

:. به نام بی نام او .:

مقدمه

درس آسیب‌شناسی روانی از مهمترین دروس برای دانشجویان روان‌شناسی است، چراکه از یک دانشجوی روان‌شناسی به ویژه در مقطع کارشناسی ارشد و گرایش روان‌شناسی بالینی انتظار می‌رود با انواع اختلالات روانی آشنا بوده و بتواند اختلالات را از یکدیگر تمییز دهد. به همین جهت این درس همیشه یکی از درس‌های حاضر در آزمون‌های کارشناسی ارشد و دکتری وزارت علوم و وزارت بهداشت است. گستردگی این درس و شباهت زیاد نشانه‌های برخی از اختلال‌های روانی به یکدیگر، این درس را به یکی از دروس دشوار تبدیل کرده است. در حالی که بسیاری از داوطلبان کنکور وزارت بهداشت همچنان صرفاً به مطالعه کتب مرجع برای شرکت در این آزمون اعتماد می‌کنند، برخی از داوطلبان این کنکور در کنکورهای اخیر توانستند صرفاً با تکیه بر مجموعه حاضر که حجی به مراتب کمتر از کتب مرجع دارد، در مدت کوتاهی به ۸۰ درصد از مطالب اصلی مسلط شوند و به غالب سوالات کنکور پاسخ دهند (به گزارش‌های سایت مراجعه نمایید). مجموعه آسیب‌شناسی روانی ویژه وزارت بهداشت کیهان (شامل خلاصه کاپلان + اختلالات کودکی)، حالا برای کنکور پیش‌رو با تغییرات چشمگیری روبرو شده تا کار مطالعه این مجموعه برای داوطلبان ساده‌تر شود.

تغییرات آخرین ویرایش

در آخرین ویرایش این جزوه، سوالات کنکورهای اخیر با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با کنکورهای در متن صورت گرفته است. همچنین برای جلوگیری از افزایش زیاد قیمت جزوات، سعی کردیم بدون کاهش کیفیت جزوات، متون را کم حجم کنیم و از تعداد صفحات خالی جزوه بکاهیم. در نهایت این جزوه پرحجم را در دو جلد جا دادیم.

با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

۱. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که جزوه رشد کیهان به تنهایی به ۸۵ درصد از سوالات آخرین کنکور ارشد وزارت بهداشت پاسخ داده است. در حالی که درصد رتبه‌های تک رقی در این درس در کنکور به طور میانگین چیزی حدود ۶۵ درصد بوده است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.
۲. این مجموعه توسط رتبه‌های برتر روانشناسی از جمله خانم‌ها کمار و بی طرفان تهیه و ویرایش شده است.
۳. این مجموعه، در سال‌های گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه‌های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور و خانم نیلوفر پور ابراهیم رتبه ۱۱. می‌توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.
۴. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته و برای کنکور ارشد پیش‌رو کاملاً به‌روزرسانی شده است.

در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

" با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان "

گروه مشاوران کیهان

مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان

به ما عطا کن

توانی؛

برای تغییر دادن آنچه که می‌توانیم تغییر دهیم

ظرفیتی؛

برای پذیرفتن آنچه که از کنترل ما خارج است

و

بینشی؛

برای درک تمایز میان این دو

:: آشنایی با مجموعه کیهان ::

درباره کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه‌های برتر روان‌شناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت‌های کیهان شامل ارائه خدمات مشاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم‌های آموزشی با اساتید برتر روان‌شناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه‌ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشاوره و برنامه‌ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده‌اند. به طور مثال در سال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲، در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶، در سال ۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶ و در سال ۱۴۰۰ خانم شقایق حاذقی رتبه ۳، خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ و خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی‌اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه‌ریزی و مشاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی استخراج می‌شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می‌شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه‌های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور پیش‌رو، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت مشاوران ارشد کیهان (آقایان فلاح و نیک منش) برگزار می‌شود.
- امکان داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان، مطابق نرخ مصوب عمومی است.

مروری کلی بر عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی از نگاه رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

۱. **هدف:** تجربه ما نشان داده داوطلبانی که اهداف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن آنها دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده‌تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌تواند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهد.
۲. **برنامه‌ریزی:** برای رسیدن به هدف‌تان برنامه‌ریزی کنید. یک برنامه‌ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود شما را خسته کند، نه خیلی سبک که شما را به هدف‌تان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها، کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید، آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه‌ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. زمان مناسب برای شروع تست‌زنی چه موقع است؟ از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره‌ای مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.
۳. **آمادگی ذهنی:** حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدف‌تان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تأثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.
۴. **ابزارهای کل‌آمد:** منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدف‌تان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات مطرح شده و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید چه زمان باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.
۵. **مطالعات منسجم:** رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۶-۷ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.
۶. **نظارت و ارزیابی:** مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.
۷. **اعتماد به خود و توکل به نیروی برتر:** سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

فهرست

صفحه	عنوان
۲.....	فصل اول: تعریف اختلال روانی
۳.....	فصل دوم: معاینه بالینی بیماران در روانپزشکی
۱۰.....	فصل سوم: علایم و نشانه‌ها در روانپزشکی
۱۱.....	فصل چهارم: طبقه‌بندی و تشخیص در روانپزشکی
۲۰.....	فصل پنجم: اختلالات عصبی-رشدی
۳۵.....	فصل ششم: طیف اسکیزوفرنی
۶۷.....	فصل هفتم: اختلالات خلقی
۹۳.....	فصل هشتم: اختلالات اضطرابی
۱۱۲.....	فصل نهم: وسواس فکری- عملی و اختلالات مرتبط
۱۲۵.....	فصل دهم: اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا
۱۳۶.....	فصل یازدهم: اختلالات تجزیه‌ای
۱۴۴.....	سوالات روانشناسی بالینی و آسیب‌شناسی ۱۴۰۱
۱۴۸.....	پاسخ‌نامه تشریحی سوالات روانشناسی بالینی و آسیب‌شناسی ۱۴۰۱
۱۴۹.....	منابع
۱۵۰.....	مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط

و تجزیه‌ای (مثلاً در بازگرداندن حافظه در فراموشی روانزاد و گریز روان‌زاد؛ بهبود کارکرد در اختلال تبدیلی؛ و تسهیل ابراز هیجان در اختلال استرس پس از سانحه) مفید است.

یادداشت‌های شخصی طبق تعریف عبارتند از: فرضیات طبیعی، برداشت‌های غیر از تشخیص موقت یا واقعی، و نکات یادآوری. یادداشت‌های روان درمانی شامل جزئیات انتقال، خیال پردازی، رویاها، اطلاعات شخصی در مورد افرادی که بیمار با آنها ارتباط دارد و سایر جزئیات زندگی خصوصی بیمار است. همچنین در این یادداشت‌ها نظرات روانپزشک در مورد انتقال متقابل و احساسات وی نسبت به بیمار. این یادداشت‌ها جداً از بقیه پرونده پزشکی بیمار نگهداری می‌شود. اخیراً در مورد خطای پزشکی از اصطلاح *never event* استفاده می‌شود. به این مفهوم که خطای پزشکی رویدادی است که هرگز نباید روی می‌داد. اکثر خطاها در روانپزشکی مربوط به به دو زمینه‌ی تجویز دارو و خودکشی است. یکی از خطاهای دارویی، تجویز داروی اشتباه برای یک اختلال یا دوز نادرست دارو است. اشتباه دیگر، تجویز داروهایی است که نباید با هم تجویز شوند. مانند ایمی پرامین و مپردین که تجویز این دو با هم می‌تواند کشنده باشد. منظور از اصطلاح «رهنمود طبابت» مجموعه‌ای از راهبردهای مراقبت بیمار است که برای کمک به پزشکان در تصمیم‌گیری بالینی تدوین شده است.

فصل سوم: علایم و نشانه‌ها در روانپزشکی

نشانه‌ها (signs) به یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر اطلاق می‌شود؛ مثل سراسیمگی بیمار.

علایم بالینی (symptoms) تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند؛ مانند خلق افسرده.

سندرم (syndrome) گروهی از علایم و نشانه‌ها است که مجموعاً یک بیماری قابل تشخیص‌گذاری را بوجود می‌آورند.

در DSM-IV-TR تشخیص اختلال روانی عضوی حذف شده است تا نشان داده شود که تمامی اختلالات روانی ممکن است اساس زیستی داشته باشند. امروزه تشخیص اختلال روانی عضوی تحت عنوان «دلیریوم، زوال عقل، اختلالات نسیانی و سایر اختلالات شناختی» نامیده می‌شود. اما هنوز در ICD-10 طبقه تشخیصی اختلالات روانی عضوی حفظ شده است.

روان‌نژندی (**neurosis**) به اختلال غیرسایکوتیک راجعه یا مزمنی اطلاق می‌شود که خصوصیت عمده آن اضطراب است. در نوروژ واقعیت‌سنجی کل فرد و سازمان شخصیت وی دست نخورده می‌ماند.

اصطلاح روانپریشی (**psychosis**) در مفهوم سنتی آن به معنای از بین رفتن واقعیت‌سنجی و تخریب کارکرد روانی است که به صورت هذیان‌ها، توهمات، اغتشاش شعور و اختلال حافظه ظاهر می‌کند. اصطلاح روان‌پریش در روانپزشکی بیشتر مترادف تخریب شدید کارکرد اجتماعی و شخصی به کار می‌رود که با انزوای اجتماعی و ناتوانی در انجام نقش‌های شغلی و خانوادگی تظاهر می‌کند. در مفاهیم روانکاوی، درجه پس‌رفت ایگو به عنوان ملاک بیماری روانپریشی مطرح می‌شود. بر طبق واژه‌نامه روانپزشکی امریکا اصطلاح روان‌پریش (سایکوتیک) به معنای اختلال آشکار واقعیت‌سنجی است.

اصطلاح روان‌پریش به تحریفات جزئی واقعیت که مربوط به مسایل قضاوت‌نسیبی هستند، اطلاق نمی‌شود. مثلاً افراد افسرده که دستاوردهای خود را دست کم می‌گیرند روان‌پریش محسوب نمی‌شوند، اما کسانی که معتقدند سبب فاجعه‌های طبیعی می‌شوند روان‌پریش تلقی می‌شوند.

فصل چهارم: طبقه‌بندی و تشخیص در روانپزشکی

اهداف نظام‌های طبقه‌بندی تشخیصی در روانپزشکی عبارتند از: (۱) افتراق اختلالات روانپزشکی از یکدیگر برای ارائه موثرترین درمان، (۲) فراهم نمودن زبان مشترک بین متخصصان مراقبت بهداشتی، و (۳) جستجوی علل بسیاری از اختلالات روانی که هنوز ناشناخته‌اند.

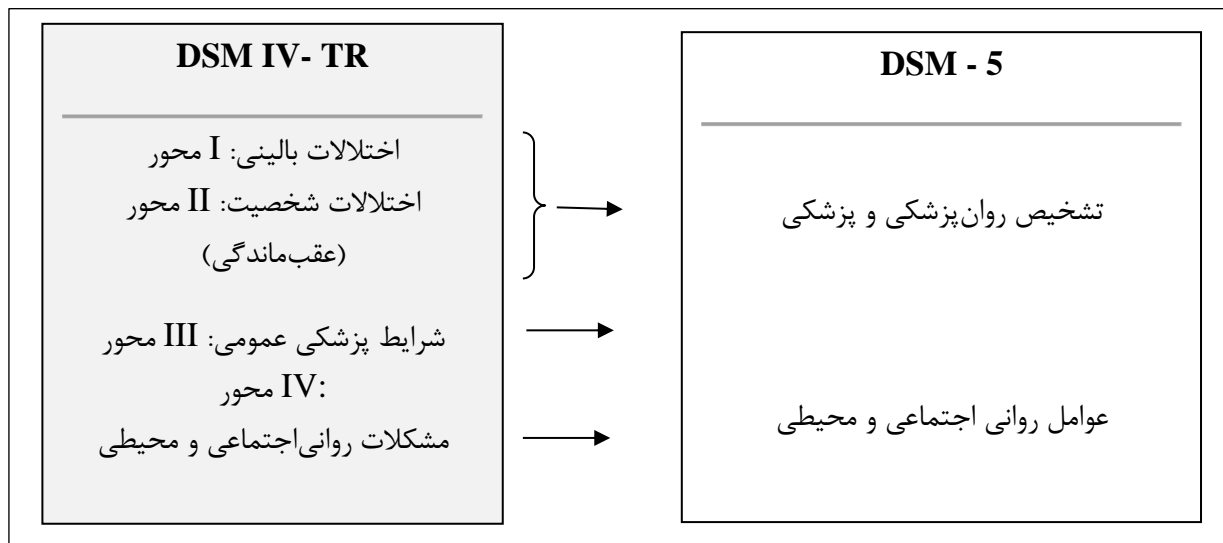
دو نظام طبقه‌بندی مهم روانپزشکی عبارتند از: **کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)** تالیف انجمن روانپزشکان آمریکا، و **طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)** که سازمان بهداشت جهانی آن را تدوین نموده است.

سیستم رسمی طبقه‌بندی اختلالات روانی براساس «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» DSM است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا تدوین می‌شود. آخرین نسخه این راهنما DSM-5 است که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است. اولین DSM را انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲ منتشر کرد و از آن زمان پنج‌بار در آن تجدیدنظر کرده است. DSM-IV در سال ۱۹۹۴ و نسخه تجدیدنظر شده آن DSM IV-TR در سال ۲۰۰۰ منتشر شده است. تمامی طبقات تشخیصی DSM-IV-TR در ICD-10 موجود است اما همه طبقات ICD-10 در DSM-IV-TR وجود ندارد.

ویژگی‌های اساسی DSM-IV-TR

رویکرد توصیفی: DSM-IV-TR تظاهرات اختلالات روانی را به صورت قابل فهم توصیف می‌کند و ندرتاً درباره علت پیدایش اختلالات اشاره‌ای می‌کند. ملاک‌هایی تشخیصی: برای هر اختلال روانی خاص، ملاک‌های تشخیصی معینی ارائه می‌شود. این ملاک‌ها شامل فهرست خصوصیات است که وجود آنها برای تشخیص اختلال ضروری است.

توصیف نظام‌مند: DSM-IV-TR همچنین هر اختلال را به طور نظام‌مند برحسب خصوصیات همراه آن (سن اختصاصی، خصوصیات فرهنگی و وابسته به جنس؛ میزان شیوع، میزان بروز و میزان خطر؛ سیر؛ عوارض؛ عوامل زمینه ساز؛ الگوی خانوادگی و تشخیص افتراقی) توصیف می‌کند. در DSM-IV-TR، ۳۶۵ اختلال در ۱۷ بخش بیان شده است.



چند نکته پیرامون مقایسه‌های کلی بین DSM-5 و DSM-IV-TR:

DSM IV-TR بر اساس طبقه‌بندی چندمحوری اختلالات بود، این نظام طبقه‌بندی چندمحوری در DSM-5 حذف شده است. در DSM-5 به جای محور V (GAF) از فهرست ارزیابی ناتوانی (معلولیت) سازمان بهداشت جهانی (WHO DAS) استفاده می‌شود. برای بهبود بخشیدن به سودمندی بالینی، DSM-5 براساس ملاحظات مربوط به رشد و طول عمر سازمان یافته است. DSM-5 با تشخیص‌هایی شروع می‌کند که تصور می‌رود فرآیندهای مربوط به رشد را منعکس می‌کنند که در اوایل زندگی آشکار می‌شوند (مثل اختلالات عصبی-رشدی). به دنبال آن تشخیص‌هایی ارائه شده‌اند که عموماً در نوجوانی و جوانی آشکار می‌شوند (مثل اختلالات دوقطبی، افسردگی و اضطرابی) و در نهایت تشخیص‌هایی می‌آیند که مربوط به بزرگسالی و اواخر عمر هستند (مثل اختلالات عصبی‌شناختی).

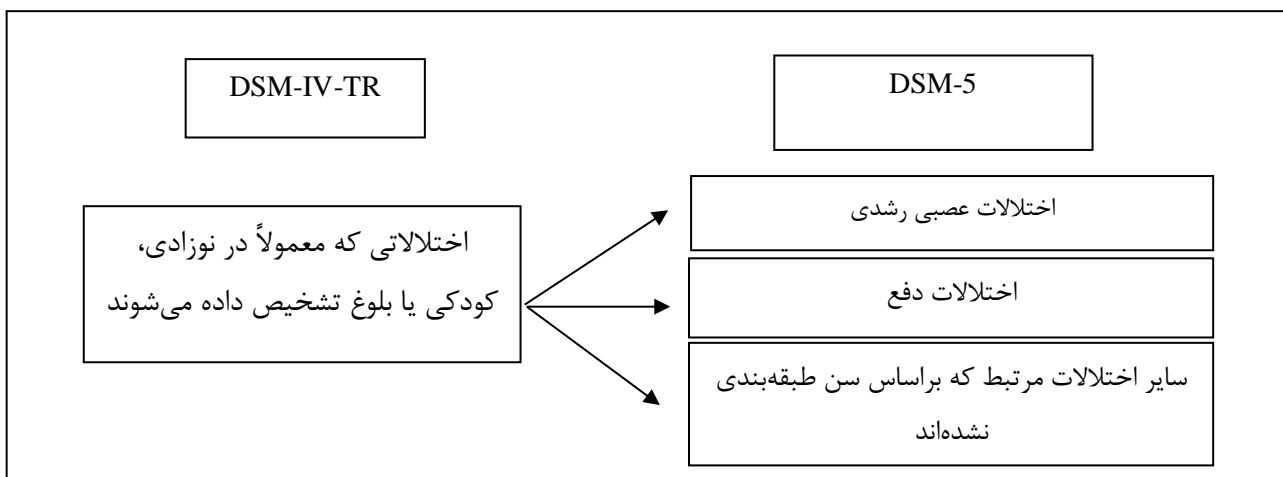
DSM-5 با طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات ICD-11 هماهنگ شده است. این طبقه‌بندی را سازمان بهداشت جهانی WHO منتشر می‌کند. DSM-5 علاوه بر استفاده از رویکرد طبقه‌ای، رویکرد ابعادی به تشخیص دارد، رویکرد قبلی DSM، هر تشخیص را به صورت طبقاتی مجزا در نظر داشت. محدودیت این طبقات تشخیصی سبب می‌شد تا بسیاری از اختلالات به صورت NOS (به گونه دیگری مشخص نشده) تشخیص داده شوند. رویکرد طبقه‌ای واقعیت بالینی، عدم تجانس نشانه در اختلالات و اهمیت مشترک بودن نشانه‌ها در اختلالات متعدد را بازتاب نمی‌داد.

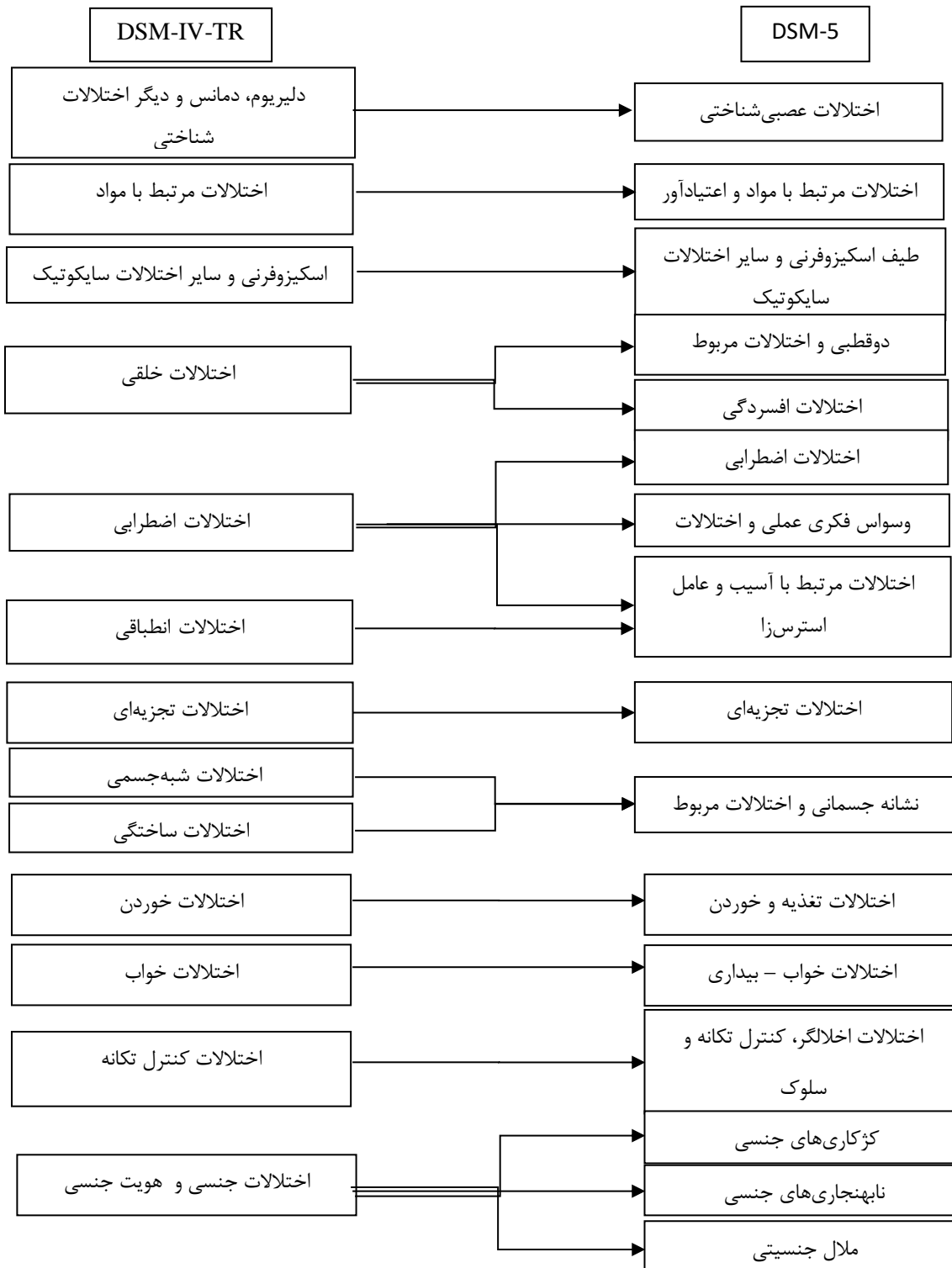
در DSM-5 تشخیص‌های جدیدی وجود دارد که در نسخه قبلی موجود نیست. در DSM-5 بعضی از تشخیص‌های نسخه قبلی با هم ترکیب شده و به صورت یک تشخیص واحد درآمده‌اند. در DSM-5 به مسائل قومی و فرهنگی توجه بیشتری شده است. DSM-5 سه مفهوم جدید را در این زمینه معرفی می‌کند.

- **نشانگان فرهنگی:** مجموعه‌ای از نشانه‌های همزمان و نسبتاً نامتغیر هستند که در گروه فرهنگی، جامعه یا موقعیت خاصی یافت می‌شوند.
- **اصطلاح فرهنگی ناراحتی:** نوعی واژه، عبارت زبانی یا شیوه صحبت کردن درباره رنج کشیدن افراد یک گروه فرهنگی است (مثلاً قومیت و مذهب مشابه که به مفاهیم مشترک آسیب و به شیوه‌های ایراد، انتقال یا نامیدن ناراحتی اشاره دارد).
- **توجه فرهنگی:** یا علت تصور شده: نوعی برچسب، انتساب یا ویژگی الگوی توجیهی است که سبب‌شناسی یا علت تصور شده فرهنگی را برای نشانه‌ها، بیماری یا ناراحتی تأمین می‌کند.

تفاوت‌های جنسیتی: تفاوت‌های جنسی یا جنسیتی به صورتی که با علت‌ها و بروز بیماری‌های جسمانی ارتباط دارند برای تعدادی از اختلالات روانی خاص تعیین شده‌اند. در DSM-5 به تفاوت‌های بالقوه بین مردان و زنان در ابراز بیماری روانی توجه شده است.

طبقه‌بندی در DSM-5 و DSM-IV-IR





نمونه تشخیص بالینی: لولا

لولا یک دانش‌آموز ۱۷ ساله دبیرستانی است که زمانی که ۱۴ ساله بود همراه با والدین و برادرش از مکزیک به آمریکا آمد، چند ماه بعد پدر لولا برای شرکت در مراسمی به مکزیک برگشت و به دلیل مشکلات قانونی مربوط به ویزا نتوانست دوباره به آمریکا برگردد. ۳ سال طول کشید تا پدر دوباره به خانواده‌اش ملحق شود. در این مدت، درآمد مادر لولا برای اداره زندگی، کافی نبود و آنها مجبور شدند در محلات فقیرنشین زندگی کنند. در دو سال گذشته لولا با پسری در مدرسه‌اش دوست شده بود و تقریباً همیشه با هم بودند. لولا او را به عنوان کسی توصیف می‌کرد که وقتی ناراحت است می‌تواند روی او حساب کند. مادر لولا نگران وابستگی او به دوست‌پسرش بود. لولا در هر مسئله‌ای نظر دوستش را می‌پرسید و تمام تصمیم‌هایش را با کمک او می‌گرفت. این‌طور به نظر می‌رسید که بدون حضور

دوست‌پسرش از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کند. مادر لولا می‌گفت: این ناراحت‌کننده است که می‌بینم لولا می‌ترسد خودش فکر کند. مادر لولا بیان می‌کند که لولا همیشه کمی خجالتی بوده و وقتی کوچکتر هم بوده برای تصمیم‌گیری خیلی روی برادرش حساب می‌کرده است. بعد از مدتی دوست‌پسر لولا از او جدا شد. لولا به شدت احساس ناراحتی می‌کرد و می‌گفت دیگر نمی‌تواند غذا بخورد یا بخوابد. وزنش به سرعت کم می‌شد و نمی‌توانست روی تکالیف درسی‌اش تمرکز کند. دوستانش می‌گویند او دیگر با کسی حرف نمی‌زند. بعد از تحمل ۲ هفته با این شرایط لولا یک یادداشت خودکشی نوشت و ناپدید شد. پلیس روز بعد او را در یک خانه متروک پیدا کرد در حالی که داروهایی را در دستش می‌فشرد. لولا گفت که تمام شب آنجا بوده و به پایان دادن به زندگی‌اش فکر می‌کرده است. مادر لولا توضیح داد که در خانواده آنها افراد دیگری هم بودند که دوره‌هایی از ملال و غم را داشته‌اند، ولی هیچ‌کدام از آنها در مزیک اقدام به درمان نکرده‌اند، بلکه اعضای دیگر خانواده با حمایت از آنها برایشان محیطی فراهم کردند تا خودشان بهبود بیابند. لولا برای درمان در بیمارستان بستری شد.

تشخیص براساس DSM IV-TR

اختلال افسردگی اساسی MDD : I محور

اختلال شخصیت وابسته : II محور

_____ : III محور

مشکلات با گروه حمایتی اصلی : IV محور

(نبودن پدر با خانواده)

مشکلات مربوط به محیط اجتماعی (استرس، تغییر فرهنگی، روابط)

محور V: GAF = 25

تشخیص براساس DSM 5

• اختلال افسردگی اساسی MDD

• اختلال شخصیت وابسته

تشخیص اصلی تشخیصی است که نامش اول از همه در فهرست درج شده است و منعکس‌کننده یکی از این دو است:

- دلیل مراجعه درمان‌جو به متخصص بهداشت روانی

- کانون تمرکز درمان

DSM-5 بیش از ۳۴۰ تشخیص دارد. یکی از مشکلاتی که زیاد بودن تعداد تشخیص‌ها ایجاد می‌کند هم‌ابتلائی (Comorbidity) است که در آن ملاک‌های چند اختلال با هم حضور دارند و دو یا چند تشخیص قابل ارائه است.

DSM-5 با استفاده از رویکرد ابعادی درصد حل مشکلات DSM برآمده است. رویکرد ابعادی سبب افزایش سودمندی بالینی و تقویت دقت تشخیص از سوی متخصصان می‌شود. در بسیاری از موارد اختلالات مجزا اصلاً مجزا نیستند بلکه عارضه‌هایی مرتبط به هم هستند که روی یک پیوستار قرار دارند. در این وضعیت بعضی عارضه‌ها نشانه‌های خفیف را نشان می‌دهند و بعضی دیگر بسیار شدیدتر هستند.

برای بسیاری از اختلالات هنوز از سیستم طبقاتی استفاده می‌شود، اما برای بسیاری دیگر از جمله سوءمصرف مواد، اوتیسم و اسکیزوفرنی رویکرد ابعادی و طیفی به کار می‌رود.

برای بالا بردن سودمندی بالینی تشخیص در DSM-5 علاوه بر ملاک‌های تشخیصی از شاخص‌های توصیف‌کننده نیز استفاده می‌شود. ملاک‌های تشخیصی رهنمودهایی برای تشخیص هستند که باید با استفاده از قضاوت بالینی همراه باشند. بعد از ارزیابی ملاک‌های تشخیصی، متخصصان باید کاربرد انواع فرعی اختلال و یا شاخص‌ها را در صورتی که مناسب باشند در نظر بگیرند.

شاخص‌های شدت و روند باید برای نشان دادن وضعیت بالینی فعلی فرد به کار برده شوند.

انواع شاخص‌های توصیف‌کننده در DSM-5:

- توصیف‌کننده روند درمان (مثلاً در بهبود جزئی)
- توصیف‌کننده شدت (مثلاً خفیف، متوسط، شدید)
- توصیف‌کننده فراوانی (مثلاً دوبار در هفته)
- توصیف‌کننده مدت (مثلاً به مدت حداقل ۶ ماه)
- توصیف‌کننده ویژگی‌های توصیفی (مثلاً با بینش ضعیف)

طبقه بندی DSM-5**۱- اختلالات عصبی-رشدی**

- کم توانی ذهنی [خفیف ۵۵- تا ۷۰؛ متوسط ۴۰-۳۵ تا ۵۵-۵۰؛ شدید ۲۵-۲۰ تا ۴۰-۳۵؛ عمیق زیر ۲۵-۲۰]
- اختلالات ارتباط [اختلال زبان؛ اختلال صوت گفتار (اشکال در تلفظ)؛ اختلال فصاحت با شروع در کودکی یا لکنت زبان (اشکال در روانی/سرعت/ و ریتم گفتار)؛ اختلال ارتباط عملی یا اجتماعی]
- اختلال طیف درخودماندگی [سطح ۱ (مثل: اسپرگر)؛ سطح ۲ (مثل: رت)؛ سطح ۳]
- اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی
- اختلالات یادگیری اختصاصی
- اختلالات حرکتی [اختلال هماهنگی رشدی؛ اختلال حرکتی حرکات قالبی؛ اختلال تیک]

۲- طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی

- اسکیزوفرنیا [پارانویید؛ کاتاتونیک؛ نابسامان؛ تمایز نیافته؛ باقیه ای]
- اختلال هذیانی [شهوایی؛ خودبزرگ بینی؛ حسادت؛ گزند و آسیب؛ جسمانی؛ مختلط؛ نامعین]
- اختلال روان‌پریشی گذرا
- اختلال اسکیزوفرنی فرم
- اختلال اسکیزوافکتیو
- اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد/ داروها
- کاتاتونیا

۳- اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط

- اختلال دوقطبی I
- اختلال دوقطبی II
- اختلال خلق ادواری
- اختلال دوقطبی ناشی از یک بیماری طبی دیگر
- اختلال دوقطبی ناشی از مواد/ داروها

۴- اختلالات افسردگی

- اختلال افسردگی اساسی
- اختلال افسردگی پایدار یا افسرده خویی
- اختلال ملال پیش از قاعدگی
- اختلال افسردگی ناشی از مواد/ داروها
- اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر
- سایر اختلالات افسردگی معین [دوره افسردگی راجعه؛ دوره افسردگی کوتاه مدت]
- اختلال افسردگی نامعین [ملانکولیا؛ افسردگی غیرمتعارف یا تیپیک؛ افسردگی حول و حوش زایمان؛ افسردگی با الگوی فصلی]
- اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی

۵- اختلالات اضطرابی

- اختلال پانیک (وحشت زدگی)
- بازارهراسی (آگورافوبیا)
- هراس اختصاصی
- جمع هراسی (اختلال اضطراب اجتماعی)
- اختلال اضطراب فراگیر
- اختلال اضطرابی ناشی از بیماری طبی عمومی

- اختلال اضطرابی ناشی از مواد
- اختلال اضطراب جدایی
- گنگی (سکوت) انتخابی

۶- اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط

- اختلال وسواسی جبری (OCD)
- اختلال بدریخت انگاری بدن
- اختلال ذخیره سازی (انباشت گری)
- تریکوتیلومانیا (اختلال کندن مو)
- اختلال کندن یا خراشیدن پوست
- اختلال وسواسی جبری ناشی از مواد/ داروها
- اختلال وسواسی جبری ناشی از یک بیماری طبی دیگر
- سایر اختلالات وسواسی جبری و اختلالات مرتبط نامعین

۷- اختلال مرتبط با سانحه یا عامل استرس زا

- اختلال دلبستگی واکنشی
- اختلال مشغولیت اجتماعی مهارگسیخته
- اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
- اختلال استرس حاد
- اختلالات سازگاری
- اختلالات داغ دیدگی پیچیده پایدار

۸- اختلالات تجزیه‌ای

- فراموشی تجزیه‌ای
- گریز تجزیه‌ای
- اختلال هویت تجزیه‌ای
- اختلال گسست از خویش / گسست از واقعیت

۹- اختلالات علائم جسمانی و علائم مرتبط

- اختلالات علائم جسمانی (قبلا: خودبیمارانگاری)
- اختلال اضطراب بیماری
- اختلال علائم نورولوژیک کارکردی (قبلا: اختلال تبدیلی)
- عوامل روان شناختی موثر بر سایر بیماری‌های طبی
- اختلال ساختگی (قبلا: مونچهاوزن)
- سایر اختلالات علائم جسمانی و اختلالات مرتبط معین

۱۰- اختلالات خوردن و تغذیه

- بی‌اشتهایی عصبی
- پراشتهایی عصبی
- اختلال پرخوری
- هرزه خواری
- اختلال نشخوار
- اختلال مصرف غذای اجتنابی / محدود

۱۱- اختلالات دفعی

- بی اختیاری مدفوع
- بی اختیاری ادرار

۱۲- اختلالات خواب- بیداری

- اختلال بی خوابی
- اختلال پر خوابی
- بد خوابی‌ها
- حمله خواب (نار کولپسی)
- اختلالات خواب مرتبط با تنفس
- سندرم پاهای بی‌قرار
- اختلال خواب ناشی از مواد/ داروها
- اختلال ریتم شبانه روزی خواب/ بیداری

۱۳- کژکاری‌های جنسی

- انزال دیررس
- اختلال نعوظی
- اختلال ارگاسمی زنان
- اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان
- اختلال دخول/ درد تناسلی لگنی
- اختلال کمبود میل جنسی مردان
- انزال زودرس
- کژکاری جنسی ناشی از مواد/ دارو
- سایر کژکاری‌های جنسی نامعین

۱۴- نارضایتی جنسیتی (قبلا: اختلال هویت جنسی)**۱۵- اختلالات ایدایی، کنترل تکانه و سلوک**

- اختلال نافرمانی مقابله جویانه
- اختلال انفجاری متناوب
- اختلال سلوک
- آتش افروزی
- جنون دزدی

۱۶- اختلالات مرتبط با مواد

- اختلالات ناشی از مواد
- اختلالات مصرف مواد
- اختلالات مرتبط با الکل
- سایر اختلالات ناشی از الکل
- اختلال قماربازی

۱۷- اختلالات عصبی- شناختی

- دلیریوم
- اختلال عصبی- شناختی خفیف

- اختلال عصبی - شناختی عمده [آزایمر؛ زوال ذهن عروقی؛ بیماری پیک؛ بیماری جسم لویی؛ آسیب ضربه‌ای مغز؛ بیماری HIV؛ بیماری پریون؛ پارکینسون؛ هانتینگتون؛ ناشی از بیماری طبی؛ ناشی از مواد/ داروها؛ سبب شناسی چندگانه؛ زوال ذهن نامعین]

۱۸- اختلالات شخصیت

- اختلال شخصیت پارانوئید
- اختلال شخصیت اسکیزوئید
- اختلال شخصیت اسکیزوتایپی
- اختلال شخصیت وسواسی - جبری
- اختلال شخصیت نمایشی
- اختلال شخصیت دوری‌گزین
- اختلال شخصیت ضداجتماعی
- اختلال شخصیت خودشیفته
- اختلال شخصیت مرزی
- اختلال شخصیت وابسته
- اختلال شخصیت ناشی از یک بیماری طبی دیگر
- اختلال شخصیت نامعین

۱۹- اختلال پارافیلیک یا پارافیلیا

- نمایش‌گری
- تماشاگری
- مالش دوستی
- بچه‌بازی
- آزارخواهی جنسی
- آزارگری جنسی
- یادگارخواهی
- میدل‌پوشی

۲۰- سایر اختلالات روانی

- اختلالات روانی معین ناشی از یک بیماری طبی دیگر
- اختلال روانی نامعین ناشی از یک بیماری طبی دیگر
- اختلالات روانی معین که در آنها علائم وجود دارد اما به آستانه یک بیماری روانی اختصاصی نرسیده است.
- اختلالات روانی نامعین که در آنها علائم وجود دارد اما به آستانه یک بیماری روانی اختصاصی نرسیده است.

۲۱- اختلالات حرکتی ناشی از دارو و سایر عوارض جانبی داروها

- پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک یا سایر داروها
- سندرم نورولپتیک بدخیم
- دیستونی حاد
- ناآرامی حاد ناشی از دارو
- دیسکینزی دیررس
- دیستونی دیررس
- لرزش وضعیتی ناشی از دارو
- سایر اختلالات حرکتی ناشی از دارو
- سندرم قطع داروی ضد افسردگی

- سایر عوارض داروها

۲۲- سایر حالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند

- مشکلات ارتباطی
- سوء رفتار و غفلت

A- حالاتی برای مطالعه بیشتر

- سندرم روانپزشکی تخفیف یافته
- دوره های افسردگی همراه با هیپومانیا کوتاه مدت
- اختلال داغ دیدگی پیچیده پایدار
- اختلال مصرف کافئین
- اختلال بازی اینترنتی
- اختلال عصبی رفتاری همراه با مواجهه بیش از تولد با الکل
- اختلال رفتار انتحاری
- خودزنی غیرانتحاری

فصل پنجم: اختلالات عصبی - رشدی

اختلالات عصبی - رشدی مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که در دوره رشد شروع می‌شوند. این اختلالات معمولاً در اوایل رشد آشکار می‌شوند، (اغلب قبل از اینکه کودک وارد دبستان شود) و با نقایص رشدی مشخص می‌شوند که اختلالاتی را در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی ایجاد می‌کنند. دامنه این نقایص رشدی از محدودیت‌های خیلی اختصاصی یادگیری یا کنترل کارکردهای اجرایی تا اختلالات کلی در مهارت‌های اجتماعی یا هوش، تفاوت دارد. اختلالات عصبی - رشدی غالباً با هم روی می‌دهند؛ برای مثال، کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی (ADHD) اغلب یک اختلال یادگیری اختصاصی نیز دارند. در مورد برخی از این اختلالات، معرفی بالینی، نشانه‌های اضافی و همین‌طور علائم افزایش یا کاهش و تاخیر در رسیدن به نقاط عطف موردانتظار رشدی را شامل می‌شوند. برای مثال، اختلال طیف اوتیسم فقط در صورتی تشخیص داده می‌شود که کمبودهای مشخص ارتباط اجتماعی، با رفتارهای تکراری مفرط، تمایلات محدود و اصرار بر یکنواختی همراه باشند.

ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) با کمبودهایی در توانایی‌های عقلانی کلی، مانند استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی، و یادگیری از تجربه مشخص می‌شود. این کمبودها به اختلالاتی در عملکرد انطباقی منجر می‌شوند، طوری که فرد نمی‌تواند معیارهای استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی را در یک یا چند جنبه از زندگی روزانه، از جمله ارتباط، مشارکت اجتماعی، عملکرد تحصیلی یا شغلی و استقلال شخصی در خانه یا در موقعیت‌های اجتماعی، برآورده کند. **تأخیر رشدی کلی**، همان‌گونه که از نام آن برمی‌آید، در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد نتواند نقاط عطف رشدی موردانتظار را در چند زمینه عملکرد عقلانی برآورده کند. این تشخیص در مورد افرادی به کار برده می‌شود که نمی‌توانند تحت ارزیابی منظم عملکرد عقلانی قرار گیرند. از جمله کودکانی که برای شرکت کردن در آزمون استاندارد شده، خیلی خردسال هستند. ناتوانی عقلانی ممکن است در اثر صدمه اکتسابی در طول دوره رشد مانند جراحت شدید سر، ایجاد شده باشد که در این صورت، اختلال عصبی‌شناختی نیز ممکن است تشخیص داده شود.

اختلالات ارتباط، اختلال زبان، اختلال صدای گفتار، اختلال ارتباط اجتماعی (عملی) و اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکنت زبان) را شامل می‌شوند. سه اختلال اول به ترتیب، با کمبودهایی در رشد و استفاده از زبان، گفتار و ارتباط اجتماعی مشخص می‌شوند. اختلال فصاحت با شروع کودکی به وسیله بی‌نظمی‌هایی در فصاحت طبیعی و تولید حرکتی گفتار، از جمله صداها یا هجاهای مکرر، طولانی کردن اصوات بی‌صدا یا صدادار، کلمات بریده بریده، وقفه یا تولید کلمات با تنش جسمانی بیش از حد مشخص می‌شود. اختلال‌های ارتباط مانند اختلالات عصبی - رشدی دیگر، در اوایل زندگی شروع می‌شوند و ممکن است اختلال کارکردی دائمی ایجاد کنند.

اختلال طیف اوتیسم با کمبودهای مداوم در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در موقعیت‌های متعدد، از جمله کمبودهایی در عمل متقابل اجتماعی، رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که برای تعامل اجتماعی به کار برده می‌شوند، و مهارت‌هایی در زمینه برقرار کردن، حفظ کردن و درک کردن روابط مشخص می‌شود. تشخیص اختلال طیف اوتیسم، علاوه بر کمبودهای ارتباط اجتماعی، به وجود الگوهای رفتار، تمایلات یا فعالیت‌های محدود و تکراری نیاز دارد. چون نشانه‌ها در اثر رشد تغییر می‌کنند و امکان دارد مکانیزم‌های جبرانی آنها را بپوشانند، ملاک‌های تشخیصی می‌توانند براساس اطلاعات پیشینه برآورده شوند، هرچند که جلوه بالینی کنونی باید اختلال قابل‌ملاحظه‌ای را ایجاد کند.

ADHD اختلال عصبی - رشدی است که با سطوح مختل‌کننده بی‌توجهی، بی‌نظمی و/یا بیش‌فعالی - تکانشگری توصیف می‌شود و بی‌توجهی و بی‌نظمی، ناتوانی در متمرکز ماندن بر تکلیف، گوش‌نکردن و گم‌کردن لوازم راه، به میزانی که با سطح سن یا رشد ناسازگار است، ایجاب می‌کند. همچنین بیش‌فعالی - تکانشگری، فعالیت بیش از حد، آرام نگرفتن، ناتوانی در نشسته‌ماندن، ایجاد مزاحمت برای فعالیت‌های دیگران، و ناتوانی در منتظر ماندن نشانه‌هایی هستند که نسبت به سن یا سطح رشد، بیش از حد هستند. در کودکی، ADHD غالباً با اختلالاتی که اغلب «اختلالات بیرونی کردن» محسوب شده‌اند، مانند اختلال لجبازی و نافرمانی و اختلال سلوک، همپوشی دارند. ADHD تا بزرگسالی ادامه می‌یابد، طوری که به اختلالات عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی منجر می‌شود.

اختلالات حرکتی عصبی - رشدی، اختلال هماهنگی مربوط به رشد، اختلال حرکت قالبی و اختلالات تیک را شامل می‌شوند. اختلال هماهنگی مربوط به رشد با کمبودهایی در فراگیری و اجرای مهارت‌های حرکتی هماهنگ مشخص و با ناشی‌گری و کندگی یا بی‌دقتی عملکرد مهارت‌های حرکتی آشکار می‌شود که فعالیت‌های زندگی روزمره را مختل می‌کنند. اختلال حرکت قالبی در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد رفتارهای حرکتی تکراری، ظاهراً برانگیخته، و به ظاهر بی‌هدف، نظیر دست تکان دادن، پس و پیش کردن بدن، تکان دادن سر، گاز گرفتن خود و خودزنی داشته باشد. این حرکات، فعالیت‌های اجتماعی، تحصیلی یا فعالیت‌های دیگر را مختل می‌کنند. اگر این رفتارها موجب صدمه رساندن به خود شوند، باید به عنوان بخشی از شرح تشخیصی، مشخص شوند. اختلالات تیک با وجود تیک‌های حرکتی یا آوایی مشخص می‌شوند که جنبش‌های حرکتی یا آواگری‌های ناگهانی، سریع، عودکننده، نامنظم، و قالبی هستند. مدت، سبب‌شناسی فرض شده و جلوه بالینی، اختلال تیک خاصی را که تشخیص داده می‌شود، مشخص می‌کند: اختلال توره، اختلال تک‌حرکتی یا آوایی مداوم (مزمن)، اختلال تیک مشخص دیگر و اختلال تیک نامشخص. اختلال توره در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد تیک‌های حرکتی و آوایی داشته باشد که حداقل به مدت ۱ سال وجود داشته و سیر آنها با نوسانات شدت علائم همراه است.

اختلال یادگیری خاص، همان‌گونه که از نام آن برمی‌آید، در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد کمبودهای خاصی در توانایی درک کردن یا پردازش اطلاعات به طور شایسته و درست، داشته باشد. این اختلال عصبی- رشدی اولین بار در طول سال‌های تحصیلات رسمی آشکار می‌شود و با مشکلات مداوم و مختل‌کننده در زمینه یادگیری مهارت‌های تحصیلی اساسی در خواندن، نگارش و یا ریاضی مشخص می‌شود. عملکرد مهارت‌های تحصیلی فردی که به این اختلال مبتلاست، زیر سطح متوسط متناسب با سن است، یا سطح عملکرد قابل قبول فقط با تلاش فوق‌العاده حاصل می‌شود. اختلال یادگیری خاص می‌تواند در افرادی که از لحاظ عقلانی سرآمد تشخیص داده شده‌اند روی دهد و فقط زمانی آشکار شود که ضروریات یادگیری یا روش‌های ارزیابی (مثل آزمون‌های زمان‌بندی شده) موانعی را ایجاد کنند که آنها نتوانند با هوش ذاتی و راهبردهای جبرانی خود بر آنها چیره شوند. اختلال یادگیری خاص، بسته به مهارت‌ها، از جمله عملکرد شغلی، می‌تواند در همه افراد، اختلالات دائمی در فعالیت‌ها ایجاد کند.

DSM-IV-TR	DSM-5
اختلالات عصبی رشدی	
اختلال اوتیسم	طیف اختلال اوتیسم
اختلال اسپرگر	
اختلال فروپاشی کودکی	
اختلالات فراگیر رشد NOS	
عقب‌ماندگی ذهنی	
	ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی)

تفاوت تشخیص اختلالات کودکی

DSM-IV-TR	DSM-5
اختلالاتی که معمولاً در شیرخواری، کودکی و بلوغ تشخیص داده می‌شوند	اختلالات عصبی رشدی
عقب‌ماندگی ذهنی	ناتوانی عقلی
اختلالات یادگیری	اختلال یادگیری خاص
اختلالات فراگیر رشد	اختلالات طیف اوتیسم
اختلال مهارت‌های حرکتی	اختلالات حرکتی
اختلالات ارتباطی	اختلالات ارتباطی
ADHD	ADHD
اختلالات تغذیه شیرخواری و اوایل کودکی	اختلالات تغذیه و خوردن (شامل آنورکسیا، بولیمیا و پرخوری)
اختلال سلوک	اختلالات اخلاقی، کنترل تکانه و سلوک
اختلال لجبازی و نافرمانی مقابله‌ای	
لالی انتخابی	اختلالات اضطرابی
اختلال اضطراب جدایی	(شامل اختلالات اضطرابی در بزرگسالی و کودکی)

• ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی)

عقب‌ماندگی ذهنی **mental retardation** به اختلال عقلانی رشدی در **DSM-5** تغییر نام داده است. طبق قوانین جدید آمریکا اصطلاح معلولیت یا کم‌توانی ذهنی **mental disability** باید جایگزین اصطلاح عقب‌ماندگی شود. معلولیت ذهنی دیگر صرفاً بر اساس هوشبهر تعیین نمی‌شود و ملاک‌های زیر را نیز باید در نظر گرفت. هرچند هوشبهر ۲ انحراف معیار کمتر از میانگین جامعه (۷۰ یا کمتر)، هنوز جزو ملاک‌های کم‌توانی ذهنی است.