

برای اختلالات استفاده از مواد

بر طبق DSM-5، "اختلال مصرف مواد، یک الگوی مشکوک استفاده از الکل و یا یک ماده دیگر که موجب اختلال در زندگی روزمره و یا ناراحتی قابل توجه می شود، توصیف می کند" ویژگی اصلی اختلال مصرف مواد مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری، و فیزیولوژیکی است که نشان می دهد فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می دهد.

ویژگی مهم اختلالات مصرف مواد تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که امکان دارد بعد از مسمومیت زایی ادامه یابد، مخصوصاً در افرادی که به اختلالات شدید مبتلا هستند. تأثیرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن است در برگشت های مکرر و اشتیاق شدید به دارو در مواقعی که افراد با محرک های مرتبط با دارو مواجه می شوند، آشکار شوند. این تأثیرات مداوم دارو ممکن است در اثر روش های درمانی بلندمدت بهبود یابند. تنها رفتار اعتیادی غیر مصرفی که در این طبقه تشخیصی قرار گرفته است، قماربازی است. سایر اختلالات این طبقه، در سه دسته کلی طبقه بندی شده اند:

۱. اختلالات مصرف مواد

۲. مسمومیت مواد

۳. اختلالات ترک مواد

اختلالات مصرف مواد

بر اساس ویرایش پنجم DSM برای اینکه یک فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد تشخیص داده شود، در طی ۱۲ ماه باید ۲ مورد از ۱۱ مورد زیر را نشان دهد:

- مصرف الکل یا سایر مواد بیشتر از برنامه ریزی قبلی
- نگرانی در مورد توقف و یا تلاش مستمر شکست خورده برای کنترل استفاده از آن
- صرف مقدار زیادی از وقت با استفاده از مواد مخدر یا الکل، و یا انجام هر کاری بدست آوردن آن
- استفاده از ماده منجر به شکست در انجام تعهدات در خانه، کار یا مدرسه می شود.
- ولع برای مصرف مواد (الکل یا مواد مخدر)
- ادامه مصرف با وجود آن که تأثیر منفی بر روابط اش با دیگران دارد.
- مصرف مکرر مواد یا الکل در یک وضعیت خطرناک (به عنوان مثال هنگام رانندگی)
- انجام ندادن و یا کاهش فعالیت ها در زندگی شخصی به دلیل استفاده از مواد مخدر / الکل

- ادامه مصرف با وجود ایجاد یا تشدید مشکلات سلامتی به دلیل مصرف مواد. این مشکلات می تواند در حوزه سلامت روان نیز باشد (مشکلات روانی ممکن است شامل خلق افسرده، اختلال خواب و یا اضطراب).
 - تجربه علائم ترک پس از قطع مصرف، با توجه به DSM-5 علائم ترک معمولاً شامل: "اضطراب، تحریک پذیری، خستگی، تهوع / استفراغ، لرزش دست و یا تشنج در مورد الکل است."
 - تحمل یا نیاز به افزایش قابل ملاحظه مقدار مواد برای دستیابی به تاثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تاثیر هنگامی که مقدار معمول مصرف شده است، مشخص می شود.
- ویرایش پنجم DSM اختلالات مربوط به استفاده از مواد را ۱۰ دسته جداگانه از مواد و داروها تقسیم بندی کرده است این دسته های عبارتند از:

- کافئین
- حشیش
- مواد توهم زها (فنسیکلیدین یا همان آریل سیکلوهکسیل آمین ها و سایر توهم زها مانند LSD)
- مواد استنشاقی
- مواد افیونی داروهای آرام بخش
- خواب آور
- ضد اضطراب
- محرک ها (شامل مواد از نوع آمفتامین، کوکائین و سایر محرک ها)
- تنباکو
- سایر مواد مخدر

اختلالات مسمومیت مواد

مسمومیت ناشی از مواد مخدر گروهی از اختلالات ناشی از مواد است که جزئیات علائمی را نشان می دهد که افراد هنگام اور دوز از داروها یا مواد تجربه می کنند. اختلالات مسمومیت با مواد عبارتند از:

- مسمومیت با ماری جوانا
- مسمومیت با کوکائین
- مسمومیت با مت آمفتامین (محرک ها)
- مسمومیت با هروئین (مواد افیونی)
- مسمومیت با اسید
- هذیان مسمومیت با مواد
- مسمومیت ناشی از سوء مصرف الکل

اختلالات عصبی شناختی

شناخت به تمام فرایندهای ذهنی و مغزی که به آگاهی انسان از خود و جهان اطرافش منتهی می‌شود اطلاق می‌گردد. این فرایندها، عبارتند از حافظه، توجه، زبان، استدلال، حل مساله و ... که هر کدام در کسب آگاهی از خود و جهان و به عبارت دیگر یادگیری پیرامون جهان و خود اهمیت دارند.

اختلال‌های عصبی شناختی به مجموعه‌ای از اختلال‌ها و بیماری‌های عصبی گفته می‌شود که می‌تواند بصورت مستقیم یا غیرمستقیم (بصورت پایدار یا گذرا) با ایجاد اختلال در کارکردشناختی و سیستم عصبی، موجب ایجاد آشفتگی در آگاهی فرد نسبت به خود و جهان اطرافش شده و ناهنجاری‌های رفتاری خاصی را بوجود آورد بطوری که زندگی فردی و اجتماعی شخص بیمار را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

نکته: در میان اختلال‌های روانی، اختلال‌های عصبی شناختی بیش از سایر اختلال‌ها، بیانگر بروز علائم رفتاری بر اثر آسیب‌های زیستی و نقایص شناختی هستند. در حقیقت نقایص شناختی ویژگی مشترک و نشانه اصلی مجموعه اختلال‌های شناختی عصبی هستند.

نکته: در گذشته اختلال‌های عصبی-شناختی را تحت عنوان اختلال‌های روانی-عضوی و یا اختلال‌های مغزی-عضوی می‌شناختند.

نکته: تفاوت اختلال‌های عصبی شناختی در DSM-IV-TR و DSM-5

- اختلال‌های عصبی شناختی در DSM IV-IV-TR با عبارت ناهنجاری‌های شناختی طرح شده بود اما در سال ۲۰۱۳ در DSM-5 به جای آن عبارت اختلال‌های شناختی-عصبی^۱ بکار برده شده است.
- در این طبقه از اختلال‌ها، اختلال دمانس از DSM-IV-TR حذف و در DSM-5، اختلال عصبی شناختی عمده به جای آن ارائه شده است.

نکته: اختلال‌های عصبی شناختی در DSM-5

اختلال‌های عصبی شناختی

- دلیریوم (روان آشفتگی)
- اختلال عصبی-شناختی عمده
- اختلال عصبی-شناختی خفیف

اختلال دلیریوم (روان آشفتگی)

دلیریوم عبارت است از یک وضعیت ناگهانی از گیجی (پیشانی) شدید و تغییرات سریع در مغز که بعضی اوقات با توهم و فعالیت بدنی بیش از حد همراه است و بیمار حالت طبیعی و عادی ندارد. این بیماری "سندرم حاد مغزی" یا "وضعیت حاد گیجی" نیز نامیده می‌شود. از دیدگاه روانشناسی، دلیریوم نوعی اختلال روانی است که ممکن است چندین ساعت در طول روز در فرد مبتلا روی دهد و باعث اختلال در تمرکز فرد و گیجی شود. این اختلال بیشتر در سالمندی مشاهده می‌شود.

ویژگی اساسی دلیریوم اختلال در هوشیاری است، که با تغییر در شناخت همراه است. این اختلال در کوتاه مدت، که معمولاً از چند ساعت تا چند روز متغیر است، بوجود می‌آید و اغلب در طول روز با نوسان‌هایی همراه است.

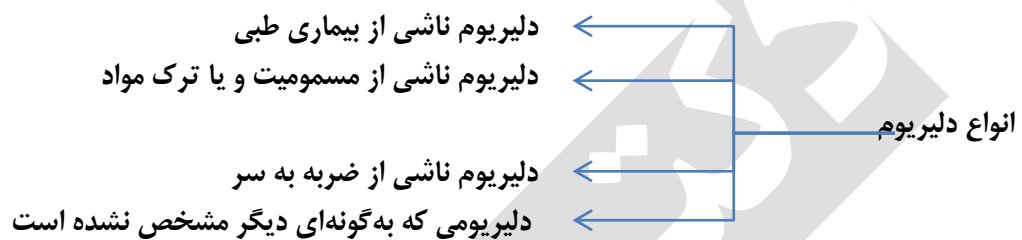
^۱ Neurocognitive Disorders

➤ اختلال در هوشیاری با کاهش آگاهی روشن از محیط (اختلال در توانایی تمرکز، نگهداری یا تغییر توجه) مشخص می‌شود.

➤ این امر با تغییر در شناخت (که ممکن است اختلال در حافظه، اختلال در جهت‌یابی، یا اختلال در زبان را شامل شود) یا پیدایش اختلال ادراکی همراه است. اختلال در حافظه بیشتر در حافظه اخیر مشاهده می‌شود.

➤ اختلال در جهت‌یابی معمولاً به صورت اختلال در جهت‌یابی نسبت به زمان (برای مثال در نیمه شب تصور کند صبح است) یا نسبت به مکان (برای مثال به جای اینکه بداند در بیمارستان است تصور کند در منزل است) جلوه‌گر می‌شود.

دلیریوم بر اساس عامل ایجاد کننده به چهار دسته زیر تقسیم می‌شود:



معیارهای تشخیصی دلیریوم ناشی از بیماری طبی عمومی:

الف. اختلال در هوشیاری (مانند کاهش وضوح آگاهی نسبت به محیط) همراه با کاهش توانایی تمرکز، حفظ یا تغییر کانون توجه.

ب. تغییر در شناخت (مانند نقص حافظه، اختلال موقعیت‌یابی، اختلال در زبان) با پیدایش اختلال ادراکی که نتوان آن را با یک دمانس قبلی، تثبیت شده یا در حال تکامل، به شکل بهتری توجیه کرد.

ج. اختلال در مدت زمان کوتاهی ایجاد می‌شود (معمولاً چند ساعت تا چند روز) و به طور معمول در طول روز نوسان دارد.

د. شرح حال، معاینه جسمی یا یافته‌های آزمایشگاهی نشان‌دهنده این است که اختلال؛ ناشی از پیامدهای فیزیولوژیک مستقیم یک بیماری طبی عمومی است.

معیارهای تشخیصی دلیریوم ناشی از مسمومیت با مواد:

الف. اختلال در هوشیاری (مانند کاهش وضوح آگاهی نسبت به محیط) همراه با کاهش توانایی تمرکز، حفظ یا تغییر کانون توجه.

ب. تغییر در شناخت (مانند نقص حافظه، اختلال موقعیت‌یابی، اختلال در زبان) با پیدایش اختلال ادراکی که نتوان آن را با یک دمانس قبلی، تثبیت شده یا در حال تکامل، به شکل بهتری توجیه کرد.

ج. اختلال در مدت زمان کوتاهی ایجاد می‌شود (معمولاً چند ساعت تا چند روز) و به طور معمول در طول روز نوسان دارد.

د. در شرح حال، معاینه جسمی، یا یافته‌های آزمایشگاهی شواهدی دال بر یکی از موارد (۱) یا (۲) وجود دارد:

۱. نشانه‌های ملاک الف و ب در طی مسمومیت با مواد ایجاد شده‌اند.

۲. مصرف دارو، از لحاظ سبب‌شناختی با این اختلال مرتبط می‌باشد.

نکته: انتقال دهنده عصبی درگیر در دلیریوم، استیل کولین است. علاوه بر این تشکیلات ساقه مغز، محل اصلی تنظیم توجه و انگیزتگی است که در اختلال دلیریوم درگیر هستند.

اختلال عصبی شناختی عمده

اختلال عصبی شناختی عمده در DSM5 برای نخستین بار طرح شده و بیانگر افت شناختی قابل ملاحظه در مقایسه با سطح عملکرد قبلی در یک یا تعداد بیشتری از زمینه‌های شناختی (توجه پیچیده، کارکرد اجرایی، یادگیری و حافظه، ادراکی - حرکتی، یا شناخت اجتماعی) است.

- اختلال قابل ملاحظه در عملکرد شناختی، که ترجیحاً توسط آزمودن عصب روان شناختی استاندارد شده یا، در غیاب آن، با ارزیابی کمی متخصصی بالینی ثابت شده باشد.
- کمبودهای شناختی در استقلال فعالیت‌های روزمره اختلال ایجاد می‌کند (یعنی، حداقل، در زمینه فعالیت‌های پیچیده زندگی روزمره مانند پرداختن صورت حساب‌ها یا مدیریت کردن داروها به کمکی نیاز دارد. کمبودهای شناختی منحصر در زمینه دلیریوم روی نمی‌دهند.

اختلال عصبی - شناختی خفیف

اختلال عصبی - شناختی خفیف نیز که برای نخستین بار در DSM5 طرح شده است، بیانگر افت شناختی متوسط در مقایسه با سطح عملکرد قبلی در یک یا تعداد بیشتری از زمینه‌های شناختی (توجه پیچیده، کارکرد اجرایی، یادگیری و حافظه، زبان، ادراکی - حرکتی، یا شناخت اجتماعی) است.

- اختلال متوسط در عملکرد شناختی، که ترجیحاً توسط آزمودن نوروپسیکولوژیکی استاندارد شده یا در غیاب آن، با ارزیابی بالینی کمی ثابت شده باشد.
- کمبودهای شناختی، توانایی استقلال در فعالیتهای روزمره را مختل نمی‌کند (یعنی، فعالیتهای مفید پیچیده زندگی روزمره مانند پرداختن صورتحسابها یا مدیریت کردن داروهای تجویز شده، ولی ممکن است تلاش بیشتر، راهبردهای جبرانی، یا انطباق ضروری باشند).

تفاوت اختلال عصبی-شناختی خفیف و اختلال عصبی-شناختی عمده:

تفاوت اصلی اختلال عصبی-شناختی خفیف و اختلال عصبی-شناختی عمده شدت افت شناختی و افت در عملکرد مستقل است. در واقع، اختلال عصبی-شناختی خفیف و اختلال عصبی-شناختی عمده گاهی مراحل اولیه و مراحل بعدی یک اختلال فرسایشی هستند. مثلاً، کسی که مراحل اولیه یک اختلال فرسایشی مثل آلزایمر را سپری می‌کند ممکن است ابتدا با افت‌های جزئی در عملکرد مواجه شود و این افت‌ها در استقلال او مشکل به وجود نیاورند، اما با پیشرفت بیماری ممکن است شدت نشانه‌ها بیشتر شود یا نشانه‌ها در سایر زمینه‌های شناختی تأثیر بگذارند. از سوی دیگر کسی که بعد سکتة مغزی، آسیب تروماتیک به مغز، اعتیاد به مواد، یا عفونت ناشی از آسیب مغزی، مبتلا به اختلال شناختی عصبی-شناختی عمده تشخیص داده می‌شود ولی بهبود می‌یابد، ممکن است مهارت‌های شناختی خود را تا حد بسیار زیادی دوباره به دست آورد و این بار مبتلا به اختلال عصبی-شناختی خفیف تشخیص داده شود.

نکته: در طبقه اختلال‌های عصبی شناختی در DSM-IV-TR، اختلالی با عنوان دمانس وجود داشت که در DSM5، تحت عنوان اختلال عصبی شناختی خفیف و اختلال عصبی شناختی عمده طرح شده‌اند. دمانس یک اصطلاح کلی بوده و نامی است برای مجموعه‌ای از نشانه‌ها که به علت برخی از اختلالات یا بیماری‌هایی که مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهند، ایجاد می‌شود. در دمانس، تخریب سلول‌های عصبی می‌تواند در چندین ناحیه مغز اتفاق افتد که این تخریب به اختلال شناختی منجر می‌گردد. براساس میزان اختلال شناختی به سه گروه خفیف، متوسط و شدید قابل تقسیم است.

انواع دمانس

➤ بیماری آلزایمر

بیشتر بیماران دمانس، به بیماری آلزایمر دچارند. براساس آمار انجمن آلزایمر آمریکا، بین ۶۰ تا ۸۰ درصد موارد بیماری دمانس، از این نوع است.

بیماری آلزایمر معمولاً بیماری سالمندان تلقی می‌شود ولی نوع زودرس آن در سنین نزدیک ۶۰ سالگی نیز مشاهده می‌شود. از علائم بارز بیماری آلزایمر، مشکلات مربوط به حافظه کوتاه‌مدت بیمار است. بیمار در به یاد آوردن مکالمات، اسامی افراد، و وقایع اخیر دچار مشکل می‌شود. بی‌تفاوتی بیمار نسبت به افراد خانواده و افسردگی از علائم دیگر این بیماری است. با گذشت زمان، علائم دیگری از جمله ضعف در مکالمات، ناتوانی در تصمیم‌گیری‌های درست، عدم درک موقعیت زمانی و مکانی، سردرگمی، رفتار غیرمعمول و در نهایت مشکلات صحبت کردن، بلعیدن غذا و نوشیدن مایعات، و راه رفتن، در بیمار بروز می‌کند.

نکته: تحلیل یا آتروفی سلولی در نواحی آهیانه و گیجگاهی، کروموزم شماره ۲۱، ژن E۴، پلاک‌های آمیلوئید و همچنین کاهش انتقال دهنده‌های استیل کولین و تا حدی نوراپی نفرین در ایجاد آلزایمر نقش دارند.

➤ دمانس عروقی

دومین نوع شایع دمانس پس از آلزایمر، دمانس عروقی است که حدود ۱۰ درصد کل بیماران دمانس را شامل می‌شود. در این نوع دمانس علائم بیماری ممکن است به‌صورت پلکانی و هر علامت به‌صورت ناگهانی پدیدار گردد. برای مثال بیمار ممکن است بعد از یک سکته مغزی نتواند به سطح قبلی عملکرد ذهنی خود باز گردد و در صورت سکته مغزی مجدد، عملکرد بیمار در زمینه تازه ای افت کند. سکته‌های مغزی همیشه با علائم پر سر و صدا مانند فلج ناگهانی بروز نمی‌کنند. سکته‌های کوچک و متعدد ممکن است آنقدر بدون علامت باشند که برای بیمار و همراهانش علامت آشکاری ایجاد نکنند.

بیشتر بیماران مبتلا به دمانس عروقی، به بیماری‌ها و عوارض دیگر از جمله دیابت، فشار خون، و میزان بالای کلسترول نیز دچارند و بسیاری از آن‌ها، دخانیات مصرف می‌کنند. علاوه براین، اختلال در قضاوت و توان تصمیم‌گیری در برنامه‌ریزی‌های معمول روزانه، ممکن است در کنار عوارض فیزیکی مانند اختلال در راه رفتن، فلج شدن یا بی‌حسی یک طرف صورت یا یک نیمه از بدن بیمار بروز کند. محل ایجاد صدمات عروقی، شدت به وجود آمدن آن‌ها، و تعداد سکته‌ها، مستقیماً بر میزان توان فکری و فیزیکی بیمار تأثیرگذار است.

➤ دمانس لوی بادی

این نوع دمانس در سنین سالمندی بیشتر شایع است ولی موارد زیر ۶۰ سالگی نیز وجود دارد. اکثر این بیماران با مشکلات حافظه و تفکر که در آلزایمر هم وجود دارد رو برو هستند. با گذشت زمان عوارض فیزیکی و تغییرات رفتاری در آن‌ها بروز می‌کند. دمانس لوی بادی با چهار خصوصیت اصلی بالینی شناخته می‌شود: اولین خصوصیت اینکه تغییرات سطح هوشیاری و ذهنی بیمار در طول روز و یا هفته متغیرند. به‌طوری‌که بیمار در برخی زمان‌ها کاملاً طبیعی و در برخی دیگر کاملاً دچار اختلال ذهنی است.

دومین خصوصیت این نوع دمانس، وجود توهمات بینایی به‌صورت دیدن اشخاص و حیوانات است. بیمار ممکن است در عالم توهم، نزدیکانی را که سال‌ها قبل فوت کرده‌اند و اشیاء و حیواناتی را به وضوح ببیند و حتی با آن‌ها صحبت کند.

سومین خصوصیت دمانس لوی بادی وجود علایمی شبیه به بیماری پارکینسون در این بیماران است. به همین دلیل ممکن است برای آن‌ها، به اشتباه تشخیص بیماری پارکینسون داده شود. چهارمین خصوصیت این بیماران، حساسیت زیاد آن‌ها به برخی از داروها خصوصاً داروهای ضد روان‌پریشی است. این بیماران با دوزهای خیلی کم این داروها ممکن است عوارضی را نشان دهند که معمولاً در بقیه بیماران در دوزهای بالا دیده میشود.

نکته: شباهت‌های دمانس لوی بادی با بیماری پارکینسون

بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون در اواخر دوران بیماری خود ممکن است دچار دمانس شوند که بسیار شبیه به دمانس لوی بادی است. زیرا پروتئینی که در دمانس لوی بادی باعث از دست رفتن سلول‌های مغزی می‌شود، در بیماری پارکینسون هم دیده می‌شود. در حقیقت پارکینسون یکی از شایع‌ترین اختلالات دمانس است که علائم اصلی آن شامل بی‌حرکتی (آکینزی)، لرزش دست، فلج عضلات چهره، تعریق، خیره‌شدن چشم‌ها به یک نقطه، کاهش پلک‌زدن و افزایش ترشح بزاق هستیم.

بطور کلی بیماری پارکینسون بر اثر از بین رفتن سلول‌های ترشح‌کننده ماده‌ای به نام دوپامین (که یک انتقال‌دهنده عصبی) است رخ می‌دهد. افزایش نسبت استیل‌کولین به دوپامین در عقده‌های قاعده‌ای مغز موجب علائم ترمور، سفتی عضلات و کندی حرکات می‌شود.

با این حال، در بیماران مبتلا به دمانس لوی بادی، برخلاف بیماری پارکینسون، علائم ذهنی قبل از شروع اختلالات حرکتی بروز می‌کند.

➤ دمانس لوب پیشانی - گیجگاهی

فرد مبتلا به دمانس لوب پیشانی - گیجگاهی است، در مناطقی از مغز که مسئول کنترل کردن برنامه ریزی، قضاوت، احساسات، صحبت کردن و حرکت کردن است، دچار تخریب سلولی شده است و علائمی همچون تغییرات در رفتار و شخصیت، کاهش ناگهانی مهارت‌های شخصی و اجتماعی، مشکلات در پیدا کردن کلمات صحیح برای اشیاء هنگام صحبت کردن و مشکلات حرکتی مثل بیقراری، اختلالات تعادلی و اسپاسم عضلانی را نشان می‌دهد.

➤ بیماری هانتینگتون

این اختلال مغزی است که به صورت توارث خانوادگی یک نقص ژنتیکی را منتقل می‌کند. چنانچه فردی ژن مربوط به بیماری هانتینگتون را در موقع تولد از والدین خود به ارث برده باشد، علائم این بیماری تا زمانی که به سن ۳۰ تا ۵۰ سالگی نرسد، خود را نشان نمی‌دهند، افراد مبتلا به این بیماری علائمی مانند دیگر انواع دمانس خواهند داشت مثل مشکلاتی در تفکر و منطق، حافظه، قضاوت، برنامه ریزی و مدیریت و تمرکز.

اختلالات جنسی

در پنجمین ویرایش DSM اختلالات جنسی در سه گروه کژکاری‌های جنسی، ملال جنسی و ناهنجاری جنسی طبقه‌بندی می‌شوند. برای تشخیص اختلال‌های جنسی حداقل ۶ ماه زمان نیاز است.

کژکاری‌های جنسی

به منظور تشخیص کژکاری‌های جنسی؛ طول مدت علائم باید حداقل ۶ ماه باشد. مشکل جنسی باید همراه با ناراحتی بالینی چشمگیری برای فرد باشد. ممکن است فرد بطور همزمان به دو یا چند اختلال جنسی مبتلا باشد. بعضی از مشکلات جنسی ممکن است ناشی از تحریک ناکافی باشد (بر اساس قضاوت بالینی)، در این صورت تشخیص کژکاری گذاشته نمی‌شود. انواع کژکاری‌های جنسی عبارتند از:

۱. تاخیر انزال Delayed Ejaculation
۲. اختلال نعوظی Erectile Disorder
۳. اختلالات ارگاسمی در زن Female Orgasmic Disorder
۴. اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زن Female Sexual Interest-Arousal Disorder
۵. اختلالات درد / دخول تناسلی - لگنی Genito-Pelvic Pain-Penetration Disorder
۶. اختلال میل جنسی کم کار در مرد Male Hypoactive Sexual Desire Disorder
۷. انزال زودرس Premature (Early) Ejaculation
۸. کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو Substance/Medication-Induced Sexual Dysfunction
۹. کژکاری جنسی مشخص دیگر Other Specified Sexual Dysfunction
۱۰. کژکاری جنسی نامشخص Unspecified Sexual Dysfunction

ملال جنسی

ملال جنسیتی یا دیسفورای جنسیتی، احساس بی‌قراری ناشی از عدم تطابق هویت جنسیتی فرد با جنسیت انتسابی زمان تولدش است. این اصطلاح با انتشار DSM-۵ جایگزین برچسب تشخیصی اختلال هویت جنسیتی شد. افراد درگیر با ملال جنسیتی معمولاً به عنوان تراجنسیتی شناخته می‌شوند.

عدم انطباق جنسیتی همیشه منجر به ملال یا پریشانی جنسیتی نمی‌شود، براساس اعلام انجمن روان‌پزشکی آمریکا، عنصر مهم بروز ملال جنسیتی «پریشانی قابل توجه بالینی» است. انواع اختلال‌های ملال جنسیتی عبارتند از:

۱. اختلال ملال جنسی در کودکان

۲. اختلال ملال جنسی در نوجوانان و بزرگسالان

۳. ملال جنسیتی مشخص دیگر

نکته: این طبقه معادل اختلالات هویت جنسی در راهنمای شماره ۴ می باشد.

نابهنجاری های جنسی (پارافیلی)

پارافیلی تجربه ای است که فرد در مواجهه با برخی موقعیت ها، اشیا یا تصورات و تخیلات غیر معمولی، دستخوش برانگیختگی جنسی شود. در حقیقت این دسته از اختلال های جنسی افرادی را توصیف می کند که علایق جنسی آنها به سمت افراد و یا اشیایی است که اساساً اهداف جنسی مناسبی نیستند.

۱. اختلال تماشاگری جنسی Voyeuristic Disorder

۲. اختلال عورت نمایی Exhibitionistic Disorder

۳. اختلال مالش دوستی Frotteuristic Disorder

۴. اختلال مازوخیسم جنسی Sexual Masochism Disorder

۵. اختلال سادیسم جنسی Sexual Sadism Disorder

۶. اختلال بچه بازی Pedophilic Disorder

۷. اختلال یادگارپرستی Fetishistic Disorder

۸. اختلال مبدل پوشی Transvestic Disorder