واضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق، فيعطى فقط رمز اضطراب اكتئابي يحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق هو خفيف، متوسط أو شديد: F13.14 لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق الخفيف مع اضطراب اكتئابي يحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق أو (F13.24) لاضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق المتوسط أو الشديد مع اضطراب اكتئابي يحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

■ (F13.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.

- (F13.11) خفيف، في هدأة مبكرة.
- (F13.11) خفيف، في هدأة مستمرة.
- (F13.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.
- (F13.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F13.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F13.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F13.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F11.21) شديد، في هدأة مستمرة.

الانسسام بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication

- A- استخدام حديث للمهدئات والمنومات ومضادات القلق.
- B- تغيّرات سلوكية إشكالية أو تغيّرات نفسية مهمة سريريّاً (سلوك جنسي غير مناسب أو سلوك عدواني، عدم استقرار المزاج، اختلال المحاكمة) تطورت أثناء استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق أو بعد استخدامها بمدة قصيرة.
- C- تطور واحد (أو أكثر) من العلامات التالية أثناء استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق أو بعد استخدامها بمدة قصيرة:
1. كلام متناقل.
 2. عدم التناسق.
 3. مشية غير متزنة.
 4. رَأْأَة.
 5. تدني القدرات المعرفية (مثل الانتباه أو الذاكرة).

6. ذهول أو سبات.

D- لا تُعزى الأعراض والعلامات لحالة طبية أخرى ولا يُفسرها بشكل أفضل اضطراب عقلي آخر، متضمناً الانسحاب بمادة أخرى.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق والانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق. إذا وجد تشارك مرضي بين اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق الخفيف والانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق فالرمز هو F13.120، إذا وجد وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق المتوسط أو الشديد والانسحاب بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق فالرمز هو F13.220، إذا لم يوجد اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق مشارك فالرمز هو F13.920.

سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal (F12.288)

A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق والذي كان مطولاً.

B- اثنان (أو أكثر) مما يلي، تتطور خلال ساعات إلى عدة أيام بعد إنقاص أو إيقاف المهدئات والمنومات ومضادات القلق الموصوف في المعيار A:

1. فرط نشاط ذاتي (مثل التعرق أو ازدياد سرعة القلب أكثر من 100).

2. رعاش اليد.

3. أرق.

4. غثيان أو إقياء.

5. هلاوس بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة أو إخلالات.

6. هياج نفسي حركي.

7. قلق.

8. نوبات اختلاجية كبرى.

- C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D- لا تُعزى الأعراض والعلامات إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن الانسحاب أو السحب من مادة أخرى.

حدد إذا كان:

- مع اضطرابات إدراكية: يمكن لحظ هذا المحدد عند حدوث هلاوس مع سلامة اختبار الواقع، أو حدوث إخلالات سمعية أو بصرية أو لمسية في غياب الهذيان.
- ملاحظة للترميز:** في ICD-10-CM يعتمد الرمز على وجود أو غياب اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق وعلى وجود أو غياب اضطرابات إدراكية.
- لسحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق دون اضطرابات إدراكية: إذا وجد اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق خفيف فالرمز هو F13.130 وإذا كان اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق متوسطاً أو شديداً فالرمز F13.230. وإذا لم يوجد اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق (كالمرضى الذين يستعملون المهدئات والمنومات ومضادات القلق حصراً تحت إشراف طبي مناسب) فالرمز F13.930.
- لسحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق مع اضطرابات إدراكية: إذا وجد اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق خفيف فالرمز هو F13.132 وإذا كان اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق متوسطاً أو شديداً فالرمز F13.232. وإذا لم يوجد اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق (كالمرضى الذين يستعملون المهدئات والمنومات ومضادات القلق حصراً تحت إشراف طبي مناسب) فالرمز F13.932.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق

Other Sedative-, Hypnotic or Anxiolytic-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الذهاني المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب ثنائي القطب المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب اكتئابي محدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب القلق المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب النوم المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اختلال الوظيفة الجنسية محدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق، اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل محدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.

بالنسبة لهذيان الانسمام بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق وهذيان السحب من المهدئات والمنومات ومضادات القلق فانظر إلى المعايير والنقاش حول الهذيان في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه الاضطرابات المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق تشخص عوضاً عن تشخيص الانسمام بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق أو سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريريّاً.

اضطراب متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محدد

Unspecified Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorder (F13.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.



الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات

Stimulant-Related Disorders

اضطراب استعمال المنشطات

الانسحاب بالمنشطات

سحب المنشطات

الاضطرابات العقلية المحدثة بالمنشطات

اضطراب متعلق بالمنشطات غير محدد

اضطراب استعمال المنشطات

Stimulant Use Disorder

A- نمط إشكالي من استعمال مادة ذات نمط الأمفيتامين، الكوكايين، أو المنشطات الأخرى مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:

1. غالباً ما تؤخذ المنشطات بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المنشطات.
3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على المنشطات، وتعاطي المنشطات، أو للتعافي من آثارها.
4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المنشطات.

5. استعمال المنشطات المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل.
 6. استمرار استعمال المنشطات على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات المنشطات.
 7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال المنشطات.
 8. تكرار استعمال المنشطات في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً.
 9. استمرار استخدام المنشطات رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقمت بسبب المنشطات.
 10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
 - a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المنشطات للوصول إلى الانسجام أو التأثير المرغوب.
 - b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المنشطات.
- ملاحظة:** لا يعتبر هذا المعيار متحققاً لأولئك الذين يستعملون المنشطات تحت الرقابة الطبية المناسبة حصراً كالأدوية المستعملة لاضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو النوم الانتيابي.
11. السحب كما يتجلى بأي مما يلي:
 - a- متلازمة السحب المميزة للمنشطات (يرجى الرجوع إلى المعايير A و B من المعايير المحددة لسحب المنشطات).
 - b- تؤخذ المنشطات (أو مادة ذات صلة وثيقة) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.
- ملاحظة:** لا يعتبر هذا المعيار متحققاً لأولئك الذين يستعملون المنشطات تحت الرقابة

الطبية المناسبة حصراً كأدوية المستعملة لاضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو النوم الانتيابي.

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المنشطات في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المنشطات لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المنشطات" والذي قد يتواجد).
- في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال المنشطات في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال المنشطات لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المنشطات" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى المنشطات فيها.
- يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسحاب بمادة ذات نمط الأمفيتامين، سحب مادة ذات نمط الأمفيتامين، أو اضطراب عقلي آخر محدث بمادة ذات نمط الأمفيتامين موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال مادة ذات نمط الأمفيتامين. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام مادة ذات نمط الأمفيتامين المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بمادة ذات نمط الأمفيتامين (انظر ملاحظة الترميز للانسحاب بمادة ذات نمط الأمفيتامين، سحب مادة ذات نمط الأمفيتامين، أو الاضطراب العقلي المحدث بمادة ذات نمط الأمفيتامين).
- على سبيل المثال، إذا كان هناك تشاكر مرضي بين اضطراب اكتئابي محدث بالأمفيتامين واضطراب استعمال الأمفيتامين، فيعطى فقط رمز اضطراب اكتئابي

محدث بالأمفيتامين، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال الأمفيتامين هو خفيف، متوسط أو شديد: F15.14 لاضطراب استعمال الأمفيتامين الخفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بالأمفيتامين أو (F15.24) لاضطراب استعمال الأمفيتامين المتوسط أو الشديد مع اضطراب اكتئابي محدث بالأمفيتامين. (تنطبق التعليمات الخاصة بمواد ذات نمط الأمفيتامين أيضاً على الانسحاب بمنشطات أخرى أو غير محددة، أو سحب منشطات أخرى أو غير محددة، أو الاضطراب العقلي المحدث بمنشطات أخرى أو غير محددة). وبالمثل، إذا كان هناك اضطراب اكتئابي محدث بالكوكايين واضطراب استعمال الكوكايين، فإن الاضطراب الاكتئابي المحدث بالكوكايين يعطى فقط رمز الاضطراب، حيث يشير الرقم الرابع إلى ما إذا كان اضطراب استعمال الكوكايين المرضي المصاحب خفيفاً، أو متوسطاً أو شديداً: F14.14 لاضطراب استعمال الكوكايين الخفيف المصاحب باضطراب اكتئابي محدث بالكوكايين أو F14.24 لاضطراب استعمال الكوكايين المتوسط أو الشديد المصاحب باضطراب اكتئابي محدث بالكوكايين.

تحديد الشدة الحالية / الهدأة:

■ خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.

(F15.10) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.10) كوكايين

(F15.10) منشط آخر أو غير محدد

■ خفيف: في هدأة مبكرة.

(F15.11) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.11) كوكايين

(F15.11) منشط آخر أو غير محدد

■ خفيف: في هدأة مستمرة.

(F15.11) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.11) كوكايين

(F15.11) منشط آخر أو غير محدد

■ متوسط: وجود 4-5 أعراض.

(F15.20) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.20) كوكايين

(F15.20) منشط آخر أو غير محدد

■ متوسط: في هدأة مبكرة.

(F15.21) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.21) كوكايين

(F15.21) منشط آخر أو غير محدد

■ متوسط: في هدأة مستمرة.

(F15.21) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.21) كوكايين

(F15.21) منشط آخر أو غير محدد

■ شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.

(F15.20) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.20) كوكايين

(F15.20) منشط آخر أو غير محدد

■ شديد: في هدأة مبكرة.

(F15.21) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.21) كوكايين

(F15.21) منشط آخر أو غير محدد

■ شديد: في هدأة مستمرة.

(F15.21) مادة ذات نمط الأمفيتامين

(F14.21) كوكايين

(F15.21) منشط آخر أو غير محدد

الانسحاب بالمنشطات

Stimulant Intoxication

- A- استخدام حديث لمادة ذات نمط الأمفيتامين، الكوكايين أو منشط آخر.
- B- تغيّرات سلوكية أو نفسية إشكالية مهمة سريرياً (مثل، نشوة أو تبلّد وجداني أو تغيّرات في الاختلاط الاجتماعي، أو فرط التيقّظ أو الحساسية الشخصية أو القلق أو التوتر أو الغضب أو سلوكيات نمطية أو اختلال المحاكمة) تطورت أثناء استخدام المنشط أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.
- C- اثنان من الأعراض أو العلامات التالية (أو أكثر) تطورت أثناء استخدام المنشط أو بعد الاستخدام مباشرة:
1. تسرّع أو بطء قلبي.
 2. توسع الحدقة.
 3. ارتفاع أو هبوط التوتر الشرياني.
 4. تعرّق أو قشعريرة.
 5. غثيان أو إقياء.
 6. دليل على فقدان وزن.
 7. هياج أو بطء نفسي حركي.
 8. ضعف عضلي أو تثبيط تنفسي أو ألم صدري أو لانظميات قلبية.
 9. تخليط، أو نوبات اختلاجية أو سوء الحركة أو عسر المقوية أو سبات.

D- لا تنجم الأعراض أو العلامات عن حالة طبية عامة ولا يُفسرها بشكل أفضل اضطراب عقلي آخر متضمناً الانسمام بمادة أخرى.

حدّد المادة المسببة للانسمام

(مادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر).

حدّد إذا كان:

■ مع اضطرابات إدراكية: يستعمل هذا المحدد في حالات نادرة حيث تحدث الهلوس مع سلامة اختبار الواقع أو إخلالات سمعية أو بصرية أو لمسية في غياب الهذيان.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على كون المنشط هو مادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر وعلى وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال مادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر ووجود الاضطرابات الإدراكية.

للانسمام بمادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر دون اضطرابات إدراكية: إن الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال الأمفيتامين أو منشط آخر الخفيف المتشارك مرضياً هو F15.120. على حين أن اضطراب استعمال الأمفيتامين أو منشط آخر المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F15.220. إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الأمفيتامين أو منشط آخر فالرمز هو F15.920. وبشكل مشابه فإن اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف المتشارك مرضياً هو F14.120. على حين أن اضطراب استعمال الكوكايين المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F14.220. إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الكوكايين فالرمز هو F14.920.

للانسمام بمادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر مع اضطرابات إدراكية: إن الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال الأمفيتامين أو منشط آخر الخفيف المتشارك مرضياً هو F15.122. على حين أن اضطراب استعمال الأمفيتامين أو منشط آخر المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F15.222. إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب

استعمال الأمفيتامين أو منشط آخر فالرمز هو F15.922. وبشكل مشابه فإن اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف المتشارك مرضياً هو F14.122، على حين أن اضطراب استعمال الكوكايين المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F14.222، إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال الكوكايين فالرمز هو F14.922.

سحب المنشطات

Stimulant Withdrawal

- A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام مادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة.
- B- سوء مزاج مع اثنين (أو أكثر) من التغيرات الفيزيولوجية التالية، تتطور في غضون بضع ساعات إلى عدة أيام بعد تحقق المعيار A:
1. تعب.
 2. أحلام نشطة كريهة.
 3. أرق أو فرط نوم.
 4. ازدياد الشهية.
 5. بطء نفسي حركي أو هياج.
- C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D- لا تُعزى الأعراض والعلامات إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن الانسحاب أو السحب من مادة أخرى.
- حدّد المادة المسببة لمتلازمة السحب (مادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط

(آخر)

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على كون المنشط هو مادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر ويعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال لمادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر. إذا وجد تشارك مرضي لاستعمال خفيف لمادة من نمط الأمفيتامين، منشط آخر، فإن رمز ICD-10-CM هو F15.13. إذا وجد تشارك مرضي لاستعمال متوسط أو شديد لمادة من نمط الأمفيتامين، منشط آخر، فإن رمز ICD-10-CM هو F15.23. بالنسبة لسحب مادة من نمط الأمفيتامين أو منشط آخر والذي يحدث في غياب استعمال مادة ذات نمط الأمفيتامين، منشط آخر (على سبيل المثال، في المريض الذي يتناول الأمفيتامين فقط تحت إشراف طبي مناسب)، يكون رمز ICD-10-CM هو F15.93. إذا وجد تشارك مرضي لاضطراب استعمال الكوكايين الخفيف فإن رمز ICD-10-CM هو F14.13. إذا وجد تشارك مرضي لاضطراب استعمال الكوكايين المتوسط أو الشديد فإن رمز ICD-10-CM هو F14.23. بالنسبة لسحب الكوكايين الذي يحدث في حالة عدم وجود اضطراب استعمال الكوكايين، فإن رمز ICD-10-CM هو F14.93.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالمنشطات

Other Stimulant-Induced Disorders

الاضطرابات التالية المحدثة بالمنشطات (المتضمن الاضطراب المحدث بالمادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر) قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الذهاني المحدث بالمنشطات، الاضطراب ثنائي القطب المحدث بالمنشطات، الاضطراب الاكتئابي المحدث بالمنشطات، اضطراب القلق

المحدث بالمنشطات، اضطراب الوسواس القهري المحدث بالمنشطات، اضطراب النوم المحدث بالمنشطات، اختلال الوظيفة الجنسية المحدث بالمنشطات، اضطراب عصبي معرفي خفيف محدث بالمنشطات. بالنسبة لهذين الانسمام بالمنشطات والهذيان المحدث بالمنشطات التي تستعمل على النحو الموصوف، فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه الاضطرابات المحدثة بالمنشطات تشخص عوضاً عن تشخيص الانسمام بالمنشطات أو سحب المنشطات فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بالمنشطات غير محدد

Unspecified Stimulant-Related Disorder

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالمنشطات والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

ملاحظة للترميز: ان الرمز في ICD-10-CM يعتمد على كون المنشط هو أمفيتامين، كوكايين، أو منشط آخر. الرمز في حال اضطراب متعلق بالأمفيتامين ومنشط آخر غير محدد هو F15.99. على حين ان رمز اضطراب متعلق بالكوكايين غير محدد F14.99.

الاضطرابات المتعلقة بالتبغ Tobacco-Related Disorders

اضطراب استعمال التبغ

سحب التبغ

الاضطرابات العقلية المحدثة بالتبغ

اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد

اضطراب استعمال التبغ

Tobacco Use Disorder

- A- نمط إشكالي من استعمال التبغ مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:
1. غالباً ما يؤخذ التبغ بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
 2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام التبغ.
 3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على التبغ، وتعاطي التبغ، أو للتعافي من آثاره.
 4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام التبغ.
 5. استعمال التبغ المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في

- العمل، المدرسة، أو المنزل (التداخل مع العمل مثلاً).
6. استمرار استعمال التبغ على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات التبغ (الجدل مع الآخرين حول استعمال التبغ).
7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال التبغ.
8. تكرار استعمال التبغ في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً (التدخين في السرير).
9. استمر استخدام التبغ رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقت بسبب التبغ.
10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
- a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات التبغ للوصول إلى التأثير المرغوب.
- b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من التبغ.
11. السحب كما يتجلى بأي مما يلي:
- a- متلازمة السحب المميزة للتبغ (يرجى الرجوع إلى المعايير A و B من المعايير المحددة لسحب التبغ).
- b- يؤخذ التبغ (أو مادة ذات صلة وثيقة كالنيكوتين) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال التبغ في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال التبغ لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4 "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام التبغ" والذي قد يتواجد).
- في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال التبغ في وقت

سابق، لم تتحقق أياً من المعايير لاضطراب استعمال التبغ لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "الشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام التبغ" والذي قد يتواجد).

تحديد ما إذا كان:

- على علاج محافظ: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد يستعمل علاجاً موصوفاً مشابهاً كالنيكوتين التعويضي ولم تتحقق أي من المعايير لاضطراب استعمال التبغ لهذه الفئة من الأدوية (عدا التحمل أو السحب من النيكوتين التعويضي).
- في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى التبغ فيها.
- يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان سحب التبغ، أو اضطراب نوم محدث بالتبغ موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال التبغ. بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام التبغ المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بالتبغ (انظر ملاحظة الترميز للانسمام بالتبغ، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بالتبغ).
- على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين اضطراب نوم محدث بالتبغ واضطراب استعمال التبغ، فيعطى فقط رمز اضطراب نوم محدث بالتبغ. مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال التبغ هو متوسط أو شديد: F17.208 لاضطراب استعمال التبغ المتوسط أو الشديد مع اضطراب نوم محدث بالتبغ. من غير الجائر ترميز اضطراب استعمال تبغ خفيف مع اضطراب نوم محدث بالتبغ.

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

- (Z72.0) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.
- (F17.200) متوسط: وجود 4-5 أعراض.

- (F17.201) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F17.201) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F17.200) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F17.201) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F17.201) شديد، في هدأة مستمرة.

سحب التبغ

Tobacco Withdrawal (F17.203)

- A- استخدام يومي للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل.
- B- توقف مفاجئ لاستعمال التبغ أو إنقاص الكمية المستعملة، متبوعاً بأربعة (أو أكثر) من الأعراض والعلامات التالية وذلك خلال 24 ساعة:
1. زيادة الانفعال، غضب، إحباط.
 2. قلق.
 3. صعوبة التركيز.
 4. زيادة الشهية.
 5. تملل.
 6. مزاج مكتئب.
 7. أرق.
- C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D- لا تُعزى الأعراض والعلامات إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن الانسحاب أو السحب من مادة أخرى.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM لسحب التبغ هو F17.203. لاحظ أن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال التبغ المتوسط والشديد وسحب التبغ. مما يعكس حقيقة أن سحب التبغ يمكن أن يحدث فقط بوجود اضطراب استعمال التبغ المتوسط أو الشديد.

الاضطرابات العقلية المحدثة بالتبغ

Other Tobacco-Induced Disorders

اضطراب النوم المحدث بالتبغ، نوقش في فصل "اضطرابات النوم -اليقظة" (انظر إلى اضطراب النوم المحدث بمادة/دواء).

اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد

Unspecified Tobacco-Related Disorder (F17.209)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالتبغ والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تتف بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالتبغ. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

الاضطرابات المتعلقة بمادة أخرى (أو غير معروفة)

Other (or Unknown) Substance-Related Disorders

اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة)

الانسحاب بمادة أخرى (أو غير معروفة)

سحب مادة أخرى (أو غير معروفة)

الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة أخرى (أو غير معروفة) \

اضطراب متعلق بمادة أخرى (أو غير معروفة) غير محدد

اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة)

Other (or Unknown) Substance Use Disorder

A- نمط إشكالي من استعمال مادة مسممة مع عدم القدرة على تصنيفها ضمن فئات: الكحول، كافيين، الحشيش، المهلوسات (الفينس كلدين وغيره)، المستنشقات، الأفيون، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، المنشطات، أو التبغ، مما يؤدي إلى إحباط وضع سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:

1. غالباً ما تؤخذ المادة بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المادة.
3. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على المادة،

- وتعاطي المادة، أو للتعافي من آثارها.
4. اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام المادة.
 5. استعمال المادة المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة، أو المنزل.
 6. استمرار استعمال المادة على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات المادة.
 7. التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال المادة.
 8. تكرار استعمال المادة في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً.
 9. واستمر استخدام المادة رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقت بسبب المادة.
 10. التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:
 - a- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المادة للوصول إلى الانسجام أو التأثير المرغوب.
 - b- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المادة.
 11. السحب كما يتجلى بأي مما يلي:
 - a- متلازمة السحب المميزة للمادة الأخرى (أو غير المعروفة) (يرجى الرجوع إلى المعايير A و B من المعايير المحددة لسحب المادة الأخرى (أو غير المعروفة).
 - b. تؤخذ المادة (أو مادة ذات صلة وثيقة) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) في وقت سابق، لم تتحقق أيًا من المعايير لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً (مع استثناء المعيار A4،

"اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام مادة أخرى (أو غير معروفة)" والذي قد يتواجد).

- في هداة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) لمدة 12 شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4، "اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام مادة أخرى (أو غير معروفة)" والذي قد يتواجد).

تحدید ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: ويستخدم هذا المحدد الإضافي، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول فيها إلى المادة الأخرى (أو غير المعروفة).
- يستند الرمز على الشدة الحالية/الهدأة: إذا كان الانسمام بمادة أخرى (أو غير معروفة)، سحب مادة أخرى (أو غير معروفة)، أو اضطراب عقلي آخر محدث بمادة أخرى (أو غير معروفة) موجود أيضاً، فلا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة). بدلاً من ذلك، فاضطراب استخدام مادة أخرى (أو غير معروفة) المشترك يشار إليه في الرقم الرابع من رمز الاضطراب المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة) انظر ملاحظة الترميز للانسمام بمادة أخرى (أو غير معروفة)، سحب مادة أخرى (أو غير معروفة)، أو الاضطراب العقلي المحدد المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة).
- على سبيل المثال، إذا كان هناك تشارك مرضي بين اضطراب اكتئابي محدث بمادة أخرى (أو غير معروفة) واضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة)، فيعطى فقط رمز اضطراب اكتئابي محدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، مع الرقم الرابع لبيان ما إذا كان التشارك المرضي لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) هو خفيف، متوسط أو شديد: F19.14 لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) الخفيف مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة أخرى (أو غير معروفة) أو (F19.24) لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) المتوسط أو الشديد مع اضطراب اكتئابي محدث بمادة أخرى (أو غير

معروفة).

تحديد الشدة الحالية/الهدأة:

- (F19.10) خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.
- (F19.11) خفيف، في هدأة مبكرة.
- (F19.11) خفيف، في هدأة مستمرة.
- (F19.20) متوسط: وجود 4-5 أعراض.
- (F19.21) متوسط، في هدأة مبكرة.
- (F19.21) متوسط، في هدأة مستمرة.
- (F19.20) شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر.
- (F19.21) شديد، في هدأة مبكرة.
- (F19.21) شديد، في هدأة مستمرة.

الانسسام بمادة أخرى (أو غير معروفة)

Other (or Unknown) Substance Intoxication

- A-** تطور متلازمة عكوسة محددة للمادة والتي تُعزى لاستهلاك (أو التعرض) لمادة غير مدرجة في مكان آخر أو غير معروفة.
- B-** تغييرات سلوكية إشكالية أو تغييرات نفسية مهمة سريرياً والتي تُعزى لتأثيرات المادة على الجهاز العصبي المركزي (مثلاً ضعف في التناسق الحركي، هياج أو بطء نفسي حركي، زهو، قلق، الميل للعراك، عدم استقرار المزاج، انخفاض معرفي، اختلال المحاكمة، الانسحاب الاجتماعي) تطورت أثناء استخدام المادة أو بعد استخدامها بمدة قصيرة.
- C-** لا تُعزى الأعراض أو العلامات لحالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب

عقلي آخر متضمناً الانسمام بمادة أخرى.

حدّد ما إذا كان:

مع اضطرابات إدراكية: يمكن ملاحظة هذا المحدد عند حدوث هلاوس مع اختبار الواقع السليم أو الإخالات السمعية أو البصرية أو اللمسية في غياب الهذيان.

ملاحظة ترميزية: إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشترك مرضي مع اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) وعلى وجود أو عدم وجود تشترك مرضي مع الاضطرابات الإدراكية.

■ للانسمام بمادة أخرى (أو غير معروفة) دون اضطرابات إدراكية: ان الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) الخفيف المتشارك مرضياً هو F19.120، على حين أن اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) المتوسط أو الشديد مع تشترك مرضي فالرمز هو F19.220، إذا لم يوجد تشترك مرضي مع اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) فالرمز هو F19.920.

■ للانسمام بمادة أخرى (أو غير معروفة) مع اضطرابات إدراكية: ان الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) الخفيف المتشارك مرضياً مع اضطرابات إدراكية هو F19.122، على حين أن اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) المتوسط أو الشديد مع تشترك مرضي مع اضطرابات إدراكية فالرمز هو F19.222، إذا لم يوجد تشترك مرضي مع اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) فالرمز هو F19.922.

سحب مادة أخرى (أو غير معروفة)

Other (or Unknown) Substance Withdrawal (F19.239)

- A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام مادة والذي كان كثيفاً ومطولاً.
- B- تطور متلازمة محددة للمادة بعد إيقاف (أو إنقاص) استعمال المادة بفترة قصيرة.
- C- تسبب المتلازمة المحددة للمادة تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.
- D- لا تُعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن السحب من مادة أخرى.
- E- المادة المتهمّة لا يمكن تصنيفها تحت أي من فئات المواد الأخرى: (الكحول، كافيين، الحشيش، الأفيون، المهدئات والمنومات ومضادات القلق، المنشطات، أو التبغ) أو غير معروفة.

حدّد ما إذا كان:

- مع اضطرابات إدراكية: يمكن ملاحظة هذا المحدد عند حدوث هلاوس مع اختبار الواقع السليم أو الإخالات السمعية أو البصرية أو اللمسية في غياب الهذيان.
- ملاحظة ترميزية:** إن الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود أو عدم وجود تشارك مرضي مع اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) وعلى وجود أو عدم وجود تشارك مرضي مع الاضطرابات الإدراكية.
- للسحب من مادة أخرى (أو غير معروفة) دون اضطرابات إدراكية: إن الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) الخفيف المتشارك مرضياً هو F19.130، على حين أن اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) المتوسط أو

الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F19.230، إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) فالرمز هو F19.930.

- للسحب من مادة أخرى (أو غير معروفة) مع اضطرابات إدراكية: ان الرمز في ICD-10 CM لاضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) الخفيف المتشارك مرضياً مع اضطرابات إدراكية هو F19.132، على حين أن اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) المتوسط أو الشديد مع تشارك مرضي مع اضطرابات إدراكية فالرمز هو F19.232، إذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال مادة أخرى (أو غير معروفة) فالرمز هو F19.932.

الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة أخرى (أو غير معروفة)

(Other) or Unknown Substance-Induced Disorders

لأن فئة مادة أخرى (أو غير معروفة) غير محددة بطبيعتها، فمدى وشدة الاضطرابات المحدثة غير محددة. ومع ذلك فالاضطرابات العقلية المحدثة بمادة أخرى (أو غير معروفة) قد جرى وصفها في الفصول الأخرى من الدليل مع الاضطرابات التي تشترك معها بالمظهر: (انظر إلى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة/دواء في هذه الفصول) الاضطراب الذهاني المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، اضطراب ثنائي القطب المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، اضطراب اكتئابي محدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، اضطراب القلق المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، اضطراب الوسواس القهري المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، اضطراب النوم المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، اختلال الوظيفة الجنسية المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة)، اضطراب عصبي معرفي عصبي معتدل أو جسيم المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة). بالنسبة لهذيان الانسحاب بمادة أخرى (أو غير معروفة) وهذيان السحب من مادة أخرى (أو غير

معروفة) والهذيان المحدث بمادة أخرى (أو غير معروفة) استعملت على النحو الموصوف فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية. هذه الاضطرابات المحدثة بمادة أخرى (أو غير معروفة) تشخص عوضاً عن تشخيص الانسمام بمادة أخرى (أو غير معروفة) أو سحب مادة أخرى (أو غير معروفة) فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً.

اضطراب متعلق بمادة أخرى (أو غير معروفة) غير محدد

Unspecified Other (or Unknown) Substance-Related Disorder (F19.99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بمادة أخرى (أو غير معروفة) والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بمادة أخرى (أو غير معروفة). أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.

الاضطرابات غير المتعلقة بالمواد

Non-Substance-Related Disorders

اضطراب المقامرة

Gambling Disorder (F63.0)

- A-** سلوك مستمر ومتكرر من المقامرة مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى بإظهار الفرد أربعة (أو أكثر) مما يلي، والتي تحدث خلال فترة 12 شهراً:
1. يحتاج للمقامرة بمقادير متزايدة من المال وذلك من أجل الوصول إلى الإثارة المرغوبة.
 2. يكون متملماً أو مستثاراً عند محاولته تخفيض عمليات المقامرة أو إيقافها.
 3. قام بمجهودات متكررة غير ناجحة للسيطرة على المقامرة أو للتراجع أو التوقف عنها.
 4. مشغول غالباً بالمقامرة (أفكار مستمرة عن تجارب سابقة للمقامرة للتخفيف من الأعراض، التعويق أو التخطيط للمغامرة التالية، التفكير بالطرق للحصول على المال الذي سيقامر به).
 5. يقامر عند الشعور بالإحباط (مثل، الشعور بانعدام الحيلة، الشعور بالذنب، القلق، الاكتئاب).
 6. بعد خسارته المال في المقامرة، غالباً ما يعود في يوم آخر ليسترجع خسارته (يطارد خسارته).
 7. يكذب ليخفي مدى تورطه بالمقامرة.

8. يجازف أو يفقد علاقة مهمة أو عمل أو تعليم أو فرصة الحصول على مهنة بسبب المقامرة.

9. يتكل على الآخرين لتأمين المال من أجل الخروج من وضع مالي يائس سببته المقامرة.

B- سلوك المقامرة لا يُفسر بشكل أفضل بنوبة هوس.

تحديد ما إذا كان:

- نوبي: يحقق المعايير التشخيصية في أكثر من نقطة زمنية واحدة، مع همود الأعراض بين فترات اضطراب المقامرة وذلك لعدة أشهر على الأقل.
- مستمر: يختبر أعراضاً مستمرة، ويحقق المعايير التشخيصية لعدة سنوات.

تحديد ما إذا كان:

- في هدأة مبكرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب المقامرة في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب المقامرة لمدة 3 أشهر على الأقل ولكن أقل من 12 شهراً.
- في هدأة مستمرة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب المقامرة في وقت سابق، لم تتحقق أيّاً من المعايير لاضطراب المقامرة لمدة 12 شهراً أو أكثر.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: تحقق 4-5 معايير
- متوسط: تحقق 6-7 معايير
- شديد: تحقق 8-9 معايير

الاضطرابات العصبية المعرفية

the neurocognitive disorders

الاضطرابات العصبية المعرفية تشمل مجموعة من الاضطرابات المكتسبة على خلاف الأمراض التطورية، حيث العجز السريري الأساسي هو في الوظيفة المعرفية. وعلى الرغم من أن العجز المعرفي موجودة في كثير إن لم يكن كل الاضطرابات العقلية (على سبيل المثال، الفصام، واضطراب ثنائي القطب)، فإن الاضطرابات التي تمثل المظاهر المعرفية فيها لب المرض هي فقط التي شُملت في فئة الاضطرابات العصبية المعرفية. إن الاضطرابات العصبية المعرفية هي تلك الاضطرابات التي لم يكن الضعف المعرفي موجوداً منذ الولادة أو الفترات المبكرة جداً من الحياة، وبالتالي يمثل انخفاضاً عن مستوى سابق من الأداء.

وتعتبر الاضطرابات العصبية المعرفية فريدة من نوعها بين فئات الدليل الخامس ففي هذه المتلازمات المرضية، يمكن معرفة الآلية المستبطنة، وفي كثير من الأحيان من الممكن تحديد الأسباب المرضية أيضاً. كما أن مختلف الأمراض الكامنة المستبطنة قد خضعت بشكل مكثف للبحث والخبرة السريرية، وتوافق الخبراء على معايير التشخيص. لقد أدرج الخرف تحت الكائن المسمى بشكل جديد "اضطراب عصبي معرفي جسيم" وذلك على الرغم من أن مصطلح الخرف لم يُمنع من الاستخدام في الأنواع الفرعية المسببة حيث أن استخدام هذا المصطلح يعد معيارياً. وعلوّة على ذلك، يعترف الدليل الخامس بمستوى أقل شدة من الضعف المعرفي، "اضطراب عصبي معرفي معتدل"، والذي يمكن أيضاً أن يكون محطاً لتركيز الرعاية، وكان قد تم إدراجه في الدليل الرابع ضمن فئة "الاضطرابات المعرفية غير المحددة".

إن مصطلح الخرف لا زال مُحْتَفَظاً به في الدليل الخامس لأجل الاستمرارية، حيث يمكن استعماله في المواضع التي اعتاد فيها الطبيب والمريض على هذا المصطلح. وعلى الرغم من أن الخرف يعد المصطلح المتعارف عليه لاضطرابات مثل الخرف التنكسي والتي تطال كبار السن عادةً، فمصطلح "الاضطراب العصبي المعرفي" واسع الاستعمال ويُفضل عادةً في الحالات التي تؤثر على الأفراد الأقل سناً، كالعجز الثانوي الناتج عن أذية الدماغ الرضية أو الإيدز.

كما أن مصطلح الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم يعد أوسع بشكل ما من الخرف، فالأفراد الذين لديهم نقص هام في مجال واحد يمكن لهم أن يتلقوا هذا التشخيص، على حين أن تشخيص الخرف في ICD-10 و ICD-11 وسابقاً DSM-IV كان يحتاج إلى عدة عجوزات معرفية. وهكذا فالحالات المؤهلة لتلقي تشخيص اضطراب النساوة (قصور الذاكرة في غياب أي عجز معرفي آخر) حسب ICD-10 و ICD-11 وسابقاً DSM-IV يمكن تشخيصهم الآن بالاضطراب العصبي المعرفي الجسيم.



الجدول 1 المجالات المعرفية العصبية

المجال المعرفي	أمثلة للأعراض والملاحظات	أمثلة للتقييم
الانتباه المركب (الانتباه المستمر، الانتباه المجزئ، الانتباه الانتقائي، سرعة المعالجة)	الجسيم: صعوبة متزايدة في البيئات ذات المنبهات المتعددة (تلفزيون، راديو، محادثة) حيث من السهل إلهائه بمنبهات منافسة في البيئة. ولديه صعوبة في الاحتفاظ بالمعلومة الجديدة، كتذكر أرقام الهواتف أو عنواناً أعطي للتو، أو إخبار الذي قيل للتو، وغير قادر على إجراء الحسابات العقلية كما أن التفكير يأخذ وقتاً أطول من المعتاد، ولمعالجة المعطيات يجب أن تُبسط لواحد أو لعدد، المعتدل: تأخذ المهام الاعتيادية وقتاً أطول من المعتاد، يرتكب الأخطاء في المهام الروتينية، الحاجة لمراجعة الأعمال على غير	الانتباه المستمر: المحافظة على الانتباه مع مرور الوقت (كبس زر في كل مرة تُسمع فيها نغمة، وعلى فترة من الزمن) الانتباه الانتقائي: المحافظة على الانتباه على الرغم من المنبهات/الملهيات المنافسة: سماع الأرقام والحروف معاً ثم السؤال عن الأرقام فقط. الانتباه المجزئ: القيام بمهمتين خلال نفس الوقت: النقر بسرعة خلال سماع قصة. ويمكن تحديد سرعة المعالجة خلال أي مهمة بتوقيته (مثلاً الزمن اللازم لمطابقة الرموز مع الأرقام، سرعة الاستجابة،

كالعد بسرعة أو سرعة الثلاثة المتسلسلة)	العادة، التفكير أسهل عند انعدام التداخل مع المؤثرات الأخرى (راديو، تلفزيون، محادثة أخرى، القيادة)	
التخطيط: القدرة على إيجاد مخرج من متاهة. تفسير صور متتالية أو تنظيم الأشياء. اتخاذ القرار: أداء مهمات تُقيم عملية اتخاذ القرار أمام البدائل المنافسة (محاكاة القمار مثلاً) ذاكرة العمل: القدرة على الاحتفاظ بالمعلومة لفترة وجيزة والمناورة بها (مثلاً إضافة قائمة من الأرقام أو تكرار سلسلة من الأرقام أو الكلمات بشكل عكسي). التغذية الراجعة/الارتفاع من الخطأ: القدرة على الاستفادة من التغذية الراجعة للاستدلال على القواعد وحل	الجسيم: التخلي عن المشاريع المعقدة. الحاجة للتركز على مهمة واحدة في وقت معين. الاعتماد على الآخرين في تخطيط الحياة اليومية أو اتخاذ القرارات. معتدل: ازدياد الجهد اللازم لإكمال مشروع متعدد المراحل. ازدياد الصعوبة للقيام بمهام متعددة أو صعوبة استكمال مهمة قوطعت بمكالمة أو زيارة. قد يشكو من زيادة التعب نتيجة الجهد الزائد اللازم لتنظيم وتخطيط واتخاذ القرارات. قد يصرح أن التجمعات الاجتماعية الكبيرة قد أصبحت أكثر إرهاقاً أو أقل	المهام التنفيذية (التخطيط، اتخاذ القرارات، ذاكرة العمل، الاستجابة للتلقيم الراجع/تصحيح الأخطاء، تجاوز العادات/التثبيط، المرونة العقلية)

المشاكل. العادات الغالبة/التثبيط: القدرة على اختيار حل أكثر تعقيداً ويتطلب جهداً أكبر وذلك للتصحيح (إشاحة النظر عن الاتجاه المحدد بسهم، تسمية لون الحروف بدلاً من الكلمة). المرونة العقلية/المعرفية: القدرة على الانتقال بين المفاهيم أو المهام أو القواعد (مثلاً، من حرف إلى رقم، من فعل إلى استجابة بضغط المفتاح، من إضافة أرقام لأي تنظيم للأرقام، من تنظيم الأشياء بناء على الحجم إلى اللون).	إمتاعاً بسبب زيادة الجهد اللازم لتتبع الانتقالات في المحادثات.	
امتداد الذاكرة المباشرة: القدرة على إعادة قائمة من الكلمات أو الأحرف. ملاحظة: قد تصنف الذاكرة المباشرة تحت "الذاكرة	الجسيم: يكرر نفسه في المحادثات، وغالباً في نفس المحادثة، عدم القدرة على المتابعة في مسار التسوق باستخدام قائمة قصيرة أو	التعلم والذاكرة: (الذاكرة المباشرة، الذاكرة القريبة، [متضمناً التذكر الحر] والذاكرة

العملية" الذاكرة القريبة: قيّم القدرة على تذكر معلومات جديدة (قائمة من الكلمات مثلاً أو قصة قصيرة، شكل بياني) مجالات الذاكرة القريبة التي يمكن اختبارها تتضمن (التذكر الحر، حيث يطلب من الشخص تذكر كل ما يمكنه من الكلمات والرسوم والعناصر من قصة ما) التذكر الملحق (يساعد الفاحص التذكر بتزويد الفرد بدلائل مثل "اذكر كل الأطعمة الموجودة على القائمة") والذاكرة المعرفية (يسأل الفاحص عن أمور معينة - مثلاً هل كانت هناك تفاحة على القائمة أو هل رأيت الشكل) ومجالات الذاكرة الأخرى التي يمكن تقييمها تتضمن الذاكرة الاستدلالية (ذاكرة الحقائق)	في الخطط اليومية، الحاجة للتذكير المتكرر للتوجه إلى المهمة الحالية. معتدل: صعوبة تذكر الأحداث القريبة، وزيادة الاعتماد على القوائم أو التقاويم، الحاجة للتذكير من آن لآخر أو لإعادة القراءة لتتبع الشخصيات في فيلم أو رواية. قد يكرر نفسه أحياناً على مدى اسابيع لنفس الشخص. يفقد المعرفة هل تمّ دفع الفواتير. ملاحظة عدا في الحالات الشديدة من الاضطراب العصبي المعرفي، فالذاكرة ذات الدلالة على السيرة الذاتية والذاكرة الضمنية يُحافظ عليها، مقارنةً مع الذاكرة القريبة.	المعرفية. ذاكرة التلقين]. الذاكرة البعيدة المدى [ذات الدلالة على السيرة الذاتية] التعلم الضمني)
---	---	--

ذاكرة السيرة الذاتية (أحداث شخصية أو أناس) التعلم الضمني (الإجرائي) (مهارات التعلم اللاواعية).		
اللغة التعبيرية: التسمية للأشياء المواجهة (التعرف على الأشياء أو الصور) الطلاقة (تسمية أكثر ما يمكن من الأشياء إما ذات الدلالة (الحيوانات مثلاً) أو اللفظية (كلمات تبدأ بحرف معين مثلاً). القواعد وبناء الجمل: إغفال أو استعمال غير صحيح لحروف الجر أو الأفعال المساعدة، الأخطاء الملاحظة خلال اختبارات التسمية والطلاقة مقارنةً مع الطبيعي وذلك لتقييم تواتر الأخطاء ومقارنتها مع زلات اللسان. اللغة الاستقبالية: الفهم (تحديد الكلمات والإشارة	الجسيم: صعوبات كبيرة في اللغة الاستقبالية أو التعبيرية. يستعمل عادةً مقاطع ذات استخدام عام مثل "ذلك الشيء" وأنت تعلم ما أعني، ويفضل الألفاظ العامة بدلاً من الأسماء. في الحالات الشديدة قد لا يتذكر أسماء أشخاص مقربين أو من العائلة. الاستعمال الغريب لل كلمات، أخطاء في القواعد، الفقر في الناتج المنطوق اللغوي العفوي. نمطية الكلام، صدى الكلام والكلام الآلي يسبق الصمت بشكل نموذجي. معتدل: صعوبة ملحوظة في إيجاد الكلمات، قد يستعمل المعاني العامة في	اللغة (اللغة التعبيرية [متضمناً التسمية، إيجاد الكلمات، الطلاقة، القواعد، تركيب الجمل]، اللغة الاستقبالية)

للأشياء متضمناً منبه نشط أو غير نشط) وتنفيذ الأفعال والنشاطات وفقاً للتوجيهات الكلامية.	استخدامات خاصة، قد يتجنب استخدام أسماء معينة للخبرات الخاصة. أخطاء القواعد تتضمن إغفال أو الاستعمال الخاطئ لحروف الجر، الأفعال المساعدة. الخ.	
الإدراك البصري: ان الاختبارات التي تحدّد الانزياح في الخط البصري يمكن استخدامها لتحديد عيوب الرؤية الأساسية أو مناطق التجاهل من الانتباه. وظائف الإدراك الخالية من الحركة (متضمناً تعريف الوجوه) يتطلب التعرف و/أو مطابقة الوجوه عندما لا يمكن إجراء الفحوص شفهيّاً. (المواضيع ليست أشياء)، بعضها يتطلب تحديد ما إذا كان الشيء حقيقياً أو ليس حقيقياً بناءً على الأبعاد. الإنشاء البصري: تجميع	جسيم: صعوبات ملحوظة مع نشاطات مألوفة (استعمال الأدوات، قيادة مركبة) التوجه في بيئة مألوفة، مع زيادة التشوش عند المساء عندما تتغير الظلال ومستويات الإنارة من الإدراك. معتدل: الحاجة للاعتماد على الخرائط أو الغير للتوجه. استعمال ملحوظات أو تتبع الآخرين للوصول إلى مكان جديد. قد يجد نفسه تائهاً أو يدور حول نفسه عندما لا يركز على المهمة. أقل دقة عند ركن السيارة. الحاجة لمزيد من الجهد عند أداء	الحركي - الإدراكي متضمناً (القدرات المدرجة تحت مصطلح الإدراك البصري، الإنشاء البصري، praxis العمه الإدراكي - الحركي، أو تعذر الأداء والعرفانية أو gnosis)

لأشياء يتطلب تنسيقاً بين اليد والعين. كالرسم والنقل. الإدراك - الحركي: دمج الإدراك مع الحركة الهادفة. العمه الإدراكي - الحركي: دمج الحركات المتعلمة، كالقدرة على محاكاة الوضعيات (التلويح مودعاً) تمثيل استعمال الأشياء استجابة للطلب (أرني كيف تستعمل مطرقة) العرفانية: الاندماج الإدراكي للوعي والمعرفة، كالتعرف على الوجوه والألوان	المهام في الحيز مثل النجارة، التجميع، الخياطة والحبكة.	
معرفة العواطف: التعرف على العواطف من خلال صور لوجوه تمثل عواطفاً مختلفة سلبية أو إيجابية. نظرية العقل: القدرة على الأخذ بعين الاعتبار الحالة العقلية للآخر (الأفكار، الرغبات، الاهتمامات).	جسيم: الخروج الواضح للسلوك عن النطاق المقبول اجتماعياً، إظهار عدم الاهتمام بالمعايير الاجتماعية كالاعتدال في الملبس أو مواضيع الحديث السياسية أو الدينية أو الجنسية. التركيز المفرط	المعرفة الاجتماعية (المعرفة للعواطف، نظرية العقل)

	على موضوع معين رغم عدم اهتمام المجموعة أو التنبيه المباشر. السلوك دون أي اعتبار للعائلة أو الأصدقاء. اتخاذ القرارات دون التحسب للسلامة (مثلاً لباس غير ملائم للطقس أو المواضيع الاجتماعية). نموذجياً لديه قليل من البصيرة لهذه الأمور. معتدل: تغيرات خفيفة في السلوك أو المواقف، وتوصف عادةً كتغير في الشخصية، كإنخفاض القدرة على تعرف الإيماءات الاجتماعية أو قراءة تعابير الوجوه، انخفاض التعاطف، ازدياد الانبساط أو الانطواء أو تدني أو نوب من عدم الاهتمام أو التملل.	
--	--	--

الهذيان

Delirium

- A-** اضطراب في الانتباه (أي انخفاض القدرة على توجيهه، وتركيزه، والحفاظ على، وتحويل الانتباه) والوعي (انخفاض التوجه للبيئة).
- B-** يتطور الاضطراب خلال فترة قصيرة من الزمن (من ساعات إلى بضعة أيام عادةً)، ممثلاً تغييراً عن الخط الأساسي في الاهتمام والوعي، ويميل إلى التموج خلال اليوم.
- C-** اضطراب إضافي في المعرفة (على سبيل المثال، عجز الذاكرة، عدم التوجه، اللغة، القدرة الإبصارية في الحيز، أو الإدراك).
- D-** الاضطرابات في المعايير A و C لا تُفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عصبي معرفي معروف أو ناشئ ولا تحدث في سياق انخفاض حاد في مستوى الوعي، مثل الغيبوبة.
- E-** هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى أو الانسمام أو السحب من مادة ما (أي بسبب إساءة استعمال المواد أو الأدوية) أو التعرض لمادة سامة، أو هو نتيجة لمسببات متعددة.

حدّد فيما إذا كان:

- حاد: استمر من ساعات لأيام.
- مستمر: مستمر لأسابيع أو أشهر.

حدّد ما إذا كان:

- مفرط الحركة: لدى الفرد مستوى مرتفع من الفعالية الروحية الحركية قد تترافق بتبدلات المزاج، الهياج، و/أو رفض التعاون مع العناية الطبية.

- قليل الحركة: لدى الفرد مستوى منخفض من الفعالية الروحية الحركية قد يترافق بالتباطؤ والخمول ويقارب الذهول.
- مستوى مختلط من الفعالية: لدى الفرد مستوى عادي من الفعالية الروحية الحركية على الرغم من أن الانتباه والوعي مضطربان. ويتضمن أيضاً الأفراد الذين تتماوج مستويات فعاليتهم بسرعة.

حدّد فيما إذا كان:

- **هذيان الانسمام بمادة:** هذا التشخيص ينبغي استخدامه بدلاً عن الانسمام بمادة عندما تكون المعايير A و C هي السائدة في الصورة السريرية وعندما تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM لاضطراب الهذيان المحدث بـ [مادة محددة] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراضة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع اضطراب الهذيان المحدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل اضطراب الهذيان المحدث بمادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع هذيان الانسمام بالكوكايين"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع اضطراب الهذيان المحدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق. إذا لم يوجد اضطراب استعمال مادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل هذيان الانسمام بمادة فقط.

	ICD-10-CM		
	مع اضطراب استعمال مادة خفيف	مع اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد	مع دون اضطراب استعمال
الكحول	F10.121	F10.221	F10.921
الحشيش	F12.121	F12.221	F12.921
فينسيكلدين	F16.121	F16.221	F16.921
المهلوسات الأخرى	F16.121	F16.221	F16.921
الأفيون	F11.121	F11.221	F11.921
المستنشقات	F18.121	F18.221	F18.921
المهدئات، المنومات أو مزيلات القلق	F13.121	F13.221	F13.921
أمفيتامين (أو منشطات أخرى)	F15.121	F15.221	F15.921
كوكايين	F14.121	F14.221	F14.94
مادة أخرى (أو غير معروفة)	F19.121	F19.221	F19.94

■ **هذيان السحب من مادة:** هذا التشخيص ينبغي استخدامه بدلاً عن السحب من مادة عندما تكون المعايير A و C هي السائدة في الصورة السريرية وعندما تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري.

ملاحظة للترميز: إن رموز ICD-10-CM لاضطراب هذيان سحب [مادة محددة] موجودة في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على تواجد أو غياب المراضة المشتركة لاضطراب استعمال مادة ما لنفس الفئة من المواد. إذا وجد اضطراب استعمال مادة خفيف مع هذيان سحب بمادة، فرقم المكان الرابع هو (1) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة خفيف" قبل هذيان سحب مادة (على سبيل المثال، "اضطراب استعمال الكحول الخفيف مع هذيان سحب الكحول"). إذا وجد اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد مع اضطراب الهذيان محدث بمادة، فرقم المكان الرابع هو (2) ويجب على الطبيب تسجيل "اضطراب استعمال مادة متوسط" أو "اضطراب استعمال مادة شديد" بالاعتماد على شدة اضطراب استعمال المادة المرافق. إذا لم يوجد اضطراب استعمال مادة مرافق (مثلاً بعد استعمال كثيف للمادة لمرة واحدة) فالرقم في المكان الرابع هو (9) ويجب على الطبيب تسجيل هذيان السحب من مادة فقط.



	ICD-10-CM		
	مع اضطراب استعمال مادة خفيف	مع اضطراب استعمال مادة متوسط أو شديد	مع دون اضطراب استعمال
الكحول	F10.131	F10.231	F10.931
الأفيون	F11.188	F11.288	F11.988
المهدئات، المنومات أو مزيلات القلق	F13.131	F13.231	F13.931
مادة أخرى (أو غير معروفة)	F19.131	F19.231	F19.931

■ **الهذيان المحدث بدواء:** يطبق هذا التشخيص عندما تنشأ المعايير A و C كتأثير جانبي لدواء موصوف.

لترميز الهذيان المحدث بدواء: F11.921 مادة أفيونية مأخوذة على النحو الموصوف (أو F11.988 إذا كان خلال السحب من مادة أفيونية مأخوذة على النحو الموصوف عليه)، F12.921 مشابهاً مستقبلات الحشيش الصيدلاني التي تؤخذ على النحو الموصوف، F13.921 مهدئ أو منوم أو مزيل للقلق يؤخذ على النحو الموصوف (أو F13.931 في حالة هذيان السحب من مهدئ أو منوم أو مزيل للقلق الذي يؤخذ على النحو الموصوف)، F15.921 مادة من نمط الأمفيتامين أو منشطات أخرى تؤخذ على النحو الموصوف، F16.921 الكيتامين أو المهلوسات الأخرى المأخوذة على النحو الموصوف أو لأسباب طبية،

F19.921 للأدوية التي لا تتناسب مع أي من الفئات (على سبيل المثال، ديكساميثازون) وفي الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة ما على أنها عامل مسبب للمرض ولكن فئة المادة المعينة غير معروفة (أو F19.931 إذا كان أثناء السحب من الأدوية التي لا تتناسب مع أي من الفئات والتي تؤخذ على النحو الموصوف).

■ **(F05) هذيان بسبب حالة طبية أخرى:** هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.

ملاحظة للترميز: أدرج اسم الحالة الطبية الأخرى في اسم الهذيان (F05) هذيان بسبب اعتلال دماغي كبدي). الحالة الطبية الأخرى يجب أن ترمز وأن توضع بشكل مستقل مباشرة قبل الهذيان بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال K72.90 اعتلال دماغي كبدي، F05 هذيان بسبب اعتلال دماغي كبدي).

■ **(F05) هذيان متعدد الأسباب:** هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الهذيان لديه أكثر من سبب (أكثر من حالة طبية، حالة طبية أخرى بالإضافة للانسمام بمادة أو كتأثير جانبي لدواء).

ملاحظة للترميز: استعمل رموزاً متعددة منفصلة بما يعكس الأسباب المتعددة. ([K72.90] اعتلال دماغي كبدي، [F05] هذيان بسبب الفشل الكبدي، [F10.231] هذيان سحب الكحول) لاحظ أن الحالات الطبية المرضية تعطى رموزاً منفصلة تسبق رمز الهذيان وتتبع بهذيان بسبب حالة طبية أخرى.

هذيان محدد آخر

Other Specified Delirium (R41.0)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للهذيان والتي

تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص الهذيان أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات العصبية المعرفية.

يتم استخدام فئة هذيان محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص الهذيان أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات العصبية المعرفية.

يتم ذلك من خلال تسجيل "هذيان محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "متلازمة الهذيان الخفيفة")

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ما يلي:
متلازمة الهذيان الخفيفة: تنطبق هذه المتلازمة على حالات الهذيان حيث شدة الأعراض المعرفية أقل مما يتطلبه تشخيص الهذيان، أو حيث وجدت بعض المعايير وليس كلها اللازمة لوضع التشخيص.

هذيان غير محدد

Unspecified Delirium (R41.0)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للهذيان والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة المحددة لتشخيص الهذيان أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات العصبية المعرفية.

يتم استخدام فئة هذيان غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص الهذيان أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات العصبية المعرفية. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على

المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم

Major Neurocognitive Disorder

- A-** دليل على التدهور المعرفي الكبير عن المستوى السابق للأداء في واحد أو أكثر من المجالات المعرفية (الانتباه المعقد، وظيفة تنفيذية، التعلم والذاكرة واللغة والإدراك الحسي الحركي، أو الإدراك الاجتماعي) على أساس:
1. قلق للفرد، أو لمن يهتم به، أو للطبيب بسبب التدهور الهام في الوظائف المعرفية، و
 2. ضعف كبير في الأداء المعرفي، ويفضل توثيقه بالاختبارات النفسية العصبية المعيارية، أو في حالة عدم وجودها، بتقييم سريري مقنن آخر.
- B-** يتداخل العجز المعرفي مع الاستقلالية في أنشطة الحياة اليومية (أي، كحد أدنى، يتطلب المساعدة مع الأنشطة المعقدة في الحياة اليومية مثل دفع الفواتير أو الاهتمام بالأدوية).
- C-** العجز المعرفي لا يحدث حصراً في سياق الهذيان.
- D-** لا يُفسر العجز المعرفي بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب اكتئابي، الفصام).

تحديد ما إذا كان ناتجاً عن:

ملاحظة: كل نمط فرعي مدرج لديه معايير تشخيص محددة ونص متوافق، والذي يتبع المناقشة العامة للاضطرابات العصبية المعرفية الجسيمة والمعتدلة.

- داء الزهايمر
- تنكس فصلي جبهوي

- داء أجسام ليوي
- أمراض الأوعية الدموية
- أذيات الدماغ الرضية
- استعمال مادة/دواء
- خمج فيروس نقص المناعة البشرية
- داء بريون
- داء باركنسون
- داء هنتنغتون
- حالة طبية أخرى
- مسببات متعددة
- غير محدد

ملاحظة للترميز: يوضع الرمز بناء على الأسباب الطبية أو المواد المسببة. في معظم حالات الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم، هناك حاجة إلى رمز إضافي للحالة الطبية المسببة للمرض، والتي يجب أن تسبق الرمز للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم، كما هو ملاحظ في جدول الترميز اللاحق.

حدّد فيما إذا كان:

- **دون اضطراب سلوكي:** إذا لم يترافق الاضطراب المعرفي باضطرابات سلوكية هامة سريرياً.
- **مع اضطراب سلوكي** (تحديد الاضطراب): إذا كان الاضطراب المعرفي مترافق باضطرابات سلوكية هامة سريرياً (مثل أعراض ذهانية، واضطراب المزاج، والتهيج، واللامبالاة، أو الأعراض السلوكية الأخرى).

ملاحظة للترميز: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب نفس الحالة الطبية التي تسبب الاضطراب المعرفي العصبي الجسيم

(على سبيل المثال، F06.2 الاضطراب الذهاني الناجم عن داء الزهايمر، مع أوهام. F06.32 الاضطراب الاكتئابي الناتج عن داء باركنسون، مع نوبات شبيهة بالاكتئاب الجسيم).
ملاحظة: الاضطرابات العقلية الناتجة عن حالة طبية أخرى مشمولة مع الاضطرابات التي تشترك معها في التظاهرات (على سبيل المثال، بالنسبة للاضطرابات الاكتئابية الناتجة عن حالة طبية أخرى، راجع فصل "الاضطرابات الاكتئابية").

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: صعوبات مع أنشطة الحياة اليومية المتعلقة بالآلات (مثل الأعمال المنزلية، وإدارة المال).
- المتوسط: صعوبات مع الأنشطة الأساسية للحياة اليومية (مثل التغذية، والملابس).
- شديد: معتمد بشكل كامل على الغير.

إجراءات الترميز والتسجيل

فيما يلي أمثلة على ترميز وتسجيل الاضطرابات المعرفية العصبية الجسيمة الناتج عن مسبب مرضي فرعي (لمزيد من المعلومات، انظر جدول الترميز اللاحق وملاحظات الترميز في معايير التشخيص المحددة لكل نوع فرعي من الاضطرابات العصبية المعرفية الجسيمة والمعتدلة):

- **اضطراب معرفي عصبي جسيم بسبب احتمال الإصابة بداء الزهايمر، بدون اضطراب سلوكي، خفيف:** G30.9 داء الزهايمر، F02.80 اضطراب معرفي عصبي جسيم بسبب احتمال الإصابة بداء الزهايمر، بدون اضطراب سلوكي، خفيف.
- **اضطراب معرفي عصبي جسيم بسبب إصابات الدماغ الرضية، مع اضطراب سلوكي، متوسط:** S06.2X9S إصابات الدماغ الرضية المنتشرة مع فقدان الوعي لمدة غير محددة، عقابيل، F02.81 اضطراب إدراكي عصبي رئيسي بسبب إصابات الدماغ الرضية، مع اضطراب سلوكي، متوسط، F06.34 ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة الناتجة عن إصابات الدماغ الرضية ذات المظاهر المختلطة.

الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل

Mild Neurocognitive Disorder

- A-** دليل على التدهور المعرفي المعتدل عن المستوى السابق للأداء في واحد أو أكثر من المجالات المعرفية (الانتباه المعقد، وظيفة تنفيذية، التعلم والذاكرة واللغة والإدراك الحسي الحركي، أو الإدراك الاجتماعي) على أساس:
1. قلق للفرد، أو لمن يهتم به، أو للطبيب بسبب التدهور المعتدل في الوظائف المعرفية، و
 2. ضعف معتدل في الأداء المعرفي، ويفضل توثيقه بالاختبارات النفسية العصبية المعيارية، أو في حالة عدم وجودها، بتقييم سريري مقنن آخر.
- B-** لا يتداخل العجز المعرفي مع الاستقلالية في أنشطة الحياة اليومية (أي يحافظ على القدرة على أداء الأنشطة المعقدة في الحياة اليومية مثل دفع الفواتير أو الاهتمام بالأدوية. ولكن مع مزيد مع الجهد، أو يتطلب استخدام استراتيجيات معاوضة أو تكييفية).
- C-** العجز المعرفي لا يحدث حصراً في سياق الهذيان.
- D-** لا يُفسر العجز المعرفي بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب اكتئابي، الفصام).

تحديد ما إذا كان ناتجاً عن:

ملاحظة: كل نمط فرعي مدرج لديه معايير تشخيص محددة ونص متوافق، والذي يتبع المناقشة العامة للاضطرابات العصبية المعرفية الجسيمة والمعتدلة.

- داء الزهايمر
- تنكس فصلي جبهوي
- داء أجسام ليوي

- أمراض الأوعية الدموية
- أذيات الدماغ الرضية
- استعمال مادة/دواء
- خمج فيروس نقص المناعة البشرية
- داء بريون
- داء باركنسون
- داء هنتنغتون
- حالة طبية أخرى
- مسببات متعددة
- غير محدد

ملاحظة للترميز: بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب أي من الحالات أعلاه فالرمز هو (G31.84). لا تستعمل رموزاً إضافية للحالات الطبية المسببة المفترضة. بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل المحدث بمادة فالرمز يحدّد بناءً على المادة، "انظر إلى الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة". بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل غير المحدد فالرمز هو (R41.9).

حدّد فيما إذا كان:

- **دون اضطراب سلوكي:** إذا لم يترافق الاضطراب المعرفي باضطرابات سلوكية هامة سريرياً.
- **مع اضطراب سلوكي** (تحديد الاضطراب): إذا كان الاضطراب المعرفي مترافق باضطرابات سلوكية هامة سريرياً (مثل أعراض ذهانية، واضطراب المزاج، والتهيج، واللامبالاة، أو الأعراض السلوكية الأخرى).

ملاحظة للترميز: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب نفس الحالة الطبية التي تسبب الاضطراب المعرفي العصبي المعتدل

(على سبيل المثال، F06.2 الاضطراب الذهاني الناجم عن أذية الدماغ الرضية، مع أوهام. F06.32 الاضطراب الاكتئابي الناتج عن HIV، مع نوبات شبيهة بالاكتئاب المعتدل). **ملاحظة:** الاضطرابات العقلية الناتجة عن حالة طبية أخرى مشمولة مع الاضطرابات التي تشترك معها في التظاهرات (على سبيل المثال، بالنسبة للاضطرابات الاكتئابية الناتجة عن حالة طبية أخرى، راجع فصل "الاضطرابات الاكتئابية").

إجراءات الترميز والتسجيل

فيما يلي أمثلة على ترميز وتسجيل الاضطرابات المعرفية العصبية المعتدلة الناتجة عن مسبب مرضي فرعي (لمزيد من المعلومات، انظر جدول الترميز اللاحق وملاحظات الترميز في معايير التشخيص المحددة لكل نوع فرعي من الاضطرابات العصبية المعرفية الجسيمة والمعتدلة):

- G31.84 اضطراب معرفي عصبي معتدل بسبب داء الزهايمر، بدون اضطراب سلوكي.
- G31.84 اضطراب معرفي عصبي معتدل بسبب إصابات الدماغ الرضية، مع اضطراب سلوكي. F06.34 ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة الناتجة عن إصابات الدماغ الرضية ذات المظاهر المختلطة.

رمز الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل	رمز الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم	رمز المسبب المرضي المرافق للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم ^a	المسببات المرضية الفرعية
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء الزهايمر)	(F02.8X) ^b	(G30.9)	داء الزهايمر
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً لتنكس الفص الجبهي الصدغي)	(F02.8X) ^b	(G31.09)	تنكس فصي جبهي صدغي
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء أجسام ليوي)	(F02.8X) ^b	(G31.83)	داء أجسام ليوي
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً لأمراض الأوعية)	(F01.5X) ^b (لا تستعمل رمزاً إضافياً لأمراض الأوعية)	دون رمز إضافي	أمراض الأوعية الدموية

(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً لأذيات الدماغ الرضية)	(F02.8X) ^b	(S06.2X9S)	أذيات الدماغ الرضية
الرمز بناء على نوع المادة المسببة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل ^d	الرمز بناء على نوع المادة المسببة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم ^d	دون رمز إضافي	المحدث بمادة/دواء
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً للإيدز)	(F02.8X) ^b	(B20)	خمج فيروس نقص المناعة البشرية
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء بريون)	(F02.8X) ^b	(A81.9)	داء بريون
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء باركنسون)	(F02.8X) ^b	(G20)	داء باركنسون
(G31.84) ^c (لا تستعمل رمزاً)	(F02.8X) ^b	(G10)	داء هنتنغتون

إضافياً لداء هنتنغتون)			
(G31.84) ^c لا تستعمل رموزاً إضافية للحالات الطبية المسببة المفترضة.	(F02.8X) ^b	اذكر رمز الحالة الطبية أولاً (مثلاً [G35] للتصلب العديد)	بسبب حالة طبية أخرى
(G31.84) ^c لا تستعمل رموزاً إضافية للحالات الطبية المسببة المفترضة (بالإضافة للرمز المناسب للمادة/الدواء المسبب في حال كان لها دور ما).	(F02.8X) ^b (أدرج رمزاً مرة واحدة لاضطراب معرفي عصبي جسيم بسبب كل المسببات التي تنطبق). أدرج أيضاً رمز الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم الوعائي (F01.5x)، إذا كان موجوداً. (بالإضافة للرمز المناسب للمادة/الدواء المسبب للاضطراب	اذكر كل رموز الحالات الطبية المسببة أولاً (باستثناء الأمراض الوعائية)	مسببات متعددة

	العصبي المعرفي الجسيم في حال كان لها دور ما.		
(R41.9) ^c	(R41.9) ^c	لا رمز طبي آخر	اضطراب معرفي عصبي غير محدد

^a الرمز أولاً، وقبل رمز الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم

^b اذكر الرمز في الرقم الخامس بناءً على محدد الأعراض. x0 دون اضطرابات سلوكية. xl مع اضطرابات سلوكية مثلاً (أعراض ذهانية، اضطراب المزاج، هياج، لامبالاة، أو أعراض سلوكية أخرى). **ملاحظة:** لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

^c **ملاحظة:** "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" لا يمكن ترميزها ولكن يجب ذكرها عند الكتابة.

^d انظر جدول الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة/دواء بالنسبة لرموز ICD-10-M. **ملاحظة:** لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم المحدث بمادة/دواء، ولا يمكن ترميز محددات الأعراض المرافقة "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة/دواء ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء الزهايمر

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer's disease

- A-** تم استيفاء معايير الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
- B-** هناك بدء مختل وتقدم تدريجي لضعف في واحد أو أكثر من المجالات المعرفية (للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم، يجب أن يكون الضعف في اثنين على الأقل من المجالات).
- C-** تمّ استيفاء المعايير لداء الزهايمر إما المرجح أو المحتمل على النحو التالي:
- بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم:
- يتم تشخيص داء الزهايمر المرجح إذا تحقق أي من التالي، وإلا، ينبغي تشخيص داء الزهايمر المحتمل.
1. دليل على وجود الطفرة الجينية المسببة لداء الزهايمر من تاريخ العائلة أو من الاختبارات الجينية.
 2. تواجد جميع ما يلي:
 - a- دليل واضح على تراجع في الذاكرة والتعلم ومجال معرفي آخر على الأقل (على أساس التاريخ المفصل أو تسلسل الاختبارات النفسية العصبية).
 - b- التدني التدريجي المطرد الثابت في المعرفة، دون فترات تحسن مديدة.
 - c- لا يوجد دليل على المسببات المختلطة (أي غياب التنكسات العصبية الأخرى وغياب الأمراض الدماغية الوعائية، وغياب الأمراض العصبية الأخرى أو العقلية أو الجهازية أو حالة من المرجح مساهمتها في التدهور المعرفي).
- بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل:
- يتم تشخيص داء الزهايمر المرجح إذا كان هناك دليل على وجود طفرة جينية مسببة لداء الزهايمر من تاريخ العائلة أو من الاختبارات الجينية.

■ يتم تشخيص داء الزهايمر المحتمل إذا لم يكن هناك دليل على وجود طفرة جينية مسببة لداء الزهايمر من تاريخ العائلة أو من الاختبارات الجينية. ووجود كل ما يلي:

1. دليل واضح على تراجع في الذاكرة والتعلم.
 2. التدني التدريجي المطرد الثابت في المعرفة، دون فترات تحسن مديدة.
 3. لا يوجد دليل على المسببات مختلطة (أي غياب التنكسات العصبية الأخرى وغياب الأمراض الدماغية الوعائية، وغياب الأمراض العصبية الأخرى أو العقلية أو الجهازية أو حالة من المرجح مساهمتها في التدهور المعرفي).
- D-** لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال الأمراض الدماغية الوعائية، مرض تنكسي عصبي آخر، تأثيرات مادة، أو بالأمراض العصبية الأخرى أو العقلية أو الجهازية.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء الزهايمر المرجح أو المحتمل مع اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (G30.9) داء الزهايمر، يليه (F02.81). بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المرجح بسبب داء الزهايمر دون اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (G30.9) داء الزهايمر، يليه (F02.81). بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء الزهايمر المرجح أو المحتمل دون اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (G30.9) داء الزهايمر، يليه (F02.80).

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها. بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب الزهايمر فالرمز هو (G31.84).

ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء الزهايمر. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء الزهايمر: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب داء الزهايمر (على سبيل المثال، F06.2 الاضطراب الذهاني بسبب داء الزهايمر، مع الأوهام. والرمز

F06.32 للاضطراب الاكتئابي الناتج عن داء الزهايمر المصحوب بنوبة شبيهة بالاكتئاب الجسيم).

اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل جبهى صغي

Major or Mild Frontotemporal Neurocognitive Disorder

A- تم استيفاء معايير الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.

B- الاضطراب ذو بدء مخاتل مع تقدم تدريجي.

C- إما (1) أو (2)،

1. التبدل السلوكي:

a- ثلاثة أو أكثر من الأعراض السلوكية التالية:

i- السلوك الفاضح.

ii- اللامبالاة أو الجمود.

iii- فقدان التعاطف أو الشفقة.

iv- سلوك مواظب، نمطي أو قهري/طقسي.

v- فرط الاعتماد على الفم وتغييرات في النظام الغذائي.

b- انخفاض بارز في الإدراك الاجتماعي و/أو القدرات التنفيذية.

2- التبدل اللغوي:

a- انخفاض بارز في القدرة اللغوية، على شكل إنتاج الكلام، إيجاد الكلمة

المناسبة، وتسمية الأشياء والقواعد أو فهم الكلام.

D- التجنب النسبي للتعلم والذاكرة والوظائف الحسية الحركية.

E- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال الأمراض الدماغية الوعائية، مرض تنكسي

عصبي آخر، تأثيرات مادة، أو بالأمراض العصبية أو العقلية أو الجهازية الأخرى.

يتم تشخيص اضطراب عصبي معرفي جبهى صدغي مرجح إذا تحقق أي من التالي وإلا، ينبغي أن يتم تشخيص اضطراب عصبي معرفي جبهى صدغي محتمل:

1. إذا كان هناك دليل على وجود طفرة جينية مسببة لاضطراب عصبي معرفي جبهى صدغي من تاريخ العائلة أو من الاختبارات الجينية
2. دليل على انخراط غير متناسب للفص الجبهى و/أو الفص الصدغي من خلال الاشعة العصبية.

يتم تشخيص اضطراب عصبي معرفي جبهى صدغي محتمل إذا لم يوجد دليل على طفرة جينية، أو لم يتم إجراء أشعة عصبية.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب تنكس جبهى صدغي المرجح أو المحتمل مع اضطراب سلوكي، رمز أولاً (G30.09) تنكس جبهى صدغي، يليه (F02.81). بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المرجح أو المحتمل بسبب تنكس جبهى صدغي دون اضطراب سلوكي، رمز أولاً (G30.09) تنكس جبهى صدغي، يليه (F02.80).

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب تنكس جبهى صدغي فالرمز هو (G31.84). **ملاحظة:** (لا تستعمل رمزاً إضافياً لتنكس جبهى صدغي. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب تنكس جبهى صدغي: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب تنكس جبهى صدغي (على سبيل المثال، F06.33 ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب تنكس جبهى صدغي، مع الأوهام. والرمز F07.0 تغير الشخصية الناتج عن تنكس جبهى صدغي، النمط المتحلل).

اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي.

Major or Mild Neurocognitive Disorder with Lewy Bodies

- A-** تم استيفاء معايير اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل.
- B-** هذا الاضطراب له بدء مختل مع تطور تدريجي.
- C-** يحقق هذا الاضطراب مجموعة من الخصائص الأساسية المشخصة ومجموعة من الخصائص التشخيصية الموحية التي تقترح تشخيص اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي مرجح أو محتمل.
- بالنسبة لاضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي مرجح، فيكون لدى الفرد تظاهرتان أساسيتان أو واحدة موحية مع واحدة أو أكثر من التظاهرات الأساسية.
- بالنسبة لاضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي المحتمل، فيكون لدى الفرد تظاهرة أساسية واحدة أو واحدة أو أكثر من التظاهرات الموحية.

1. المظاهر التشخيصية الأساسية:

- a- المعرفة المتموجة مع وجود اختلافات واضحة في الانتباه والوعي.
- b- الهلوس البصرية المتكررة المفصلة والمتشكلة بشكل جيد.
- c- مظاهر عفوية من الشلل الرعاشي، مع ظهور لاحق لتطور التدهور المعرفي.
2. المظاهر التشخيصية الموحية:

- a- يستوفي معايير لاضطراب سلوك نوم حركة العين السريعة.
- b- حساسية شديدة لمضادات الذهان.
- D-** لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال الأمراض الدماغية الوعائية، مرض تنكسي عصبي آخر، تأثيرات مادة، أو بالأمراض العصبية أو العقلية أو الجهازية الأخرى.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب جسيمات ليوي المرجح أو المحتمل مع اضطراب سلوكي، رَمَز أولاً (G30.83) داء جسيمات ليوي، يليه (F02.81). بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المرجح أو المحتمل بسبب جسيمات ليوي دون اضطراب سلوكي، رَمَز أولاً (G30.83) جسيمات ليوي، يليه (F02.80). **ملاحظة:** لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها. بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب جسيمات ليوي فالرمز هو (G31.84). ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء جسيمات ليوي. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها). بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب جسيمات ليوي: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب جسيمات ليوي (على سبيل المثال، F06.0 اضطراب ذهاني بسبب داء جسيمات ليوي، مع هلاوس. والرمز F06.31 اضطراب اكتئابي ناتج عن جسيمات ليوي، مع مظاهر اكتئابية).

اضطراب عصبي معرفي وعائي جسيم أو معتدل

Major or Mild Vascular Neurocognitive Disorder

- A- تم استيفاء معايير اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل.
- B- المظاهر السريرية متوافقة مع السببية الوعائية، كما يقترح أيضاً مما يلي:
1. بدء الخلل المعرفي متوافق زمنياً مع واحد أو أكثر من الحوادث الوعائية الدماغية.
 2. دليل الانخفاض بارز من خلال الانتباه المعقد و(متضمناً سرعة المعالجة) والوظائف التنفيذية للفص الجبهي.

C- هناك دليل على وجود الداء الوعائي الدماغي من التاريخ المرضي أو الفحص السريري، و/أو الأشعة العصبية والذي يعتبر كافياً ليسبب الخل العصبي المعرفي.

D- لا تُفسر الأعراض بشكل أفضل من خلال مرض دماغي آخر أو اضطراب جهازي.

يتم تشخيص الاضطراب العصبي المعرفي الوعائي المرجح عند تحقق واحد مما يلي، وإلا فيكون التشخيص هو اضطراب عصبي معرفي وعائلي محتمل.

1. الصورة السريرية مدعومة بالأشعة العصبية التي تدل على أذى كبير في النسيج العصبي والتي تُعزى للداء الوعائي الدماغي "مدعوم بالأشعة العصبية".
2. المتلازمة المعرفية العصبية متوافقة زمنياً مع واحد أو أكثر من الحوادث الوعائية الدماغية الموثقة.
3. تواجد كلاً من الأدلة السريرية والوراثية (مثلاً، اعتلال الشرايين الدماغية الجسدي المسيطر مع الاحتشاءات تحت القشرية واعتلال المادة البيضاء للدماغ) على الداء الوعائي الدماغي.

يتم تشخيص **اضطراب عصبي معرفي وعائلي محتمل** عند توفر المعايير السريرية ولكن الأشعة العصبية غير متوافرة كما لم تتوثق العلاقة الزمنية بين المتلازمة المعرفية العصبية وبين أحد الحوادث الوعائية الدماغية.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء وعائلي المرجح أو المحتمل مع اضطراب سلوكي F01.51. بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المرجح أو المحتمل بسبب داء وعائلي دون اضطراب سلوكي F01.50.

لا يستخدم رمز طبي إضافي للداء الوعائي.

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب داء وعائي فالرمز هو (G31.84). ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء وعائي. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها). بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الوعائي الجسيم أو المعتدل: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب داء وعائي (على سبيل المثال، F06.31 اضطراب اكتئابي ناتج عن داء وعائي، مع مظاهر اكتئابية).

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب أذيات الدماغ الرضية

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Traumatic Brain Injury

- A- تمّ استيفاء المعايير للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
- B- هناك دليل على أذية الدماغ الرضية والنتيجة عن صدمة على الرأس أو إحدى الآليات الأخرى لحركات الدماغ السريعة أو لتزحزح الدماغ داخل الجمجمة مع واحد أو أكثر مما يلي:
1. فقد الوعي.
 2. نساوة ما بعد الصدمة.
 3. انعدام التوجه والتخليط.
 4. علامات عصبية (مثلاً، الأشعة العصبية التي تظهر أذية، بدء حديث لاختلاجات، سوء واضح لاضطراب اختلاجي موجود سابقاً، تحدّد المجال البصري، فقد حاسة الشم، فالج، فقد الحس النصفي، عمى قشري، حبسة، العمه الحركي، ضعف، فقد التوازن، خلل حسي آخر لا يمكن تفسيره عن طريق سبب محيطي أو أسباب أخرى).
- C- يظهر الاضطراب العصبي المعرفي حالاً بعد أذية الدماغ الرضية أو حالاً بعد استعادة الوعي ويستمر لما بعد المرحلة الحادة من الإصابة.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب أذيات الدماغ الرضية مع اضطراب سلوكي، رمز أولاً (S06.2X9S) أذيات الدماغ الرضية المنتشرة مع فقد للوعي غير محدد المدة، عقابيل، يليه (F02.81) الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب أذيات الدماغ الرضية مع اضطراب سلوكي. بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب أذيات الدماغ الرضية دون اضطراب سلوكي، رمز أولاً (S06.2X9S) أذيات الدماغ الرضية المنتشرة مع فقد للوعي غير محدد المدة، عقابيل، يليه (F02.80) الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب أذيات الدماغ الرضية دون اضطراب سلوكي.

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب أذيات الدماغ الرضية فالرمز هو (G31.84). ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لأذيات الدماغ الرضية. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب أذيات الدماغ الرضية: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب أذيات الدماغ الرضية (على سبيل المثال، F06.34 ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب أذيات الدماغ الرضية، مع مظاهر مختلطة. والرمز F07.0 لتغير الشخصية الناتج عن أذيات الدماغ الرضية، نمط اللامبالاة).

جدول 2 مستويات الشدة في أذية الدماغ الرضية:				
شدة أذية الدماغ الرضية	أذية خفيفة	أذية خفيفة	أذية متوسطة	أذية شديدة
فقد الوعي	أقل أو يساوي 30 دقيقة	أقل أو يساوي 30 دقيقة	من 30 دقيقة إلى 24 ساعة	أكثر أو يساوي 24 ساعة
نساوة ما بعد الحادث (التدني الشديد للتعلم الجديد)	أقل أو يساوي 24 ساعة	أقل أو يساوي 24 ساعة	من 24 ساعة إلى 7 أيام	أكثر أو يساوي 7 أيام
مدة تغيرات الوعي (مثل عدم التوجه والتخليط، بطء التفكير)	أقل أو يساوي 24 ساعة	أقل أو يساوي 24 ساعة	من 24 ساعة إلى 7 أيام	أكثر أو يساوي 7 أيام
درجة جدول غلاسكو للسبات (30 دقيقة بعد الحدث)	15-13	15-13	12-9	8-3
تصوير طبقي محوري أو رنين مغناطيسي للدماغ	طبيعي	غير طبيعي	طبيعي أو غير طبيعي	طبيعي أو غير طبيعي

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة/دواء

Substance/Medication-Induced Major or Mild Neurocognitive Disorder

- A- تمّ استيفاء معايير الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
- B- التدني العصبي المعرفي لا يحصل حصراً في سياق الهذيان ويستمر لما بعد الفترة العادية للانسحاب والسحب الحاد.
- C- المادة أو الدواء المعنية والفترة الزمنية للاستعمال ودرجة شدة الاستخدام قادرة على إحداث التدني العصبي المعرفي.
- D- المسار الزمني للخلل العصبي المعرفي متوافق مع توقيت استعمال المادة أو الدواء وتوقيت سحبها (مثلاً، يستمر الخلل أو يتحسن عقب فترة من الانقطاع).
- E- لا يُعزى الاضطراب العصبي المعرفي لحالة طبية أخرى ولا يُفسره بشكل أفضل اضطراب عقلي آخر.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) توجد رموز ICD-10-CM للاضطرابات العصبية المعرفية المحدثّة [بمادة معينة/دواء] في الجدول أدناه. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يعتمد على ما إذا كان هناك تشارك مرضي مصاحب لاستعمال المواد أو عدم استعمالها لنفس فئة المادة. على أي حال، لا يتم وضع تشخيص منفصل إضافي لاضطراب استعمال المواد.

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المحدث بمادة: إذا كان هناك تشارك مرضي مصاحب لاستعمال المواد الخفيف مع الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المحدث بمادة فالرقم في الخانة الرابعة هو "1" ويجب تسجيل "اضطراب استعمال المادة الخفيف" قبل الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المحدث بمادة (على سبيل المثال، اضطراب استعمال المستنشقات الخفيف مع الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المحدث بالمستنشقات). بالنسبة للكحول والمواد المهدئة أو المنومة أو المزيلة للقلق،

فإن اضطراب الاستعمال الخفيف غير كافٍ للتسبب في اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث بمادة، وبالتالي لا تتوفر رموز ICD-10-CM لهذه المجموعة. إذا كان اضطراب استعمال المواد المعتدل أو الشديد مصاحباً للاضطراب المعرفي العصبي المحدث بمادة معينة، فإن الموضع الرابع هو "2"، ويجب على الطبيب أن يسجل "اضطراب استعمال [مادة] معتدل" أو "اضطراب استعمال [مادة] شديد" اعتماداً على شدة اضطراب الاستعمال المرافق. إذا لم يكن هناك تشارك مرضي لاضطراب استعمال المواد، فإن الموضع الرابع هو "9"، ويجب على الطبيب أن يسجل فقط الاضطراب المعرفي العصبي الجسيم المحدث بمادة.

الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل المحدث بمادة: إذا كان هناك تشارك مرضي مصاحب لاستعمال المواد الخفيف مع الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل المحدث بمادة فالرقم في الخانة الرابعة هو "1" ويجب تسجيل "اضطراب استعمال المادة الخفيف" قبل الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل المحدث بمادة (على سبيل المثال، اضطراب استعمال الكوكايين الخفيف مع الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل المحدث بالكوكايين). إذا كان اضطراب استعمال المواد المعتدل أو الشديد مصاحباً للاضطراب المعرفي العصبي المحدث بمادة معينة، فإن الموضع الرابع هو "2"، ويجب على الطبيب أن يسجل "اضطراب استعمال [مادة] معتدل" أو "اضطراب استعمال [مادة] شديد" اعتماداً على شدة اضطراب الاستعمال المرافق. إذا لم يكن هناك تشارك مرضي لاضطراب استعمال المواد، فإن الموضع الرابع هو "9"، ويجب على الطبيب أن يسجل فقط الاضطراب المعرفي العصبي المعتدل المحدث بمادة.

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" (للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم) ولا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" (للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم والمعتدل) ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

ICD-10-CM			
دون اضطراب الاستعمال،	مع اضطراب الاستعمال، متوسط أو شديد	مع اضطراب الاستعمال، خفيف	
اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث بمادة			
F10.97	F10.27	NA	اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث بالكحول، نمط النساءة غير التلفيقية.
F10.96	F10.26	NA	اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث بالكحول، نمط النساءة التلفيقية.
F18.97	F18.27	F18.17	اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث بالمستنشقات.
F13.97	F13.27	NA	اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.
F19.97	F19.27	F19.17	اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث بمادة أخرى (أو غير معروفة).
اضطراب عصبي معرفي معتدل محدث بمادة			

اضطراب عصبي معرفي معتدل محدث بالكحول.	F10.188	F10.288	F10.988
اضطراب عصبي معرفي معتدل محدث بالمستنشقات.	F18.188	F18.288	F18.988
اضطراب عصبي معرفي معتدل محدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.	F13.188	F13.288	F13.988
اضطراب عصبي معرفي معتدل محدث بمادة ذات نمط الأمفيتامين (أو منشط آخر)	F15.188	F15.288	F15.988
اضطراب عصبي معرفي معتدل محدث بالكوكائين	F14.188	F14.288	F14.988
اضطراب عصبي معرفي معتدل محدث بمادة أخرى (أو غير معروفة).	F19.188	F19.288	F19.988

حدّد إذا كان:

- مستمر: التدني العصبي المعرفي يستمر بشكل كبير عقب فترة طويلة من الانقطاع.

**الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب خمج فيروس نقص المناعة
البشري HIV:**

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to HIV Infection

- A-** تمّ استيفاء المعايير للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
- B-** هناك عدوى موثقة بفيروس نقص المناعة البشرية HIV.
- C-** لا يُفسر الاضطراب العصبي المعرفي بشكل أفضل بحالات غير HIV متضمناً أمراض الدماغ الثانوية مثلاً اعتلال بيضاء الدماغ المتقدم متعدد البؤر أو التهاب السحايا بالمستخفيات.
- D-** لا يُعزى الاضطراب العصبي المعرفي لحالة طبية أخرى، ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب خمج HIV مع اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (B20) خمج HIV، يليه (F02.81) الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب خمج HIV مع اضطراب سلوكي.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب خمج HIV دون اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (B20) خمج HIV، يليه (F02.80) الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب خمج HIV دون اضطراب سلوكي. ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب خمج HIV فالرمز هو (G31.84). ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لخمج HIV. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب خمج HIV: استخدم

رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب خمج HIV (على سبيل المثال، F06.34 ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بـ خمج HIV، مع مظاهر مشتركة. والرمز F07.0 لتغير الشخصية المحدث بـ خمج HIV).

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء بريون

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Prion Disease

- A- تمّ استيفاء معايير الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
- B- إن البدء المخاتل والتطور السريع للخلل يعد شائعاً.
- C- هناك مظاهر حركية لداء بريون كالهزع والنفذات العضلية أو واسمات حيوية دالة.
- D- لا يُعزى الاضطراب العصبي المعرفي لحالة طبية أخرى ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء بريون مع اضطراب سلوكي، رمز أولاً (A81.9) داء بريون، يليه (F02.81) الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء بريون مع اضطراب سلوكي. بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء بريون دون اضطراب سلوكي، رمز أولاً (A81.9) داء بريون، يليه (F02.80) الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء بريون دون اضطراب سلوكي. **ملاحظة:** لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب داء بريون فالرمز هو (G31.84). ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء بريون. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء بريون: استخدم

رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب داء بريون (على سبيل المثال، F06.2 الاضطراب الذهاني بسبب داء بريون، مع الأوهام. والرمز F06.32 للاضطراب الاكتئابي الناتج عن داء بريون المصحوب بنوبة شبيهة بالاكتئاب الجسيم).

اضطراب عصبي معرفي معتدل أو جسيم بسبب داء باركنسون

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Parkinson's disease

- A- تمّ استيفاء المعايير للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
 - B- يحدث الاضطراب خلال حالة معروفة لداء باركنسون.
 - C- هناك بدء مخاتل وتقدم تدريجي للضعف.
 - D- لا يُعزى الاضطراب العصبي المعرفي لحالة طبية أخرى ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر.
- يجب أن يشخص الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المرجح بسبب داء باركنسون إذا توافر كلاً من 1 و2. ويشخص الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحتمل بسبب داء باركنسون إذا توافر 1 أو 2.
1. لا يوجد دليل على سببية مختلطة (أي غياب داء تنكس عصبي آخر أو غياب الداء الوعائي الدماغية أو غياب الأمراض العصبية والعقلية والجهازية الأخرى أو الحالات التي يمكن أن تؤثر على العجز العصبي المعرفي).
 2. داء باركنسون يسبق بدء الاضطراب العصبي المعرفي بشكل واضح.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء باركنسون المرجح أو المحتمل مع اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (G20) داء باركنسون، يليه (F02.81). بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء باركنسون المرجح أو المحتمل دون اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (G20) داء باركنسون، يليه

(F02.80).

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.
بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب داء باركنسون فالرمز هو (G31.84).
ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء باركنسون. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء باركنسون: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب داء باركنسون (على سبيل المثال، F06.0 الاضطراب الذهاني بسبب داء باركنسون، مع هلاوس. والرمز F06.31 للاضطراب الاكتئابي الناتج عن داء باركنسون مع مظاهر اكتئابية).

اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب داء هنتنغتون

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Huntington's disease

- A- تم استيفاء المعايير للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
- B- هناك بدء مخاتل مع تطور تدريجي.
- C- تمّ تشخيص داء هنتنغتون بشكل موثق، أو خطر لحصول داء هنتنغتون بناءً على القصة العائلية والفحوص الوراثية.
- D- لا يُعزى الاضطراب العصبي المعرفي لحالة طبية أخرى ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء هنتنغتون مع اضطراب سلوكي، رّمز أولاً (G10) داء هنتنغتون، يليه (F02.81).
بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب داء هنتنغتون دون اضطراب

سلوكي، رمز أولاً (G10) داء هنتنغتون، يليه (F02.80).

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب

المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب داء هنتنغتون فالرمز هو

(G31.84). **ملاحظة:** (لا تستعمل رمزاً إضافياً لداء هنتنغتون. لا يمكن ترميز "مع اضطراب

سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء هنتنغتون:

استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب داء

هنتنغتون (على سبيل المثال، الرمز F06.31 للاضطراب الاكتئابي الناتج عن داء

هنتنغتون مع مظاهر اكتئابية، F06.4 اضطراب قلق بسبب داء هنتنغتون).

اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب حالة طبية أخرى

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to another Medical Condition

A- تمّ استيفاء المعايير للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.

B- هناك أدلة من - التاريخ، الفحص السريري، أو النتائج المخبرية - أن الاضطراب

العصبي المعرفي هو أحد العقابيل الفيزيولوجية المرضية لحالة طبية أخرى

(كالتصلب العديد على سبيل المثال).

C- العجز المعرفي لا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (كاضطراب اكتئابي

جسيم على سبيل المثال) أو باضطراب عصبي معرفي محدد آخر (مثلاً داء

الزهايمر، خمج HIV).

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم

بسبب حالة طبية أخرى مع اضطراب سلوكي، رمز أولاً الحالة طبية أخرى، متبوعاً برمز

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب حالة طبية أخرى، مع اضطراب سلوكي

(على سبيل المثال، G35 التصلب العديدي، F02.81 الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب التصلب العديدي، مع اضطراب سلوكي).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب حالة طبية أخرى دون اضطراب سلوكي، رمز أولاً الحالة الطبية أخرى، متبوعاً برمز الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب حالة طبية أخرى دون اضطراب سلوكي (على سبيل المثال، G35 التصلب العديدي، F02.80 الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب التصلب العديدي، دون اضطراب سلوكي).

ملاحظة: لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب حالة طبية أخرى فالرمز هو (G31.84). ملاحظة: (لا تستعمل رمزاً إضافياً لحالة طبية أخرى. لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب حالة طبية أخرى: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، الرمز F06.32 للاضطراب الاكتئابي الناتج عن التصلب العديدي، مع نوبة شبيهة بالاكتئاب الجسيم).

الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل الناتج عن تعدد الأسباب المرضية

Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Multiple Etiologies

- A-** تمّ استيفاء المعايير للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل.
- B-** هناك دليل من التاريخ، الفحص السريري، الموجودات المخبرية أن الاضطراب العصبي المعرفي هو أحد العقابيل الفيزيولوجية المرضية لأكثر من سبب مرضي واحد باستثناء المواد (مثلاً: الاضطراب العصبي المعرفي بسبب الزهايمر مع تطور لاحق لاضطراب عصبي معرفي وعائلي).

ملاحظة: رجاءً أشّر إلى المعايير التشخيصية بالنسبة للاضطرابات المعرفية العصبية المتعددة والعائدة للحالات الطبية المحددة للدلالة على المسببات المرضية المعينة.

C- لا يُفسر الخلل المعرفي بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر ولا يحدث حصراً في سياق هذيان.

ملاحظة للترميز: (انظر للقائمة أعلاه) بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب تعدد الأسباب المرضية أدرج أولاً جميع الحالات الطبية المسببة (باستثناء أمراض الأوعية الدموية التي لا ترمز) متبوعاً إما بالرمز F02.81 الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب تعدد الأسباب المرضية، مع اضطراب سلوكي. أو بالرمز F02.80 الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم بسبب تعدد الأسباب المرضية، دون اضطراب سلوكي.

إذا كان داء الأوعية الدموية من بين الحالات الطبية المسببة المتعددة، قم بالترميز التالي إما F01.51 للاضطراب المعرفي العصبي الوعائي الجسيم، مع اضطراب سلوكي، أو F01.50 لاضطراب معرفي عصبي وعائلي جسيم، دون اضطراب سلوكي. **ملاحظة:** لا يمكن ترميز محددات الشدة "خفيفة" و "متوسطة" و "شديدة" للاضطراب المعرفي العصبي الجسيم ولكن لا يزال يتعين تسجيلها.

فمثلاً، الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم المتوسط بسبب داء الزهايمر، والداء

الوعائي، وخمج HIV، وحيث يعتبر فيه استعمال الكحول المزمن الشديد عاملاً مساهماً، قم بالترميز كما يلي: G30.9 داء الزهايمر، خمج HIV B20، F02.81 اضطراب معرفي عصبي جسيم ناتج عن مرض الزهايمر وفيروس نقص المناعة البشرية، المتوسط، مع اضطراب سلوكي، و F01.51 اضطراب معرفي عصبي وعائي جسيم، معتدل، مع اضطراب سلوكي، و F10.27 اضطراب شديد لاستعمال الكحول مع اضطراب عصبي معرفي جسيم محدث باستعمال الكحول، المتوسط، نمط النسابة التليفقية.

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي المعتدل بسبب تعدد الأسباب المرضية فالرمز هو (G31.84). **ملاحظة:** (لا تستعمل الرموز الإضافية لتعدد الأسباب المرضية. لا يمكن ترميز

"مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب تعدد الأسباب المرضية: استخدم رمزاً (رموزاً) إضافية للإشارة إلى الأعراض النفسية المهمة سريرياً بسبب تعدد الأسباب المرضية (على سبيل المثال، الرمز F06.2 اضطراب ذهاني بسبب داء الزهايمر، مع أوهام، والرمز F06.31 للاضطراب الاكتئابي الناتج عن الداء الوعائي، مع مظاهر اكتئابية).

اضطراب عصبي معرفي غير محدد

Unspecified Neurocognitive Disorder (R41.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطراب العصبي المعرفي والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات العصبية المعرفية.

يتم استخدام فئة اضطراب عصبي معرفي غير محدد في الحالات التي لم يُستطع فيها تحديد السبب المرضي بشكل دقيق لوضع التشخيص المثبت.

ملاحظة للترميز: بالنسبة للاضطراب المعرفي العصبي غير المحدد الجسيم أو المعتدل، فالرمز هو (R41.9). **ملاحظة:** (لا تستعمل رموزاً إضافية للأسباب الطبية المفترضة، لا يمكن ترميز "مع اضطراب سلوكي" و "دون اضطراب سلوكي" ولكن لا يزال يتعين تسجيلها).

اضطرابات الشخصية

Personality Disorder

يبدأ هذا الفصل بتعريف عام لاضطراب الشخصية ينطبق على كل من اضطرابات الشخصية العشرة المحددة. اضطراب الشخصية هو نمط دائم من التجربة الداخلية والسلوك الذي ينحرف بشكل ملحوظ عن معايير وتوقعات ثقافة الفرد، ويكون متفشياً وغير مرن، ويبدأ في مرحلة المراهقة أو مرحلة البلوغ المبكرة، ويستقر مع مرور الزمن، ويؤدي إلى الضيق أو الضعف.

مع أي عملية مراجعة مستمرة، خاصة بمثل هذا التعقيد، تظهر وجهات نظر مختلفة، وقد بذل الجهد لاستيعابها. وبالتالي، يتم تضمين اضطرابات الشخصية في القسمين الثاني والثالث من DSM-5-TR. تمثل المواد في القسم الثاني تحديثاً للنص المرتبط بنفس المعايير الموجودة في DSM-5 (والتي تم ترحيلها من DSM-IV-TR)، بينما يتضمن القسم الثالث النموذج المقترح لتشخيص اضطراب الشخصية والمفاهيم، والذي تم تطويره بواسطة مجموعة عمل DSM-5 للشخصية واضطرابات الشخصية. مع تطور هذا المجال، من المأمول أن يخدم كلا النموذجان الممارسة السريرية والمبادرات البحثية.

اضطراب الشخصية العام

General Personality Disorder

- 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 ويمتد 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 ومستمراً لمدة طويلة، ويمكن تتبع البداية إلى مرحلة المراهقة أو إلى بدايات سن الرشد على الأقل.
- E-** لا يُفسر هذا النمط الدائم بشكل 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).

المجموعة A من اضطرابات الشخصية

اضطراب الشخصية الزورانية

Paranoid Personality Disorder (F60.0)

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

1. شبهات، دون أساس كاف، في أن الآخرين يستغلونه أو يلحقون به الأذى أو يخدعونه.

2. منشغل بشكوك لا مسوّغ لها حول وفاء وائتمانية الأصدقاء والزملاء.

3. يتردد بالوثوق في الآخرين بسبب الخوف غير المسوّغ من أن المعلومات ستستخدم بشكل خبيث ضده.

4. يستنبط من الملاحظات أو الأحداث البريئة إهانات وتهديدات خفية.

5. يحمل الضغائن 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 مسوّغ، 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.

ملاحظة: إذا تحققت المعايير قبل بدء الفصام، أضف (قبل المرض) مثال: «اضطراب الشخصية الزورانية (ما قبل المرضي)».

اضطراب الشخصية الفصامانية

Schizoid Personality Disorder (F60.1)

A- نمط شامل من العزلة عن العلاقات الاجتماعية وتحدّد مدى التعبير الانفعالي في المواقف الشخصية، والذي يبتدئ 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. يفتقر 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.

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

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 علاقات، بالإضافة إلى انحرافات معرفية أو إدراكية وغرابة في السلوك، والذي يبتدئ 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، الاعتقاد بالخرافات أو الإيمان بالاستبصار (قوة كشف الغيب) أو التخاطر، أو «الحاسة السادسة»، وعند الأطفال والمراهقين، تخیلات أو انشغالات 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 ارتياحي 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 بالألفة ويميل للترافق مع خوف زوري أكثر من كونه 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.

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

المجموعة B من اضطرابات الشخصية

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 والتعديات.
 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 يسيء 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 الغصام أو اضطراب ثنائي القطب.

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 يبتدئ منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدلّ عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

1. محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل. **ملاحظة:** لا تضمّن 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 تضمّن 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.

اضطراب الشخصية الهستريونية

Histrionic Personality Disorder (F60.4)

- نمط ثابت من فرط الانفعالية وجذب الانتباه، والذي يبتدئ منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدلّ 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 سطحياً 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 للإيحاء، أي يتأثر بسهولة بالآخرين أو الظروف.
 8. يعتبر علاقاته أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع.

اضطراب الشخصية النرجسية

Narcissistic Personality Disorder (F60.81)

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

1. لديه شعور عظمة بأهمية الذات (مثال، يبالغ في الإنجازات والمواهب ويتوقع أن يُعترف به كمتفوق دون أن يحقق إنجازات مكافئة).
2. مستغرق في خيالات عن النجاح اللامحدود أو القوة أو التألق أو الجمال أو الحب المثالي.
3. يعتقد أنه «متميز» وفريد ويمكن فهمه أو يجب أن يصاحب فقط من قبل أناس مميزين أو من طبقة عليا أو 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. يفتقد 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.

المجموعة C من اضطرابات الشخصية

اضطراب الشخصية التجنبية

Avoidant Personality Disorder (F60.6)

نمط ثابت من التثبيط الاجتماعي مع مشاعر بعدم الكفاية وفرط الحساسية للتقييم السلبي، والذي يبتدئ 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. يبدي تقيداً في العلاقات الحميمة بسبب الخوف من أن يكون موضع سخريّة وخزي.
4. منشغل بكونه موضع انتقاد أو رفض في المواقف الاجتماعية.
5. متثبط في المواقف الجديدة مع الناس بسبب الخوف من عدم الكفاءة.
6. ينظر إلى نفسه على أنه غير كفؤ اجتماعياً، غير جذاب شخصياً، أو أقل شأناً من الآخرين.
7. يتردد بصورة غير عادية في تعريض نفسه للمجازفات أو الانخراط في أنشطة جديدة لأنها قد تظهر الارتباك والخجل.

اضطراب الشخصية الاعتمادية

Dependent Personality Disorder (F60.7)

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

1. لدى المصاب صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون مقدار كبير من النصح 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 تضمّن 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.

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

Obsessive-compulsive Personality Disorder (F60.5)

نمط ثابت من الانشغال بالانتظام والكمال والضبط العقلي وضبط العلاقات الشخصية على حساب المرونة والانفتاح والفعالية، والذي يبتدئ منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدلّ 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 معاييرهِ الدقيقة 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 والمُثل 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، فالمال يُنظر إليه كشيء ينبغي تكديسه من أجل كوارث المستقبل.
8. يبدى تصلباً وعناداً.

اضطرابات الشخصية الأخرى

تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى

Personality Change Due to another Medical Condition (F07.0)

A- اضطراب الشخصية الثابت والذي يمثل تغييراً عن النمط السابق من الشخصية المميزة للفرد.

ملاحظة: في الأطفال، ينطوي الاضطراب على انحراف واضح عن التطور الطبيعي أو تغير كبير في أنماط السلوك المعتاد من الطفل، يدوم لسنة واحدة على الأقل.

B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية أخرى.

C- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (بما في ذلك اضطراب عقلي آخر بسبب حالة طبية أخرى).

D- لا يحدث الاضطراب حصراً في سياق هذيان.

E- يؤدي الاضطراب إلى إحباط أو ضعف سريري هام في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

تحديد ما إذا كان:

- نمط غير مستقر: إذا كان السائد هو عدم الاستقرار الانفعالي.
- نمط السلوك المتحلل: إذا كانت الميزة السائدة هي فقد التحكم بالاندفاعات كما يتضح من خلال الطيش الجنسي، الخ
- النمط العدوانية: إذا كانت الميزة السائدة هي السلوك العدواني.

- النمط اللامبالي: إذا كان المظهر السائد هو اللامبالاة وعدم الاكتراث.
- نمط زوري: إذا كان المظهر السائد هو الارتياب أو التفكير الزوري.
- نمط آخر: إذا لم يتوافق المظهر الموجود مع أي من الأنواع الفرعية أعلاه.
- النمط المختلط: إذا غلبت على الصورة السريرية أكثر من ميزة واحدة.
- نمط غير محدد

ملاحظة للترميز: اذكر اسم الحالة الطبية الأخرى (على سبيل المثال، [F07.0] تغير في الشخصية نتيجة لصرع الفص الصدغي). ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى، ووضعها بشكل منفصل ومباشرة قبل اضطراب في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، [G40.209] صرع الفص الصدغي، [F07.0] تغير في الشخصية نتيجة لصرع الفص الصدغي).

اضطراب شخصية محدد آخر

Other Specified Personality Disorder (F60.89)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الشخصية والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الشخصية.

يتم استخدام فئة اضطراب شخصية محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الشخصية.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب شخصية محدد آخر" تليها الأسباب المحددة (مثلاً "تظاهرات شخصية مختلطة").

اضطراب شخصية غير محدد

Unspecified Personality Disorder (F60.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الشخصية والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الشخصية.

يتم استخدام فئة اضطراب شخصية غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الشخصية. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.



اضطرابات الولع الجنسي

paraphilic disorders

في هذا الفصل، يتوافق ترتيب عرض اضطرابات الولع الجنسي المذكورة عموماً مع مخططات التصنيف الشائعة لهذه الحالات. وقد جرت العادة على اختيار هذه الاضطرابات الثمانية المحددة للإدراج والتعيين، وذلك ضمن معايير تشخيصية واضحة في الدليل التشخيصي والإحصائي لسببين رئيسيين: الشيوع النسبي، عند المقارنة باضطرابات الولع الجنسي الأخرى، كما أن بعضها يستلزم أفعالاً لتحقيق الرضا قد تسبب الإيذاء أو الضرر المحتمل للآخرين، فتصنف في عداد الجرائم الجنائية. إن الاضطرابات الثمانية المدرجة لا تستنفذ قائمة اضطرابات الولع الجنسي الخاصة الممكنة. وقد تم تحديد العشرات من أشكال الولع الجنسي المميزة وتسميتها، ويمكن لأي منها تقريباً، بحكم العواقب السلبية على الفرد أو على الآخرين، أن يرتقي إلى مستوى اضطراب الولع الجنسي.

المجموعة الأولى من الاضطرابات يعتمد على تفضيلات النشاط الشاذ. تنقسم هذه الاضطرابات إلى اضطرابات التودد، والتي تشبه المكونات المشوهة لسلوك التودد البشري (اضطراب التلصص، واضطراب الاستعراء، واضطراب الاحتكاك). واضطرابات التلذذ بالألم، التي تنطوي على الألم والمعاناة (اضطراب المازوخية الجنسية واضطراب السادية الجنسية). تستند المجموعة الثانية من الاضطرابات إلى تفضيلات هدف شاذة. وتشمل هذه الاضطرابات واحد موجه إلى البشر الآخرين (اضطراب الولع بالأطفال) واثنان موجهان لمكان آخر (اضطراب الفيتشية واضطراب لبس ملابس الجنس الآخر).

إن مصطلح الولع الجنسي يدل على أي اهتمام جنسي كثيف ومستمر، مستثنين

الاهتمام الجنسي عبر إثارة الأعضاء التناسلية أو الملاطفة التحضيرية الطبيعية ظاهرياً، والناضجة جسدياً، والتي تتم بالتراضي مع البشر الشركاء. في بعض الظروف، قد يكون من الصعب تطبيق معايير "مكثفة ومستمرة" كتقييم الأشخاص المسنين جداً أو المرضى طبيياً والذين قد لا يكون لديهم اهتمامات جنسية "مكثفة" من أي نوع. في مثل هذه الظروف، يمكن تعريف مصطلح الولع الجنسي على أنه أي اهتمام جنسي أكبر أو مساوي للاهتمامات الجنسية الطبيعية. هناك أيضاً حالات الولع الجنسي المحددة والتي يتم وصفها عموماً بشكل أفضل بأنها اهتمامات جنسية تفضيلية بدلاً من اهتمامات جنسية مكثفة.

إن اضطراب الولع الجنسي يسبب إحباطاً أو خللاً في الوقت الراهن للفرد أو أن اضطرابات الولع الجنسي قد تنطوي على الأذى الشخصي، أو احتمال وقوع الأذى على الآخرين. الولع الجنسي هو شرط ضروري غير كافٍ للحصول على تشخيص اضطراب الولع الجنسي والولع الجنسي بحد ذاته لا يبرر بالضرورة أو يتطلب التدخل السريري.

اضطراب التلصص

Voyeuristic Disorder (F65.3)

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثرات جنسية متكررة وكثيفة من مراقبة شخص مطمئن. والذي يكون قد يكون عارياً، أو خلال التعري، أو عند الانخراط في النشاط الجنسي كما يتجلى عبر التخيلات الاندفاعات، أو السلوكيات.

B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- إن الفرد الذي يختبر هذه الاستثارات و/أو الذي يتصرف وفقاً للاندفاعات يكون قد بلغ سن 18 عاماً على الأقل.

حدّد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرص للاندخراط في السلوك التلصصي مقيدة.
- في هدأة كاملة: لم يمارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات لم تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير مسيطر عليها.

اضطراب الاستعراء

Exhibitionistic Disorder (F65.2)

- A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من كشف الأعضاء الجنسية للفرد لشخص لا يتوقع ذلك كما يتجلى عبر التخييلات، الاندفاعات، أو السلوكيات.
- B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدّد ما إذا كان:

- يستثار جنسياً من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأطفال قبل سن البلوغ
- يستثار جنسياً من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأفراد الناضجين جسدياً

- يستثار جنسياً من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأطفال قبل سن البلوغ والأفراد الناضجين جسدياً

حدّد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرص لعرض الأعضاء التناسلية مقيدة.
- في هدأة كاملة: لم يمارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات لم تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير مسيطر عليها.

اضطراب الاحتكاك

Frotteuristic Disorder (F65.81)

- A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من لمس أو احتكاك مع شخص غير موافق كما يتجلى عبر التخييلات، الاندفاعات، أو السلوكيات.
- B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدّد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرصة للمس أو الاحتكاك بشخص غير موافق مقيدة.
- في هدأة كاملة: لم يمارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو

أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات لم تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير مسيطر عليها.

اضطراب المازوخية الجنسية

Sexual Masochism Disorder (F65.51)

- A-** على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من التعرض للإذلال أو الضرب أو التقييد أو أي شكل آخر قصد به المعاناة، كما يتجلى عبر التخييلات، الاندفاعات، أو السلوكيات.
- B-** إن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات أو السلوكيات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدّد ما إذا كان:

- مع الخنق: إذا انخرط الفرد في ممارسة لبلوغ الاستثارة الجنسية عبر تقييد التنفس.

حدّد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطرة عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرصة للانخراط في سلوكيات مازوخية جنسية مقيدة.
- في هدأة كاملة: لم يكن هناك إحباط أو تدن سريري هام في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير مسيطر عليها.

اضطراب السادية الجنسية

Sexual Sadism Disorder (F65.52)

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من المعاناة النفسية أو الجسدية لشخص آخر، كما يتجلى عبر التخييلات، الاندفاعات، أو السلوكيات.

B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدّد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرصة للانخراط بسلوكيات جنسية سادية مقيدة.
- في هدأة كاملة: لم يمارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخييلات لم تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير مسيطر عليها.

اضطراب الولوج بالأطفال

Pedophilic Disorder (F65.4)

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثرات جنسية أو خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات متكررة وكثيفة تتضمن نشاطاً جنسياً مع طفل أو أطفال دون سن البلوغ (13 عاماً أو أقل عادة).

B- لقد تصرف الفرد وفقاً لهذه الاندفاعات الجنسية، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات تسبب إحباطاً هاماً أو صعوبة في العلاقات الشخصية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- يكون الفرد قد بلغ سن 16 عاماً على الأقل وأن يكون أكبر بخمس سنوات على الأقل من الطفل أو الأطفال في المعيار A.

ملاحظة: لا تشمل الفرد في أواخر مرحلة المراهقة والمنخرط في علاقة جنسية مع فرد آخر في عمر 12 - 13 عاماً.

حدّد ما إذا كان:

- النمط الحصري (ينجذب فقط للأطفال)
- نمط غير حصري

حدّد ما إذا كان:

- ينجذب جنسياً للذكور
- ينجذب جنسياً إلى الإناث
- ينجذب جنسياً لكلاهما

حدّد ما إذا كان:

- يقتصر على زنا المحارم

اضطراب الفيتشية

Fetishistic Disorder (F65.0)

- A-** على مدى 6 أشهر على الأقل، استثرات جنسية متكررة وكثيفة من استعمال أشياء غير حية أو التركيز الخاص على عضو أو (أعضاء) جسدي غير تناسلي كما يتجلى عبر خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات.
- B-** إن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات أو السلوكيات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C-** لا تقتصر الأشياء الفيتشية على قِطْع الملابس المستخدمة في اللباس المتقاطع (كما في اضطراب لبس ملابس الجنس الآخر) أو الأدوات المصممة لغرض الاستثارة الجنسية اللمسية (مثل، الجهاز الهزاز).

حدّد ما إذا كان:

- جزء أو أجزاء الجسد
- أشياء غير حية
- أخرى

حدّد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرصة للانخراط في سلوكيات فيتشية مقيدة.
- في هدأة كاملة: لم يكن هناك إحباط أو تدني سريري هام في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء

وجوده في بيئة غير مسيطر عليها.

اضطراب لبس ملابس الجنس الآخر

Transvestic Disorder (F65.1)

- A-** على مدى 6 أشهر على الأقل، استثرات جنسية متكررة وكثيفة من لبس ملابس الجنس الآخر كما يتجلى عبر خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات.
- B-** إن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات أو السلوكيات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدّد ما إذا كان:

- مع فيتشية: إذا استثير جنسياً بالأقمشة والمواد أو الملابس.
- مع ميل للذاتية الأنثوية autogynephilia: إذا استثير جنسياً بأفكار أو خيالات عن النفس كأنثى.

حدّد ما إذا كان:

- في بيئة مسيطر عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرصة للباس المتقاطع مقيدة.
- في هدأة كاملة: لم يكن هناك إحباط أو تدن سريري هام في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير مسيطر عليها.

اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر

Other Specified Paraphilic Disorder (F65.89)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الولع الجنسي والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الولع الجنسي.

يتم استخدام فئة اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الولع الجنسي.

يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر" تليها الأسباب المحددة مثلاً "ولع الحيوانات".

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة" لتعيينها وتشمل ولكنها غير محددة بما يلي: استثارة جنسية كثيفة ومتكررة عبر المكالمات الهاتفية الفاحشة. الولع بالأموات، ولع الحيوانات، ولع البراز، ولع الحقن الشرجية، أو ولع البول. والتي كانت موجودة لستة أشهر على الأقل والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى. اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر يمكن تحديده باعتباره في هدأة أو/وتحدث في بيئة مسيطر عليها.

اضطراب الولع الجنسي الغير المحدد

Unspecified Paraphilic Disorder (F65.9)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الولع الجنسي والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات ولع جنسي.

يتم استخدام فئة اضطراب الولع الجنسي غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات الولع الجنسي. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.



اضطرابات عقلية أخرى ورموز إضافية

Other Mental Disorders and Additional Codes

تنطبق هذه الفئة المتبقية على الحالات ذات الأعراض المميزة للاضطراب العقلي الذي يسبب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى. ولكن لا تستوف المعايير الكاملة لأي اضطراب عقلي آخر في القسم الثاني الذي سبق. تسمح هذه الرموز بتوثيق وترميز هذه الاضطرابات العقلية غير المصنفة. كما يتضمن هذا الفصل أيضاً رمزاً إضافياً، "لا يوجد تشخيص أو حالة"، للحالات التي تم فيها تقييم الفرد وتقرر عدم وجود اضطراب أو حالة نفسية.

اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى

Other Specified Mental Disorder Due to another Medical Condition (F06.8)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تف بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات عقلي محدد آخر والمُعزاة إلى حالة طبية أخرى. يتم استخدام فئة اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبى المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى.

يتم ذلك من خلال تسجيل اسم الاضطراب مع وضع السبب المرضي المحدد مكان "حالة طبية أخرى" متبوعاً بالتظاهرات العرضية والتي لا تلبي معايير أي اضطراب عقلي محدد ناتج عن حالة طبية أخرى. كما يجب إدراج الرمز التشخيصي للحالة الطبية المحددة مباشرةً قبل رمز اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى. فمثلاً الأعراض التفارقية الناتجة عن الاختلاجات الجزئية المعقدة يجب ترميزها كما يلي: G40.209 الاختلاجات الجزئية المعقدة. F06.8 اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن الاختلاجات الجزئية المعقدة. أعراض تفارقية.

من الأمثلة على التظاهرات التي يمكن تحديدها باستخدام التسمية "المحددة الأخرى" ما يلي: أعراض تفارقية، وهذا يشمل الأعراض التي تحدث، على سبيل المثال، في سياق الاختلاجات الجزئية المعقدة.

اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى

Unspecified Mental Disorder Due to another Medical Condition (F09)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب عقلي ناتج عن حالة طبية أخرى والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطراب عقلي ناتج عن حالة طبية أخرى. يتم استخدام فئة اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطراب عقلي محدد ناتج عن حالة طبية أخرى. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً) ويتم ذلك من خلال تسجيل اسم الاضطراب مع وضع السبب

المرضي المحدد مكان "حالة طبية أخرى".

علوة على ذلك، يجب إدراج رمز التشخيص للحالة الطبية المحددة مباشرة قبل رمز الاضطراب العقلي غير المحدد الناتج عن حالة طبية أخرى. على سبيل المثال، سيتم ترميز الأعراض التفارقية الناتجة عن الاختلاجات الجزئية المعقدة وتسجيلها على أنها اختلاجات جزئية معقدة G40.209، واضطراب عقلي غير محدد F09 بسبب الاختلاجات الجزئية المعقدة.

اضطراب عقلي محدد آخر

Other Specified Mental Disorder (F99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب عقلي والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي اضطراب عقلي محدد. يتم استخدام فئة اضطراب عقلي محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبّي المعايير المحددة لتشخيص أي اضطراب عقلي محدد. يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب عقلي محدد آخر" تليها الأسباب المحددة.

اضطراب عقلي غير محدد

Unspecified Mental Disorder (F99)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب عقلي والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفّ بالمعايير الكاملة لتشخيص أي اضطراب عقلي. يتم استخدام فئة

اضطراب عقلي غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي المعايير المحددة لتشخيص أي اضطرابات عقلي. وتتضمن الحالات التي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً (في أقسام الطوارئ مثلاً).

رموز إضافية Additional Codes

لا يوجد تشخيص أو حالة

Z03.89

ينطبق هذا التشخيص على المواقف التي تم فيها تقييم الشخص وتقرر أنه لا يوجد اضطراب أو حالة نفسية.

Damascus University

اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية

Medication-Induced Movement Disorders and other adverse effects of medications

أدرجت اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية التالية في القسم الثاني بسبب أهميتها المتكررة في:

1. تدبير الاضطرابات العقلية أو الحالات الطبية العامة بواسطة الأدوية.
 2. في التشخيص التفريقي مع الاضطرابات العقلية (مثال، اضطراب القلق مقابل الزلزال المحدث بمضادات الذهان، الكاتاتونيا الخبيثة مقابل متلازمة مضادات الذهان الخبيثة. عسر الحركة الآجل مقابل داء الرقص).
- وعلى الرغم أنه يجري وصف هذه الحالات بأنها «محدثة بالأدوية»، فمن الصعب غالباً إقامة علاقة سببية بين التعرض للدواء وحدث اضطراب الحركة، خاصة وأن بعض اضطرابات الحركة هذه يحدث أيضاً في غياب التعرض للأدوية. إن الحالات والمشاكل المذكورة في هذا الفصل ليست من الاضطرابات العقلية.
- وعلى الرغم أن مصطلح Neuroleptic قد أصبح بالياً لأنه يُبرز استعداد الأدوية المضادة للذهان لإحداث حركات شاذة، وجرى استبداله بمصطلح مضادات الذهان وعوامل حصر مستقبلات الدوبامين الأخرى في الكثير من السياقات.

الباركنسونية المحدثة بالأدوية

الباركنسونية المحدثة بمضادات الذهان وعوامل حصر مستقبلات الدوبامين
الأخرى

**Antipsychotic Medication- and Other Dopamine Receptor Blocking
gent-Induced Parkinsonism (G21.11)**

الباركنسونية المحدثة بأدوية أخرى

Other Medication-Induced Parkinsonism (G21.19)

متلازمة مضادات الذهان الخبيثة

Neuroleptic Malignant Syndrome (G21.0)

خلل التوتر العضلي الحاد المحدث بالأدوية

Medication-Induced Acute Dystonia (G24.02)

السمة الأساسية لخلل التوتر العضلي الحاد المحدث بالأدوية هي تقلصات العضلات غير الطبيعية المستمرة (زيادة توتر العضلات) والوضعيات التي تتطور بالتزامن مع استخدام دواء يعرف عنه تسببه بحصول خلل التوتر العضلي الحاد.

الزلز الحاد المحدث بالأدوية

Medication-Induced Acute Akathisia (G25.71)

السمة الأساسية هي شكاوى ذاتية بالتململ، وواحد مما يلي: حركات شاذة أو تأرجح الساقين أثناء الجلوس، أو التأرجح من القدم إلى القدم أو "المشي في نفس البقعة" أثناء الوقوف، أو السرعة لتخفيف القلق، أو عدم القدرة على الجلوس أو الوقوف لعدة دقائق على الأقل. قد لا يتمكن الأفراد الذين يعانون من أشد أشكال الزلز الحاد المحدث بالأدوية من الحفاظ على أي وضع لأكثر من بضع ثوان. تشمل الشكاوى الذاتية الشعور بالتململ الداخلي، في أغلب الأحيان في الساقين، دافع قهري لتحريك الساقين، الضيق

إذا طلب من المرء عدم تحريك ساقيه، وسوء المزاج والقلق. تحدث الأعراض عادةً في غضون 4 أسابيع من بدء أو زيادة جرعة الدواء الذي يمكن أن يسبب الإصابة بالزلز.

خلل الحركة الآجل

Tardive Dyskinesia (G24.01)

السمة الأساسية هي حركات لإرادية في اللسان أو الفك أو الأطراف أو الجذع، والتي تتطور مترافقةً مع استعمال دواء يحصر مستقبلات الدوبامين ما بعد المشبكية، مضاد للذهان لعدة شهور على الأقل. تستمر الحركات لفترة 4 أسابيع على الأقل، وقد تكون ذات نمط الرقص، أو شبيهة بالكنع، أو شبه إيقاعية، بطبيعتها.

خلل التوتر العضلي الآجل

Tardive Dystonia(G24.09)

الزلز الآجل

Tardive Akathisia(G25.71)

المتلازمة الآجلة والتي تنطوي على أنواع أخرى من مشاكل الحركة، مثل خلل التوتر أو الزلز، والتي تتميز بتأخر ظهورها في مسار العلاج واحتمال استمرارها من أشهر إلى سنوات، حتى عند إيقاف أو تخفيض جرعة مضادات الذهان.

رعاش الوضعة المحدثة بالأدوية

Medication-Induced Postural Tremor (G25.1)

السمة الأساسية هي رعاش ناعم (في مجال 8-12 هرتز) يحدث أثناء المحاولات الرامية إلى المحافظة على وضعية ما، وهو يحدث بالترافق مع استخدام الأدوية (مثل، الليثيوم، مضادات الاكتئاب، الفالبروات).

اضطراب حركة آخر محدث بالأدوية

Other Medication-Induced Movement Disorder (G25.79)

هذه الفئة مخصصة لاضطرابات الحركة المحدثة دوائياً وغير المصنفة تحت أي من الاضطرابات النوعية المدرجة أعلاه. تتضمن الأمثلة:

1. تظاهرات تشبه متلازمة مضادات الذهان الخبيثة مترافقة مع دواء من غير مضادات الذهان.
2. حالات آجلة أخرى محدثة بالأدوية.

متلازمة قطع مضادات الاكتئاب Antidepressant Discontinuation Syndrome

- Initial encounter (T43.205A) تَعَرُّض بدئي
- Subsequent encounter (T43.205D) تَعَرُّض لاحق
- Sequelae (T43.205S) عقابيل

قد تحدث أعراض السحب بعد العلاج بجميع أنواع مضادات الاكتئاب. على عكس متلازمات السحب المرتبطة بالمواد الأفيونية والكحول والمواد الأخرى، فإن متلازمة سحب مضادات الاكتئاب ليس لها أعراض مرضية. بدلاً من ذلك، فإن الأعراض تميل إلى أن تكون غامضة ومتغيرة. تبدأ الأعراض عادة خلال 2-4 أيام من آخر جرعة من العلاج، بالنسبة SSRI فالأعراض عادةً: دوخة وطنين، "أحاسيس شبيهة بصدمة كهربائية"، أرق وقلق. يجب ألا يكون استخدام مضادات الاكتئاب قبل التوقف قد تسبب في تحت هوس أو حالة مختلطة (أي يجب أن تكون هناك ثقة في أن متلازمة السحب ليست نتيجة تقلبات في استقرار الحالة المزاجية المرتبطة بالعلاج السابق). بالنسبة لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، فقد ارتبط التوقف المفاجئ عن العلاج بأعراض الجهاز الهضمي (التشنج - يعكس النشاط المفرط الكولينري بعد إيقاف مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات المضادة للكولين) وكذلك معاودة تحت الهوس. انتعاش الهوس الخفيف.

تعتمد متلازمة السحب لمضادات الاكتئاب فقط على العوامل الدوائية ولا ترتبط بالتأثيرات المعززة لمضاد الاكتئاب. على عكس استمرار المواد ذات التأثيرات المعززة مثل

المواد الأفيونية، لا يحدث التوق.

تأثير جانبي آخر لدواء

Other Adverse Effect of Medication

- (T50.905A) تَعَرُّضٌ بدئي
- (T50.905D) تَعَرُّضٌ لاحق
- (T50.905S) عقابيل

تستخدم هذه الفئة لتسجيل تأثيرات دواء ما (عدا الأعراض الحركية) عندما تصبح هذه التأثيرات الجانبية مركزاً للاهتمام السريري. من الأمثلة: انخفاض ضغط شديد، اللانظميات القلبية، انتصاب القضيب المستمر priapism.

حالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري

يغطي هذا النقاش الحالات والمشاكل الأخرى التي قد تكون محطاً للاهتمام السريري أو التي قد تؤثر على التشخيص، أو المآل أو العلاج من اضطراب عقلي عند المريض. يتم عرض هذه الحالات مع الرموز المقابلة لها من ICD-10-CM (عادةً رموز Z). قد يتم ترميز حالة أو مشكلة في هذا الفصل

1. إذا كانت سبباً للزيارة الحالية.
 2. إذا كان ذلك يساعد في توضيح الحاجة إلى اختبار أو إجراء أو علاج.
 3. إذا كانت تلعب دوراً في بدء أو تفاقم اضطراب عقلي.
 4. إذا كان ذلك يشكل مشكلة يجب أخذها في الاعتبار في خطة الإدارة الشاملة.
- الحالات والمشكلات المذكورة في هذا الفصل ليست اضطرابات نفسية. يهدف إدراجها في DSM-5-TR إلى لفت الانتباه إلى نطاق المشكلات الإضافية التي قد تواجه في الممارسة السريرية الروتينية وتقديم قائمة منهجية قد تكون مفيدة للأطباء في توثيق هذه القضايا. للإشارة السريعة إلى جميع الرموز في هذا القسم، راجع تصنيف DSM-5-TR. يتم سرد الحالات والمشكلات التي قد تكون محور الاهتمام السريري في النص التالي على النحو التالي:

1. السلوك الانتحاري (سلوك من المحتمل أن يضر بالنفس مع وجود بعض النية على الأقل للموت) وإيذاء النفس غير الانتحاري (الإضرار المتعمد بالجسم في حالة عدم وجود نية انتحارية).
2. سوء المعاملة والإهمال (على سبيل المثال، سوء معاملة الأطفال والبالغين ومشاكل الإهمال، بما في ذلك الاعتداء الجسدي والاعتداء الجنسي والإهمال والاعتداء النفسي).
3. مشاكل العلاقات (على سبيل المثال، مشكلة العلاقات بين الوالدين والطفل،

- مشكلة العلاقات بين الأشقاء، ضائقة في العلاقة مع الزوج أو الشريك الحميم، انقطاع بسبب الانفصال أو الطلاق).
4. مشاكل تعليمية (مثل الأمية أو انخفاض مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة، عدم توفر التعليم أو كونه بعيد المنال، فشل في امتحانات مدرسية، تحصيل متدنٍ في المدرسة).
5. المشاكل المهنية (على سبيل المثال، البطالة، تغيير الوظيفة، التهديد بفقدان الوظيفة، المهنة الضاغطة، الخلاف مع الرئيس وزملاء العمل).
6. مشاكل السكن (مثل التشرد، السكن غير اللائق، الخلاف مع الجار، المستأجر، أو المالك).
7. المشاكل الاقتصادية (مثل نقص الغذاء أو مياه الشرب المأمونة، والفقر المدقع والدخل المنخفض).
8. المشاكل المتعلقة بالبيئة الاجتماعية (على سبيل المثال، المشاكل المتعلقة بالعيش بمفرده، صعوبة التأقلم أو الإقصاء الاجتماعي أو الرفض).
9. المشاكل المتعلقة بالتفاعل مع النظام القانوني (مثل الإدانة في جريمة، أو السجن أو أشكال الحبس الأخرى، المشاكل المتعلقة بالإفراج من السجن، المشاكل المتعلقة بالظروف القانونية الأخرى).
10. المشاكل المتعلقة بظروف نفسية وشخصية وبيئية أخرى (على سبيل المثال، المشاكل المتعلقة بالحمل غير المرغوب فيه، أو ضحية الجريمة، أو ضحية الإرهاب).
11. المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الطبية وغيرها من أشكال الرعاية الصحية (على سبيل المثال، عدم التوافر أو عدم إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية).
12. ظروف التاريخ الشخصي (على سبيل المثال، التاريخ الشخصي للصدمات

النفسية، والانتشار العسكري).

13. لقاءات الخدمات الصحية الأخرى للاستشارة والنصيحة الطبية (على سبيل

المثال، الاستشارة الجنسية، مشورة أو استشارة أخرى).

14. الحالات أو المشاكل الإضافية التي قد تكون محوراً للاهتمام السريري (على

سبيل المثال، التجوال المرتبط باضطراب عقلي، فجيرة غير معقدة، مشكلة مرحلة من الحياة).

السلوك الانتحاري

يمكن استخدام هذه الفئة للأفراد الذين انخرطوا في سلوك من المحتمل أن يؤدي إلى إيذاء الذات مع وجود نية ما على الأقل للموت نتيجة لهذا الفعل. يمكن أن يكون الدليل على نية لإنهاء حياة المرء صريحاً أو قد يُستدل عليه من السلوك أو الظروف. قد تؤدي محاولة الانتحار أو لا تؤدي إلى إيذاء النفس الفعلي. إذا تم ثني الفرد من قبل شخص آخر أو غير رأيه قبل الشروع في السلوك، فإن هذه الفئة لا تنطبق.

السلوك الانتحاري الحالي

■ T14.91A T14.91A المقابلة الأولية: إذا كان السلوك الانتحاري جزءاً من المواجهة الأولية مع المظهر السريري

■ T14.91D T14.91D المقابلة اللاحقة: إذا كان السلوك الانتحاري جزءاً من المواجهات اللاحقة مع المظهر السريري

■ Z91.51 تاريخ السلوك الانتحاري

إذا حدث سلوك انتحاري خلال حياة الفرد

إيذاء الذات غير الانتحاري

يمكن استخدام هذه الفئة للأفراد الذين انخرطوا في إحداث أضرار ذاتية متعمدة لجسمهم من النوع الذي يحتمل أن يسبب نزيفاً أو كدمات أو ألماً (مثل القطع أو الحرق أو

- الطعن أو الضرب أو الاحتكاك المفرط) مع عدم وجود نية انتحارية.
- R45.88 الإيذاء الذاتي الحالي غير الانتحاري إذا كان السلوك غير الانتحاري المضر بالنفس جزءاً من المظهر.
- Z91.52 تاريخ إيذاء النفس غير الانتحاري إذا حدث سلوك غير انتحاري مضر بالنفس خلال حياة الفرد.

سوء المعاملة والإهمال Abuse and Neglect

إن سوء المعاملة من قبل أحد أفراد الأسرة (على سبيل المثال، مقدم الرعاية، شريك حميم بالغ) أو عن طريق آخرين من غير الأقرباء يمكن أن يكون هو مجال التركيز السريري الحالي، أو أن سوء المعاملة هذا يمكن أن يكون عاملاً هاماً في تقييم وعلاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية أو طبية أخرى. بسبب الآثار القانونية المترتبة على سوء المعاملة والإهمال، فينبغي توخي الحذر في تقييم هذه الشروط وتعيين هذه الرموز.

ملاحظة ترميزية لحالات سوء المعاملة والإهمال في ICD-10-CM

بالنسبة لرموز T فقط، يجب ترميز الحرف السابع على النحو التالي:

- (المقابلة الأولية) يُستخدم أثناء تلقي الفرد علاجاً فعالاً للحالة (على سبيل المثال، العلاج الجراحي، مواجهة في قسم الطوارئ، التقييم والعلاج من قبل طبيب جديد)، أو
- D (المقابلة اللاحقة) يُستخدم للمقابلات بعد أن يتلقى الفرد علاجاً فعالاً للحالة وعندما يتلقى رعاية روتينية للحالة خلال مرحلة الشفاء أو التعافي (على سبيل المثال، تغيير الجبيرة أو إزالتها، وإزالة جهاز التثبيت الخارجي أو الداخلي، وتعديل

الأدوية، وزيارات الرعاية اللاحقة والمتابعة الأخرى).

مشاكل إساءة معاملة الطفل وإهماله

الإساءة الجسدية للطفل

تستعمل هذه الفئة حين تكون الإساءة الجسدية للطفل هي محور الاهتمام السريري. الإساءة الجسدية للطفل هي الأذى الجسدي غير الناتج عن حادث، والتي تتراوح من كدمات طفيفة لكسور شديدة أو الوفاة، والتي تحدث كنتيجة للكم والضرب والركل والعض، والهز، والرمي، والطعن، والخنق، والضرب بواسطة (اليدين، والعصا، والحزام، أو شيء آخر)، الحرق، أو أي طريقة أخرى والمستعملة من أحد الوالدين، أو مقدم الرعاية، أو غيرهم من الأشخاص المسؤولين عن الطفل. ويعتبر هذا الأذى إساءة معاملة بغض النظر عن نية مقدم الرعاية في أذية الطفل. العقاب البدني، مثل الصفع أو الضرب على المؤخرة، لا يعتبر إساءة طالما أنه معقول ولا يسبب أي إصابات جسدية للطفل. الرموز التشخيصية:

الإساءة الجسدية المؤكدة للطفل

(T74.12XA) المراقبة الأولية

(T74.12XD) المراقبة اللاحقة

الإساءة الجسدية المشتبه فيها للطفل

(T76.12XA) المراقبة الأولية

(T76.12XD) المراقبة اللاحقة

الحالات الأخرى المتعلقة بالإساءة الجسدية للطفل

(Z69.010) المراقبة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية إساءة المعاملة من والد.

(Z69.020) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية إساءة المعاملة من غير الوالد.

(Z62.810) قصة شخصية (تاريخ سابق) للإساءة الجسدية في الطفولة

(Z69.011) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لوالد مرتكب إساءة المعاملة الطفل.

(Z62.021) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لشخص غير الوالد مرتكب إساءة المعاملة الطفل.

الاعتداء الجنسي على الأطفال

تستعمل هذه الفئة حين تكون الإساءة الجنسية للطفل هي محور الاهتمام السريري. الاعتداء الجنسي على الأطفال يشمل أي فعل جنسي يتضمن طفلاً والذي يهدف إلى تحقيق الإشباع الجنسي عند أحد الوالدين، مقدم الرعاية، أو غيرهم من الأشخاص الذين يتحملون مسؤولية الطفل. ويشمل الاعتداء الجنسي أنشطة مثل مداعبة الأعضاء التناسلية للطفل، الإيلاج، وسفاح المحارم، والاعتصاب واللواط والتعرض غير اللائق. ويشمل الاعتداء الجنسي أيضاً استغلال الطفل الجنسي دون اتصال من قبل أحد الوالدين أو مقدم الرعاية، على سبيل المثال، إجبار طفل أو خداعه، إغوائه، تهديده، أو الضغط عليه للمشاركة في أفعال تهدف لتحقيق الإشباع الجنسي للآخرين، دون الاتصال الجسدي المباشر بين الطفل والشخص المعتدي.

الاعتداء الجنسي المؤكد على الأطفال

(T74.22XA) المقابلة الأولية

(T74.22XD) المقابلة اللاحقة

الاعتداء الجنسي المشتبه بحصوله على الأطفال

(T76.22XA) المقابلة الأولية

(T76.22XD) المقابلة اللاحقة

الحالات الأخرى المتعلقة بالاعتداء الجنسي على الأطفال

(Z69.010) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية للاعتداء الجنسي من والد.

(Z69.020) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية للاعتداء الجنسي من غير الوالد.

(Z62.810) قصة شخصية (تاريخ سابق) للاعتداء الجنسي في الطفولة.

(Z69.011) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لوالد مرتكب للاعتداء الجنسي على طفل.

(Z69.021) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لغير الوالد مرتكب للاعتداء الجنسي على طفل.

إهمال الطفل

تستعمل هذه الفئة حين يكون إهمال الطفل محور الاهتمام السريري. ويعرف إهمال الطفل بأنه أي فعل مشين مؤكد أو مشتبه فيه من السهو، من قبل أحد والدي الطفل أو مقدمي الرعاية الأخرى، مما يحرم الطفل من الاحتياجات الأساسية المناسبة للفئة العمرية وبالتالي يؤدي، أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الجسدي أو النفسي للطفل. إهمال الأطفال يشمل التخلي عنه، وعدم وجود الإشراف المناسب، الفشل في تحقيق احتياجات الطفل العاطفية أو النفسية اللازمة، والفشل في توفير لوازم التعليم والرعاية الطبية والغذاء والمأوى و/أو الملابس.

إهمال الطفل، مؤكد

(T74.02XA) اللقاء الأولي

(T74.02XD) اللقاء اللاحق

إهمال الطفل، مشتبه به

(T76.02XA) اللقاء الأولي

(T76.02XD) اللقاء اللاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بإهمال الطفل

- (Z69.010) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية إهمال من والد.
- (Z69.020) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية إهمال من غير الوالد.
- (Z62.812) قصة شخصية (تاريخ سابق) للإهمال في مرحلة الطفولة.
- (Z69.011) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لوالد مرتكب لإهمال طفل.
- (Z69.021) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لغير الوالد والمركب لإهمال طفل.

الإيذاء النفسي للطفل

تستعمل هذه الفئة حين يكون الإيذاء النفسي للطفل محور الاهتمام السريري. الإيذاء النفسي للطفل هو الأفعال اللفظية أو الرمزية اللاعرضية من قبل أحد الوالدين أو مقدم الرعاية، مما يؤدي أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى النفسي الكبير للطفل. (لا تتضمن هذه الفئة الأفعال المسيئة الجسدية والجنسية). أمثلة من الإيذاء النفسي للطفل:

التوبيخ، الحط من قيمة الطفل، أو الإذلال والإهانة للطفل، تهديد الأطفال، بالإيذاء/أو التخلي أو التهديد بأن المتهم المزعم سوف يؤدي/يتخلى عن الأشخاص أو الأشياء التي تهم الطفل. تقييد الأطفال (عن طريق ربط ذراعي الطفل أو الساقين معاً أو تقييد الطفل إلى قطعة من الأثاث، أو حبس الطفل في منطقة صغيرة مغلقة [على سبيل المثال، خزانة]، وإلقاء المسؤولية المشيين على الطفل، إجبار الطفل على إلحاق الألم بنفسه أو نفسها، أو التأديب المفرط للطفل (أي بتواتر مرتفع جداً من حيث المدة أو الزمن، وحتى إن لم يكن في مستوى الاعتداء الجسدي) من خلال الوسائل المادية أو غير المادية.

الإيذاء النفسي للطفل المؤكد

(T74.32XA) اللقاء الأولي

(T74.32XD) اللقاء اللاحق

الإيذاء النفسي للطفل المشتبه فيه

(T76.32XA) اللقاء الأولي

(T76.32XD) اللقاء اللاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بالإيذاء النفسي للطفل

(Z69.010) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية الإيذاء النفسي من والد.

(Z69.020) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لطفل ضحية الإيذاء النفسي من غير الوالد.

(Z62.811) قصة شخصية (تاريخ سابق) للإيذاء النفسي في مرحلة الطفولة.

(Z69.011) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لوالد مرتكب الإيذاء النفسي لطفل.

(Z69.021) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لغير الوالد مرتكب الإيذاء النفسي لطفل.

مشاكل سوء المعاملة والإهمال للبالغين

عنف الزوج أو الشريك، الجسدي

تستعمل هذه الفئة حين يكون عنف الزوج أو الشريك، الجسدي محور الاهتمام السريري. ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما تؤدي الأفعال اللاعرضية من القوة البدنية، أو تحمل هذه الأفعال احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الجسدي لشريك حميم، أو التي

تشير الخوف الكبير لدى الشريك والتي حصلت خلال العام الماضي.
الأفعال اللاعرضية الجسدية: وتشمل الدفع القوي، الصفع، شد الشعر، القرص، التقييد،
والهز، والرمي، العض والركل والضرب بالقبضة أو أي شئ آخر، والحرق، والتسميم،
واستخدام القوة على الحنجرة، وقطع التزود بالهواء، الاحتفاظ بالرأس تحت الماء،
واستخدام سلاح.

الأفعال التي يقصد منها غرض حماية النفس أو الشريك مستبعدة.

عنف الزوج أو الشريك، الجسدي المؤكد

(T74.11XA) اللقاء الأولي

(T74.11XD) اللقاء اللاحق

عنف الزوج أو الشريك، الجسدي المشتبه به

(T76.11XA) اللقاء الأولي

(T76.11XD) اللقاء اللاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بعنف الزوج أو الشريك، الجسدي

(Z69.11) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لضحية العنف الجسدي لزوج أو
شريك

(Z91.410) قصة شخصية (تاريخ سابق) من عنف الزوج أو الشريك، الجسدي

(Z69.12) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لمرتكب العنف الجسدي على
زوج أو شريك

عنف الزوج أو الشريك، الجنسي

تستعمل هذه الفئة حين يكون عنف الزوج أو الشريك، الجنسي محور الاهتمام السريري.
قد ينطوي العنف الجنسي على استخدام القوة البدنية أو الإكراه النفسي لإجبار الشريك
على الانخراط في الفعل الجنسي ضد إرادته أو إرادتها، سواء اكتمل الفعل أو لم يكتمل.

وتشمل أيضاً هذه الفئة الأفعال الجنسية مع شريك حميم والذي لم يتمكن من الموافقة.

عنف الزوج أو الشريك، الجنسي المؤكد

(T74.21 XA) اللقاء الأولي

(T74.21XD) اللقاء اللاحق

عنف الزوج أو الشريك، الجنسي المشتبه به

(T76.21 XA) اللقاء الأولي

(T76.21XD) اللقاء اللاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بعنف الزوج أو الشريك، الجنسي

(Z69.81) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لضحية العنف الجنسي لزوج أو شريك

(Z91.410) قصة شخصية (تاريخ سابق) من عنف الزوج أو الشريك، الجنسي

(Z69.12) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لمرتكب العنف الجنسي لزوج أو شريك

إهمال الزوج أو الشريك

تستعمل هذه الفئة حين يكون إهمال الزوج أو الشريك محور الاهتمام السريري. إهمال الشريك هو أي فعل مشين من السهو خلال السنة الماضية، من قبل شريك والذي يحرم الشريك المعتمد من الحاجات الأساسية وبالتالي يؤدي، أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الجسدي أو النفسي للشريك المعتمد.

يتم استخدام هذه الفئة في سياق العلاقات التي يعتمد أحد الشريكين على الآخر بشكل كبير للعناية به، أو في أنشطة الحياة اليومية ومنها على سبيل المثال، الشريك الغير قادر على الرعاية الذاتية نظراً للتحديات الجسدية والنفسية/الذهنية، أو الثقافية (على سبيل المثال، عدم القدرة على التواصل مع الآخرين وإدارة أنشطة

الحياة اليومية بسبب الحياة في بيئة ثقافية مختلفة).

إهمال الزوج أو الشريك المؤكد

(T74.01 XA) اللقاء الأولي

(T74.01 XD) اللقاء اللاحق

إهمال الزوج أو الشريك المشتبه به

(T76.01 XA) اللقاء الأولي

(T76.01XD) اللقاء اللاحق

الظروف الأخرى بإهمال الزوج أو الشريك

(Z69.11) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لضحية إهمال زوج أو شريك

(Z91.412) قصة شخصية (تاريخ سابق) من إهمال الزوج أو الشريك

(Z69.12) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لمرتكب إهمال زوج أو شريك

الإيذاء النفسي لزوج أو شريك

تستعمل هذه الفئة حين يكون الإيذاء النفسي لزوج أو شريك محور الاهتمام السريري. الإيذاء النفسي لشريك يشمل الأفعال اللفظية أو الرمزية للاعترضية من جانب أحد الشريكين الذي يؤدي، أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الكبير للشريك الآخر. وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عند حصول الإيذاء النفسي خلال العام الماضي. وتشمل أفعال الإيذاء النفسي توبيخ أو إذلال الضحية، تقييد قدرة الضحية على الرواح والغدو بحرية، عرقلة وصول الضحية للمساعدة (على سبيل المثال رجال القانون والقضاء والمساعدة الوقائية والطبية)، تهديد الضحية بالاعتداء الجسدي أو الاعتداء الجنسي، الإضرار، أو التهديد بالإضرار، بأناس أو أشياء تهم الضحية، تقييد غير مجاز لوصول الضحية للموارد الاقتصادية، عزل الضحية عن الأسرة والأصدقاء، أو الدعم الاجتماعي، مطاردة الضحية، ومحاولة جعل الضحية يعتقد أنه أو أنها مجنونة "التلاعب

بالعقول".

الإيذاء النفسي لزوج أو شريك المؤكد

(T74.31 XA) اللقاء الأولي

(T74.31 XD) اللقاء اللاحق

الإيذاء النفسي لزوج أو شريك المشتبه به

(T76.31 XA) اللقاء الأولي

(T76.31XD) اللقاء اللاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بالإيذاء النفسي لزوج أو شريك

(Z69.11) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لضحية الإيذاء النفسي لزوج أو شريك

(Z91.411) قصة شخصية (تاريخ سابق) للإيذاء النفسي من زوج أو شريك

(Z69.12) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لمرتكب الإيذاء النفسي لزوج أو شريك

الإساءة لبالغ من قبل غير الزوج أو الشريك

تستعمل هذه الفئة حين تكون الإساءة لبالغ من قبل غير الزوج أو الشريك محور الاهتمام السريري. أمثلة سوء المعاملة قد تنطوي على أفعال جسدية وجنسية، أو عاطفية. أمثلة من سوء معاملة البالغ المتضمنة القوة الجسدية اللاعرضية (على سبيل المثال، الدفع والخدش، والصفع، ورمي شيء يمكن أن يضر، واللكم، والعض) والتي أدت أو لديها احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الجسدي أو التسبب بخوف كبير، أفعال جنسية قسرية أو بالإكراه، وأفعال لفظية أو رمزية ذات قدرة على التسبب بالأذى النفسي (على سبيل المثال، توجيه اللوم أو إذلال شخص آخر، استجواب الشخص، تقييد قدرة الشخص على الرواح والغدو بحرية، تقييد وصول الشخص إلى المساعدة، تهديد الشخص، الإيذاء أو

التهديد بإيذاء الأشخاص أو الأشياء المهمة للشخص، تقييد الوصول إلى الموارد الاقتصادية، عزل الشخص عن الأسرة والأصدقاء، أو موارد الدعم الاجتماعي، المطاردة، محاولة جعل الشخص يفكر أنه أو أنها مجنونة). يتم استبعاد الأفعال ذات غرض حماية النفس أو الآخر جسدياً.

الإساءة الجسدية لبالغ من قبل غير الزوج أو غير الشريك المؤكدة

(T74.11XA) اللقاء الأولي

(T74.11XD) اللقاء اللاحق

الإساءة الجسدية لبالغ من قبل غير الزوج أو غير الشريك، المشتبه بها

(T76.11XA) اللقاء الأولي

(T76.11XD) اللقاء اللاحق

الإساءة الجنسية لبالغ من قبل غير الزوج أو غير الشريك المؤكدة

(T74.21XA) اللقاء الأولي

(T74.21 XD) اللقاء اللاحق

الإساءة الجنسية لبالغ من قبل غير الزوج أو غير الشريك المشتبه بها

(T76.21XA) اللقاء الأولي

(T76.21XD) اللقاء اللاحق

الإساءة النفسية لبالغ من قبل غير الزوج أو غير الشريك المؤكدة

(T74.31XA) اللقاء الأولي

(T74.31 XD) اللقاء اللاحق

الإساءة النفسية لبالغ من قبل غير الزوج أو غير الشريك المشتبه بها

(T76.31XA) اللقاء الأولي

(T76.31XD) اللقاء اللاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بالإساءة لبالغ من قبل غير الزوج أو غير الشريك

(Z69.81) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لضحية الإساءة لبالغ من قبل

غير الزوج أو غير الشريك

(Z69.82) المقابلة للحصول على خدمات الصحة العقلية لمرتكب الإساءة لبالغ من قبل

غير الزوج أو غير الشريك

مشاكل العلاقات

إن العلاقات الرئيسية، وخصوصاً العلاقات الحميمة مع الشريك البالغ وعلاقات الطفل مع الوالد/مقدم الرعاية، يكون لها تأثير كبير على صحة الأفراد في هذه العلاقات. هذه العلاقات قد تكون معززة للصحة أو وقائية، محايدة، أو مؤذية للصحة. وفي الحالات المتطرفة، يمكن أن تترافق هذه العلاقات الوثيقة مع إساءة المعاملة أو الإهمال، والذي يترتب عليه عواقب كبيرة طبية ونفسية بالنسبة للفرد المتضرر. وقد تصبح مشكلة العلاقة في مركز الاهتمام السريري إما لأن الفرد يسعى للرعاية الصحية بسببها، أو بسبب تأثيرها على مسار ومآل أو علاج الاضطراب العقلي أو الطبي للفرد.

مشاكل متعلقة بالتنشئة الأسرية

Problems Related to Family Upbringing

مشكلة علاقة والد - طفل (Z62.820)

Z62.820 الوالد - الطفل البيولوجي

Z62.821 الوالدين - الطفل المتبنى

Z62.822 الوالد - الطفل بالتبني

Z62.898 مقدم رعاية آخر - طفل

لهذه الفئة، فمصطلح الوالد يستخدم للإشارة إلى أحد مقدمي الرعاية الأساسيين للطفل، والذي قد يكون والدًا بيولوجيًا، بالتبني، أو حاضنة أو قد يكون قريب آخر (مثل الجد) والذي يقوم بالدور الوالدي للطفل. ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يكون المحور الرئيسي للاهتمام السريري، لمعالجة نوعية العلاقة بين والد - طفل أو عندما تكون نوعية العلاقة بين والد - طفل تؤثر على مسار ومآل أو علاج الاضطراب العقلي أو الطبي للفرد. ترتبط عادة، مشاكل العلاقة بين والد - طفل بتدني الأداء في المجالات السلوكية والإدراكية، الوجدانية.

أمثلة من المشاكل السلوكية تشمل: عدم كفاية الرقابة الوالدية أو عدم كفاية التشارك مع الطفل، الحماية المفرطة الوالدين، ضغط الوالدين المفرط، الجدل الذي قد يتصاعد إلى التهديد بالعنف الجسدي، وتجنب حل المشاكل. قد تتضمن مشاكل الإدراك، التوقع السلبي لنوايا الطرف الآخر، العداوة أو لوم الآخر، ومشاعر النفور غير المبررة. قد تتضمن المشكلات العاطفية مشاعر الحزن واللامبالاة، أو الغضب إزاء الفرد الآخر في هذه العلاقة. ينبغي للطبيب أن يأخذ بالاعتبار الاحتياجات التطورية للطفل والسياق الثقافي.

مشكلة علاقة مع شقيق (Z62.891)

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يكون محور الاهتمام السريري هو نمط من التفاعل بين الأخوة، والذي يقترب بضعف كبير في الأداء للفرد أو الأسرة أو مع تطور الأعراض عند واحد أو أكثر من الأخوة وتؤثر على مسار ومآل أو علاج الاضطراب العقلي أو الطبي للأخ. هذه الفئة يمكن أن تستخدم إما للأطفال أو البالغين إذا كان التركيز على العلاقة الأخوية. ويشمل الأخوة في هذا السياق إما الأخ الكامل أو نصف الأخ أو الأخ المتبنى.

الإحباط في العلاقة مع الزوج أو الشريك الحميم (Z63.0)

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يكون التركيز الرئيسي للاتصال السريري، يتعلق بحل لنوعية العلاقة الحميمة مع (الزوج أو الشريك) أو عندما تؤثر نوعية تلك العلاقة على المسار، التشخيص، أو العلاج من اضطراب عقلي أو الحالات الطبية الأخرى. يمكن

للشركاء أن يكونوا من نفس الجندر أو من جندين مختلفين. عادةً، ما ترتبط مشاكل العلاقات مع ضعف الأداء في المجالات السلوكية والمعرفية، أو الوجدانية. الأمثلة من المشاكل السلوكية تشمل صعوبة حل الخلاف، والانسحاب، أو الانخراط الزائد. المشاكل في الإدراك يمكن أن تظهر كتوقعات سلبية مزمنة لنوايا الطرف الآخر أو تجاهل السلوكيات الإيجابية للشريك. المشاكل العاطفية تشمل الحزن المزمن، واللامبالاة، و/أو الغضب من الشريك الآخر.

المشاكل المتعلقة بالبيئة الأسرية

التنشئة بعيداً عن الوالدين (Z62.29)

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يكون التركيز الرئيسي للاهتمام السريري يتعلق بشؤون طفل ينشأ بعيداً عن والديه، أو عندما تؤثر هذه التنشئة المنفصلة على المسار، التشخيص، أو العلاج من اضطراب عقلي أو الحالات الطبية الأخرى. يمكن أن يكون الطفل تحت وصاية الدولة أو وضع في رعاية الأقارب أو الحضانة. ويمكن أيضاً أن يكون من الذين يعيشون في منزل أحد الأقارب، أو مع الأصدقاء، والذي ليس مفوضاً من المحاكم الإلزامية للتنشئة خارج المنزل. كما تشمل مشاكل الأطفال الذين يعيشون في منزل جماعي أو دار للأيتام. تستثني هذه الفئة القضايا المتعلقة بالأطفال في المدارس الداخلية (Z59.3).

الطفل المتضرر من مشاكل العلاقة بين الوالدين (Z62.898)

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يكون محور الاهتمام السريري هو الآثار السلبية لعلاقة الوالدين السيئة (على سبيل المثال، مستويات عالية من الصراع، الإحباط، أو الامتهان) على الطفل في الأسرة، بما في ذلك الآثار المؤدية إلى الاضطرابات العقلية أو الطبية الأخرى للطفل.

تمزق الأسرة بسبب الانفصال أو الطلاق (Z63.5)

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يعيش شركاء في علاقة حميمة بالغة بعيداً عن بعضهم بسبب مشاكل في العلاقة أو يسعون قدماً في إجراءات الطلاق.

ارتفاع درجة التعبير عن العاطفة داخل الأسرة (Z63.8)

العاطفة المُعبر عنها هو اصطلاح يتم استخدامه كمقياس نوعي لـ "كمية" العاطفة، والعداء، والتورط العاطفي الزائد، والنقد الموجه نحو أحد أفراد الأسرة والمعروف كمريض واضح في البيئة الأسرية. ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يكون ارتفاع درجة التعبير عن العاطفة هو محور الاهتمام السريري أو يؤثر على المسار، التشخيص، أو العلاج لاضطرابات أفراد الأسرة العقلية أو الطبية الأخرى.

مشاكل تعليمية

يمكن استخدام هذه الفئات عندما تكون مشكلة أكاديمية أو تعليمية هي محور الاهتمام السريري أو يكون لها تأثير على تشخيص الفرد أو علاجه أو المآل. وتشمل المشاكل التي يجب أخذها في الاعتبار الأمية أو انخفاض مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة، عدم الوصول إلى التعليم بسبب عدم التوفر أو عدم إمكانية الوصول، مشاكل في الأداء الأكاديمي (على سبيل المثال، الرسوب في الامتحانات المدرسية، أو تلقي درجات أو علامات رسوب) أو التحصيل المتدني (أقل مما هو متوقع بالنظر إلى القدرات الفكرية للفرد)، الخلاف مع المعلمين أو موظفي المدرسة أو الطلاب الآخرين، المشاكل المتعلقة بالتدريس غير الكافي، وأي مشاكل أخرى تتعلق بالتعليم و/أو محو الأمية.

Z55.0 الأمية وانخفاض مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة

Z55.1 التعليم غير متوفر وبعيد المنال

Z55.2 امتحانات المدرسة الفاشلة

Z55.3 تدني التحصيل في المدرسة

Z55.4 عدم التكيف التربوي والخلاف مع المعلمين وزملاء الدراسة

Z55.8 المشكلات المتعلقة بالتدريس غير الكافي

Z55.9 مشكلات أخرى تتعلق بالتعليم ومحو الأمية

مشاكل مهنية

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما تكون المشكلة المهنية هي محور الاهتمام السريري أو لها تأثير على تشخيص الفرد والعلاج، أو المآل. الحالات التي يتعين النظر فيها تشمل مشاكل مع العمل أو في بيئة العمل، بما في ذلك البطالة، التغيير الأخير للعمل، تهديد فقدان الوظيفة، عدم الرضا الوظيفي، جدول العمل المجهد، عدم اليقين بشأن الخيارات الوظيفية، التحرش الجنسي في العمل، الخلافات الأخرى مع الرئيس، المشرف، وزملاء العمل، أو غيرهم في بيئة العمل، بيئات العمل غير المناسبة أو المعادية، الضغوط النفسية والاجتماعية الأخرى ذات الصلة بالعمل، وأي مشاكل أخرى ذات صلة بالعمل و/أو المهنة.

(Z55.82) مشكلة تتعلق بوضع الانتشار العسكري الحالي

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما تكون المشكلة المهنية المرتبطة مباشرة بوضع الانتشار العسكري للفرد، هي محور الاهتمام السريري أو لها تأثير على تشخيص الفرد والعلاج، أو المآل. ردود الفعل النفسية للانتشار العسكري غير مدرجة في هذه الفئة، إن مثل هذه التفاعلات من الأفضل معاملتها كاضطراب تأقلم أو اضطراب عقلي آخر.

Z56.0 البطالة

Z56.1 تغيير الوظيفة

Z56.2 التهديد بفقدان الوظيفة

Z56.3 جدول العمل المجهد

Z56.4 الخلاف مع الرئيس وزملاء العمل

Z56.5 بيئة عمل غير ملائمة

Z56.6 الإجهاد البدني والعقلي الآخر المتعلق بالعمل

Z56.81 التحرش الجنسي أثناء العمل

Z56.9 مشكلة أخرى متعلقة بالتوظيف

(Z56.9) مشكلة أخرى ذات صلة بالوظيفة

مشاكل السكن والمشاكل الاقتصادية

مشاكل السكن

Z59.01 التشرد مع المأوى

يمكن استخدام هذه الفئة عندما يكون للتشرد مع مأوى تأثير على علاج الفرد أو تشخيصه. يعتبر الفرد أنه يعاني من التشرد مع المأوى إذا كان السكن الليلي الأساسي هو مأوى للمشردين أو ملجأ للدفع أو ملجأ من العنف المنزلي أو نزل أو في حالة معيشية مؤقتة أو انتقالية.

Z59.02 التشرد بلا مأوى

يمكن استخدام هذه الفئة عندما يكون للتشرد بلا مأوى تأثير على علاج الفرد أو توقعات سير المرض. يعتبر الفرد أنه يعاني من التشرد بلا مأوى إذا كان مقيماً في مكان غير مخصص للسكن البشري، مثل مكان عام (على سبيل المثال، نفق، محطة نقل، مركز تجاري)، مبنى غير مخصص للاستخدام السكني (على سبيل المثال، مبنى مهجور، مصنع غير مستخدم)، أو سيارة، أو كهف، أو صندوق من الورق المقوى، أو حالة سكنية أخرى مخصصة.

Z59.1 السكن غير الملائم

يمكن استخدام هذه الفئة عندما يكون لنقص السكن الملائم تأثير على علاج الفرد أو تشخيصه. تشمل الأمثلة على ظروف السكن غير الملائمة فقد التدفئة (في درجات الحرارة الباردة) أو الكهرباء، والإصابة بالحشرات أو القوارض، وعدم كفاية مرافق السباكة

والمراحيض، والاكتماظ، وعدم وجود مساحة كافية للنوم، والضوضاء المفرطة. من المهم مراعاة المعايير الثقافية قبل تخصيص هذه الفئة.

2.59.2 الخلاف مع الجار أو المستأجر أو المؤجر

يمكن استخدام هذه الفئة عندما يكون الخلاف مع الجيران أو المستأجرين أو المالك محل تركيز الاهتمام السريري أو يكون له تأثير على علاج الفرد أو تشخيصه.

3.59.2 مشكلة تتعلق بالعيش في مؤسسة سكنية

يمكن استخدام هذه الفئة عندما تكون المشكلة (أو المشاكل) المتعلقة بالعيش في مؤسسة سكنية محط اهتمام سريري أو لها تأثير على علاج الفرد أو المآل. لا يتم تضمين ردود الفعل النفسية لتغير في الوضع المعيشي في هذه الفئة، من الأفضل اعتبار مثل هذه التفاعلات على أنها اضطراب في التكيف.

3.59.9 مشكلة إسكان أخرى

يمكن استخدام هذه الفئة عند وجود مشكلة تتعلق بظروف السكن بخلاف ما هو محدد أعلاه.

مشاكل اقتصادية

يمكن استخدام هذه الفئات عندما تكون المشكلة الاقتصادية هي محور الاهتمام السريري أو عندما يكون لها تأثير على علاج الفرد أو سير المرض. تشمل المجالات التي يتعين النظر فيها نقص الغذاء الكافي (انعدام الأمن الغذائي) أو مياه الشرب المأمونة، والفقر المدقع، وانخفاض الدخل، وعدم كفاية التأمين الاجتماعي أو الصحي أو دعم الرعاية الاجتماعية، أو أي مشاكل اقتصادية أخرى.

41.59.2 انعدام الأمن الغذائي

6.58.2 نقص مياه الشرب الآمنة

5.59.2 الفقر المدقع

Z59.6 الدخل المنخفض

(7. Z59) عدم كفاية التأمين الاجتماعي أو دعم الرعاية الاجتماعية

وينبغي أن تستخدم هذه الفئة للأفراد الذين يستوفون معايير الأهلية لدعم الرعاية الاجتماعية ولكن لا يتلقون مثل هذا الدعم، أو الذين يحصلون على هذا الدعم ولكنه لا يكفي لتلبية احتياجاتهم، أو الذين يفتقدون القدرة على الوصول إلى برامج التأمين والدعم المطلوبة. وتشمل الأمثلة عدم القدرة على التأهل للحصول على دعم الرعاية الاجتماعية نظراً لعدم وجود وثائق مناسبة أو افتقاد العنوان، وعدم القدرة على الحصول على التأمين الصحي الملائم بسبب السن أو حالة موجودة مسبقاً، والحرمان من الدعم نظراً للمتطلبات الأخرى.

(9. Z59) مشاكل السكن والمشاكل الاقتصادية غير المحددة

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يكون هناك مشكلة تتعلق بالسكن أو بالظروف الاقتصادية بخلاف ما هو محدد أعلاه.

مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية**(2. Z60) مشكلة تتعلق بالحياة على انفراد**

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما تكون المشكلة المرتبطة بالحياة على انفراد هي محور الاهتمام السريري أو لها تأثير على علاج الفرد أو مآل المرض. أمثلة على مثل هذه المشاكل: مشاعر مزمنة بالوحدة والعزلة، وعدم وجود هيكلية مناسبة للقيام بأنشطة الحياة اليومية (مثل، وجبات الطعام أو مواعيد النوم غير المنتظمة عدم تناسق أداء الأعمال المنزلية وصيانة المنزل).

(4. Z60) صعوبة الانسجام الثقافي

وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما تكون صعوبة التكيف مع ثقافة جديدة (على سبيل المثال، في أعقاب الهجرة) هي محور الاهتمام السريري أو لها تأثير على علاج

الفرد أو المآل.

(Z60.4) الاستبعاد الاجتماعي أو الرفض

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يكون هناك خلل في توازن القوى الاجتماعية مثل الاستبعاد الاجتماعي المتكرر أو الرفض من قبل الآخرين. أمثلة من الرفض الاجتماعي تشمل الإزعاج، الكذب، الإغابة، والترهيب من قبل الآخرين، الاستهداف من قبل الآخرين بالإساءة اللفظية والإذلال، واستبعادهم عمداً من أنشطة الأقران، الزملاء، أو الآخرين من بيئة الشخص الاجتماعية.

(Z60.5) هدف (ملموس) للتمييز المعادي أو الاضطهاد

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يكون هناك لمس أو تجربة للتمييز ضد الفرد أو اضطهاد الفرد على أساس الانتماء (أو تصور الانتماء) لفئة معينة. عادة، ما تشمل هذه الفئات الجندر أو هوية الجندر والعرق والدين والميول الجنسية، وبلد المنشأ، والمعتقدات السياسية، حالة العجز، والطائفة، والحالة الاجتماعية، والوزن، والمظهر الخارجي.

(Z60.9) مشكلة أخرى متصلة بالبيئة الاجتماعية

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يكون هناك مشكلة تتعلق بالبيئة الاجتماعية للفرد بخلاف ما هو محدد أعلاه.

المشاكل ذات الصلة بالجريمة أو التداخل مع النظام القضائي

يمكن استخدام هذه الفئات عندما تكون المشكلة المتعلقة بالتفاعل مع النظام القانوني هي محور الاهتمام السريري أو عندما يكون لها تأثير على علاج الفرد أو سير المرض. تشمل المجالات التي يتعين النظر فيها الإدانة في الإجراءات الجنائية أو السجن أو أشكال الحبس الأخرى، المشاكل المتعلقة بالإفراج من السجن، والمشاكل المتعلقة بالظروف القانونية الأخرى (على سبيل المثال، التقاضي المدني أو حضانة الأطفال أو إجراءات الدعم).

Z65.0 إدانة في إجراءات جنائية بدون سجن

Z65.1 السجن أو أشكال الحبس الأخرى

Z65.2 المشكلات المتعلقة بالإفراج عن السجن

Z65.3 المشكلات المتعلقة بالظروف القانونية الأخرى (على سبيل المثال، الدعاوى المدنية أو حضانة الأطفال أو إجراءات الدعم)

المشكلات المتعلقة بالظروف النفسية والاجتماعية والشخصية والبيئية الأخرى

(Z72.9) مشكلة تتعلق بنمط الحياة

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما تكون مشكلة نمط الحياة هي محور الاهتمام للعلاج أو تؤثر مباشرة على مسار، تشخيص، أو العلاج من اضطراب عقلي أو الحالات الطبية الأخرى. أمثلة على مشاكل نمط الحياة: عدم ممارسة الرياضة البدنية، والنظام الغذائي غير المناسب، السلوك الجنسي عالي المخاطر، وسوء نظام النوم. المشكلة

التي تُعزى إلى عرض من أعراض اضطراب عقلي لا ينبغي ترميزها إلا إذا كانت هذه المشكلة هي محور العلاج أو تؤثر مباشرةً على مسار، تشخيص، أو العلاج، من اضطراب عقلي أو الحالات الطبية الأخرى للفرد ففي مثل هذه الحالات، فإن كلاً من الاضطراب العقلي ومشكلة أسلوب الحياة يجب ترميزها.

Z64.0 المشاكل المتعلقة بالحمل غير المرغوب فيه

Z64.1 مشاكل متعلقة بتعدد الولادات

Z64.4 الخلاف مع مزود الخدمة الاجتماعية، بما في ذلك ضابط المراقبة أو مدير الحالة أو عامل الخدمات الاجتماعية

Z65.4 ضحية جريمة

Z65.4 ضحية الإرهاب أو التعذيب

Z65.5 التعرض لكوارث أو حرب أو أعمال عنائية أخرى

المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الطبية وأشكال الرعاية الصحية الأخرى

(Z75.3) عدم توفر أو عدم إمكانية الوصول لمرافق الرعاية الصحية

(Z75.4) عدم توفر أو عدم إمكانية الوصول للوكالات المساعدة الأخرى

ظروف التاريخ الشخصي

Z91.49 التاريخ الشخصي للصدمات النفسية

Z91.82 التاريخ الشخصي للانتشار العسكري

مقابلات الخدمات الصحية الأخرى للنصح والمشورة الطبية

Z31.5 الاستشارة الوراثية

يمكن استخدام هذه الفئة للأفراد الذين يسعون للحصول على استشارة وراثية لفهم مخاطر الإصابة باضطراب عقلي ذي مكون وراثي مهم (مثل الاضطراب ثنائي القطب) لأنفسهم ولأفراد الأسرة الآخرين، بما في ذلك أطفالهم الحاليين، وكذلك المخاطر على الأطفال المستقبليين.

(Z70.9) الاستشارة الجنسية

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يسعى الفرد للمشورة المتعلقة بالتعليم الجنسي، والسلوك الجنسي، والتوجه الجنسي، والمواقف الجنسية (الخد، التهيب)، سلوك الآخرين الجنسي أو التوجه الجنسي للغير (على سبيل المثال، الزوج، الشريك، الأطفال)، التمتع الجنسي، أو أي مواضيع جنسية أخرى.

Z71.3 استشارات غذائية

يمكن استخدام هذه الفئة عندما يطلب الفرد المشورة المتعلقة بأمور النظام الغذائي مثل إدارة الوزن.

(Z71.9) الإرشاد أو الاستشارة الأخرى

ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يتم توفير المشورة أو النصيحة/التشاور عند السعي لحل مشكلة، والتي لم يتم تحديدها أعلاه أو في أي مكان آخر في هذا الفصل. (على سبيل المثال، تقديم المشورة بشأن الوقاية من استعمال المخدرات عند المراهق).

الظروف أو المشاكل الإضافية التي قد تكون محل تركيز للاهتمام السريري

(Z91.83) التجول المرتبط باضطراب عقلي

يتم استخدام هذه الفئة للأفراد الذين يعانون من اضطراب عقلي والذي تثير رغبتهم بالتجول مخاوف كبيرة بشأن السلامة. على سبيل المثال، الأشخاص الذين يعانون من

اضطرابات النمو العصبي أو اضطراب عصبي معرفي جسيم، قد تكون لديهم رغبة شديدة بأن يهيموا على وجوههم مما يعرضهم لخطر السقوط، ويسبب ترك المواقع الواقعة تحت الإشراف دون مرافقة.

تستثني هذه الفئة الأفراد الذين يقصدون من ذلك الهروب من وضع غير مرغوب في السكن (على سبيل المثال، الأطفال الذين يهربون من المنزل، والمرضى الذين فقدوا الرغبة في البقاء في المستشفى) أو أولئك الذين يسيرون أو يتحركون بسبب الأدوية مثل الزلزال.

ملاحظة للترميز: الرمز الأول المرتبط باضطراب عقلي (على سبيل المثال، اضطراب عصبي معرفي جسيم، اضطراب طيف التوحد)، ثم رمز التجول Z91.83 المرتبط مع [اضطراب عقلي محدد].

(Z63.4) حزن الحداد غير المختلط

هذه الفئة يمكن استخدامها عندما يكون محور الاهتمام السريري هو رد فعل طبيعي لوفاة شخص محبوب. كجزء من رد فعلهم لهذه الخسارة، فبعض الأفراد المفجوعين قد يبدون بعض الأعراض المميزة لنوبة الاكتئاب الجسيم، فعلى سبيل المثال، مشاعر من الحزن وما يرتبط بها من أعراض مثل الأرق، وفقدان الشهية، وخسارة الوزن.

عادة ما يرى المفجوعين أن المزاج المكتئب هو حالة "طبيعية"، على الرغم من أن الفرد قد يسعى للحصول على مساعدة متخصصة للتخفيف من الأعراض المصاحبة مثل الأرق وفقدان الشهية. إن المدة والتعبير عن حالة الحداد "الطبيعية" تختلف اختلافاً كبيراً بين المجموعات الثقافية المختلفة. يوجد المزيد من التوجيه لتمييز حزن الحداد عن النوبة الاكتئابية وعن اضطراب الحداد المطول في الأقسام ذات الصلة.

(Z60.0) مشكلة طور عمري

وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما تكون مشكلة التكيف مع التحول في الدورة الحياتية (مرحلة تطويرية محددة) هي محور الاهتمام السريري أو له تأثير

على علاج الفرد أو مآل المرض. ومن الأمثلة على هذه التحولات: الانتهاء من المدرسة أو دخولها، وترك السيطرة الأبوية، الزواج، بدء مهنة جديدة، أن يصبح المرء أباً أو أمّاً، والتكيف مع "العش الفارغ" بعد مغادرة الأطفال المنزل، والتقاعد.

(Z65.8) مشكلة دينية أو روحية

هذه الفئة يمكن استخدامها عندما يكون محور الاهتمام السريري هي المشكلة الدينية أو الروحية. وتشمل الأمثلة الخبرات المؤلمة التي تنطوي على فقدان أو تساؤلات بشأن الإيمان، والمشاكل المرتبطة بالتحول إلى دين جديد، أو تساؤلات حول قيم روحية والتي قد لا تكون بالضرورة ذات الصلة بجمعية منظمة أو مؤسسة دينية.

72.811 Z السلوك المعادي للمجتمع عند البالغ

هذه الفئة يمكن استخدامها عندما يكون محور الاهتمام السريري هو السلوك المعادي للمجتمع عند البالغ. وهو لا يعود لاضطراب عقلي (مثل اضطراب السلوك، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع). وتشمل الأمثلة سلوك بعض اللصوص المحترفين، المبتزين، أو المتعاملين بالمواد غير المشروعة.

(72.810) السلوك المعادي للمجتمع عند الطفل أو المراهق

هذه الفئة يمكن استخدامها عندما يكون محور الاهتمام السريري هو السلوك المعادي للمجتمع عند الطفل أو المراهق، وهو لا يعود لاضطراب عقلي (على سبيل المثال، الاضطراب الانفجاري المتقطع، واضطراب السلوك). وتشمل الأمثلة: الأفعال المعزولة المعادية للمجتمع من قبل الأطفال أو المراهقين (دون وجود نمط من السلوك المعادي للمجتمع).

(Z91.19) عدم الالتزام بالعلاج الطبي

هذه الفئة يمكن استخدامها عندما يكون محور الاهتمام السريري هو عدم الالتزام بجانب مهم من جوانب علاج اضطراب عقلي أو حالة طبية أخرى. الأسباب قد تشمل لمثل عدم

الالتزام هذا عدم الراحة الناتجة عن المعالجة (على سبيل المثال، الآثار الجانبية للأدوية)، تكاليف العلاج، والأحكام القيمية الشخصية أو الدينية أو الثقافية حول العلاج المقترح، الوهن المرتبط بالسن، وجود اضطراب عقلي (على سبيل المثال، الفصام، اضطراب في الشخصية). وينبغي أن تستخدم هذه الفئة فقط عندما تكون المشكلة شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل، ولا تلبي معايير التشخيص لعوامل نفسية تؤثر على ظروف طبية أخرى.

(E66.9) زيادة الوزن أو السمنة

هذه الفئة قد يتم استخدامها عندما تكون زيادة الوزن أو السمنة هي محط الاهتمام السريري.

(Z76.5) تمارض

الميزة الأساسية للتمارض هي إنتاج متعمد أو تضخيم كاذب للأعراض الجسدية أو النفسية، بدافع من الحوافز الخارجية مثل تجنب الخدمة العسكرية، وتجنب العمل، والحصول على تعويضات مالية، تجنب الإدانة الجرمية، أو الحصول على المخدرات. في بعض الظروف، قد يمثل التمارض سلوكاً تكيفياً، على سبيل المثال، التظاهر بالمرض عند الأسر من قبل العدو خلال زمن الحرب. ينبغي أن يشتهب بقوة بالتمارض إذا لوحظ أي مزيج مما يلي:

1. السياق الطبي الشرعي من العرض (على سبيل المثال، تحويل الفرد من قبل محام للطبيب للفحص، أو الرغبة الذاتية للفرد حين التقاضي أو وقوع تهم جنائية).
2. التناقض الملحوظ بين ادعاء الفرد للمعاناة أو العجز وبين الموجودات الموضوعية.
3. نقص التعاون خلال التقييم التشخيصي والامتثال لنظام المعالجة الموصوف.
4. وجود اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع.

يختلف التمارض عن الاضطراب المفتعل في أن الدافع وراء إنتاج الأعراض في التمارض هو حافز خارجي، بينما في الاضطراب المفتعل تغيب الحوافز الخارجية. يتم التفريق بين التمارض واضطراب الأعراض العصبية الوظيفية (اضطراب التحويل) والاضطرابات النفسية الأخرى المرتبطة بالأعراض الجسدية من خلال الإنتاج المتعمد للأعراض والحوافز الخارجية الواضحة المرتبطة به.

إن الدليل الواضح على التظاهر (مثل الدليل الواضح على أن فقدان الوظيفة البدنية موجود أثناء الفحص ولكن ليس في المنزل) من شأنه أن يوحي بتشخيص الاضطراب المفتعل إذا كان الهدف الواضح للفرد هو اتخاذ دور المريض، أو التمارض إذا كان للحصول على الحافز مثل المال.

R41.81 التدهور المعرفي المرتبط بالعمر

يمكن استخدام هذه الفئة عندما يكون الاهتمام السريري منصباً على انخفاض محدد بشكل موضوعي في الأداء المعرفي نتيجة لعملية الشيخوخة التي تقع ضمن الحدود الطبيعية بالنظر إلى عمر الفرد. قد يبلغ الأفراد المصابون بهذه الحالة عن مشاكل في تذكر الأسماء أو المواعيد أو قد يواجهون صعوبة في حل المشكلات المعقدة. لا ينبغي النظر في هذه الفئة إلا بعد أن يتم تحديد أن التدهور المعرفي لا يُفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي معين أو يعزى إلى حالة عصبية.

(R41.83) الأداء الذهني الحدي

هذه الفئة يمكن استخدامها عندما يكون الأداء الفكري الحدي للفرد هو محور الاهتمام السريري أو له تأثير على علاج الفرد أو المآل. ان التفريق بين الأداء الذهني الحدي والإعاقة الذهنية الخفيفة (اضطراب النمو الذهني) يتطلب تقييماً دقيقاً للوظائف الفكرية والتكيفية، وبخاصة في ظل وجود الاضطرابات العقلية المشاركة والتي قد تؤثر على امتثال المريض للإجراءات الاختبارية المعيارية (على سبيل المثال، الفصام، اضطراب نقص الانتباه فرط الحركة مع اندفاعية شديدة).

