

# فهرست مطالب

مقدمه.....	۵
پیشگفتار.....	۹
طبقه‌بندی در روان‌پزشکی.....	۱۱
شرح حال روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی.....	۲۹
ارزیابی طبی و آزمون‌های آزمایشگاهی در روانپزشکی.....	۴۴
تصویربرداری مغز در روانپزشکی.....	۴۶
اختلالات عصبی - شناختی عمده.....	۷۲
اختلالات عصبی شناختی عمده یا خفیف ناشی از یک بیماری طبی دیگر (اختلالات نسیانی) ۱۰۲	۶
اختلالات روانی ناشی از بیماری‌های طبی عمومی.....	۷
اختلالات اعتیادی و مصرف مواد.....	۸
طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روانپزشکی.....	۹
اختلالات اسکیزوفرنی فرم، اسکیزوافکتیو، هذیانی، و سایر اختلالات روان‌پیشانه .. ۲۰۰	۱۰
اختلالات خلقی.....	۱۱
اختلالات اضطرابی.....	۱۲
اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط.....	۱۳
اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا.....	۱۴
اختلالات تجزیه‌ای.....	۱۵
اختلال علائم جسمانی و اختلالات مرتبط.....	۱۶
اختلالات شخصیت.....	۱۷
کژکاری جنسی و نارضایتی جنسیتی.....	۱۸
اختلالات تغذیه و خوردن.....	۱۹
چاقی و سندرم متابولیک.....	۲۰
خواب طبیعی و اختلالات خواب - بیداری.....	۲۱
اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک.....	۲۲
طب روان - تنی.....	۲۳
خودکشی، خشونت، و سایر فوریت‌های روانپزشکی.....	۲۴

۴۸۳.....	اختلالات دوران نوزادی، کودکی، و نوجوانی	۲۵
۵۳۵.....	روانپزشکی سالمندان.....	۲۶
۵۵۲.....	مراقبت‌های پایان زندگی.....	۲۷
۵۶۳.....	روان‌درمانی.....	۲۸
۵۸۳.....	درمان روان‌دارویی و مکمل‌های تغذیه‌ای.....	۲۹
۶۹۱.....	درمان‌های تحریک مغزی.....	۳۰
۶۹۷.....	روانپزشکی قانونی و اخلاق در روانپزشکی.....	۳۱
۷۱۰.....	اختلالات حرکتی ناشی از داروها.....	۳۲
۷۲۲.....	<b>خلاصهٔ نشانه‌ها و علائم.....</b>	
۷۴۹.....	<b>نمایه.....</b>	

## مقدمه (ویراست ششم)

سال ۱۳۷۴ در بیمارستان روزبه، کارورز جوان و محجوبی در بخش روان پزشکی به کار مشغول شده بود که با علاقه و اشتیاق اما آرام و بی تظاهر به آموختن دل بسته بود. در جریان این همکاری متوجه شدم که انسانی فرهیخته و باسواد است و زبان فارسی و انگلیسی را هم خوب می‌داند. وقتی از من برای ترجمه کتابی راهنمای خواست، بدون هیچ تردیدی کتابی از یونگ (روانشناسی تحلیلی یونگ<sup>۱</sup>) را که برای ترجمه آن به دنبال فرصتی بودم و نمی‌یافتم، به او پیشنهاد کردم. پس از مدتی ابتدا ترجمه چند فصل و بعد ترجمه کامل آن را برایم آورد. چند روزی به مطالعه و مقابله آن با متن اصلی گذشت و آن را بسیار دقیق و روان یافتیم. برای اطمینان بیشتر با مشورت استاد دکتر حسن بطحائی ترجمه را به خانم فرامرزى تحویل دادم که ایشان در کارهای یونگ و ترجمه دستی گشاده دارد. پس از مدتی خانم فرامرزى با تأیید کامل ترجمه، آن را بازفرستاد، و با خوشحالی این اولین کتابی بود که دکتر فرزین رضاعی ترجمه کرده بودند. این کتاب توسط انتشارات ارجمند چاپ شد و به چاپ پنجم هم رسید. شانس آشنایی با دکتر رضاعی ادامه یافت و او یکی از روانپزشکان فرهیخته و دوست‌داشتنی است که از امیدهای ما در غرب کشور و فعالیت‌های علمی انجمن روانپزشکان ایران است.

این مقدمه به این مناسب تداعی و نوشته شد که انتشارات ارجمند با همت همکار عزیز آقای دکتر محسن ارجمند که به یکی از سرمایه‌های پزشکی ایران تبدیل شده است، از من خواستند که مقدمه‌ای بر ترجمه ویراست ششم دستنامه روانپزشکی بالینی کاپلان و سادوک بنویسم که به دست آقای دکتر فرزین رضاعی ترجمه شده است. بر این باور هستم که در نبود یک مجموعه تألیفی روزآمد به دست روانپزشکان ایرانی، این کتاب برای مطالعه دانشجویان پزشکی، پزشکان، فیزیوتراپیست‌ها، روانشناسان، مددکاران، کاردرمانگران، پرستاران و سایر کسانی که در زمینه روانپزشکی مشغول به کار هستند، و البته برای روانپزشکان بسیار مفید است.

این کتاب که فشرده کاملی از روانپزشکی را در پیش چشم می‌گشاید، کتابی اصلاح در این زمینه است. ویراست ششم این کتاب بر مبنای DSM-5 تنظیم شده است و به‌خصوص در فصل اختلالات شخصیت بسیاری از ابهامات قبلی را روشن کرده و در فصل درمان‌های دارویی اطلاعات به‌روز شده و مرجع بسیار خوبی برای آموختن و بازآموزی است. آرزوی توفیق روزافزون دارم برای انتشارات ارجمند، و آقای دکتر فرزین رضاعی و همکاران.

**دکتر سید احمد جلیلی**

رئیس سابق انجمن علمی روانپزشکان ایران

## مقدمه (ویراست پنجم)

بیماری‌های روانی بخش عمده‌ای از مراجعان به مطب پزشکان عمومی را تشکیل می‌دهند. اگر مراجعان به کلینیک‌های مشاوره را همراه با مراجعان به مطب پزشکان عمومی و تخصصی مجموعاً در نظر بگیریم شاید بیش از ۸۰٪ از مراجعان به نوعی مشکل روانی دارند. از این رو شناخت دقیق بیماری‌های روانپزشکی برای پزشکان عمومی، روان‌شناسان و مشاوران، بسیار ضروری است. دستنامه‌ی جیبی کاپلان با همین هدف نگاشته شده است و ترجمه‌ی آن می‌تواند نقش مهمی در آموزش روان‌شناسی و مشاوره بالینی و نیز دوره‌ی پزشکی عمومی ایفا کند. طیف علایم اختلال‌های روانی بسیار گسترده و چه بسا فراوان‌تر و متنوع‌تر از اختلال‌های جسمی است. بسیاری از این علایم به شکل شکایت‌های جسمی هستند بنابراین درصد بالایی از بیماران مبتلا به اختلال روانی به پزشکان عمومی و سایر متخصصان پزشکی مراجعه می‌کند و اغلب پس از تحمل رفت و آمدهای فراوان و صرف هزینه‌های غیرضروری، گران، بی‌نتیجه، دردمند و بلا تکلیف از مطب پزشک باز می‌گردند و به آنها گفته می‌شود که سالم هستند و حداکثر اینکه «اعصابتان ناراحت است». پس مفهوم سلامت و بیماری در گروه‌های مختلف جامعه، در روند بیماری تأثیر می‌گذارد.

شاید بتوان گفت روانپزشکی یگانه تخصص پزشکی است که در تقاطع پزشکی، روانشناسی، جامعه‌شناسی و فرهنگ قرار دارد. بنابراین ۴ مدل اصلی می‌توان برای رویکرد روانپزشکی به بیماریهی روانی در نظر گرفت:

**۱- مدل بیماری:** این مدل معتقد است تغییرات فیزیولوژیک اساس علایم روانی را تشکیل می‌دهند. این مدل که با معرفی داروهای ضد روانپریشی از نیمه دوم قرن بیستم به تدریج پا گرفت، با پژوهش‌های نورولوژی و بخصوص تصویربرداری و آسیب‌شناسی مغز جا پای خود را محکم کرد و هر چند از دهه‌ی ۷۰ با معرفی دیدگاه زیستی روانی - اجتماعی توسط جورج اینگل، نقاط ضعف آن آشکار شد اما شاید هنوز هم مسلط‌ترین رویکرد در روانپزشکی امروز باشد. در هر حال پژوهش‌های زیست‌شناختی در دهه‌های اخیر روز به روز به این نتیجه نزدیکتر شده که بیماریهی روانی با اختلال‌های ظریف در زیرساختارهای مغزی ارتباط دارد و برخی معتقداند در نامگذاری این رشته تخصصی و این بیماریها باید تجدیدنظر کرد. پیشینیان ما اختلال‌های روانی را با عنوان «بیماریهی دماغی» خطاب می‌کردند که به تفهیم ماهیت این اختلالها بیشتر کمک می‌کند (لغت روان در ادبیات ما معادل روح هم به کار رفته که روح مقوله‌ای کاملاً جدا از پزشکی و روانپزشکی است).

**۲- مدل سایکودینامیک (روانپوشی):** که اساساً با آموزه‌های فروید و پس از آن یونگ و آدلر آغاز شد و در نیمه‌ی اول قرن بیستم نگرش مسلط در روانپزشکی بود. در این مدل خاستگاه علایم

بالینی در ناخودآگاه و تجارب کودکی بیمار جستجو می‌شود و علایم به صورت نوک کوه یخی در نظر گرفته می‌شود که تمامی قسمت زیر آب آن همان ناخودآگاه است. این رویکرد هر چند جایگاه نخست خود را از دست داد اما همگام با پژوهشهای علمی جدید متحول شد و ضمن برقراری ارتباط با زیست‌شناسی، و علوم اجتماعی، در کار بالینی هم روشهای جدیدی را متناسب با نیازهای امروزی معرفی کرد.

**۳- مدل شناختی - رفتاری:** به گفته‌ی آیزنک، علایم بالینی ناشی از عللی در ناخودآگاه نیستند بلکه براساس نظریه‌ی یادگیری، علایم روان‌نژدانه (نوروتیک)، عاداتهایی هستند که آموخته می‌شوند. این مدل نخست با معرفی کارهای پاولوف و سپس اسکینر و واتسون در قالب رفتارگرایی شکل گرفت و در سالهای بعد با کارهای بک و جنبش شناختی به صورت شناختی - رفتاری درآمد. امروزه این رویکرد، کاربرد وسیعی در درمان انواع اختلالهای روان‌نژدانه مثل اضطراب، وسواس، افسردگی، مشکلات جنسی، زناشویی و غیره پیدا کرده است.

**۴- مدل اجتماعی:** در این دیدگاه فرض بر این است که علل بیماری روانی ریشه در درون ذهن فرد ندارند بلکه واکنشی طبیعی در برابر رویدادهای زندگی، مشکلات و فشارهای اجتماعی هستند، بنابراین درمان نباید فقط در قالب فردی انجام گیرد بلکه باید معطوف به ایجاد سازگاری با اجتماع، محیط و فضای فرهنگی باشد. شاید بتوان گفت روانپزشکی اجتماعی با کارهای امیل دورکیم روی عمل اجتماعی خودکشی آغاز شده است. این دیدگاه خیلی دیر خود را وارد روانپزشکی کرد. زیرا اکثر روانپزشکان پیرو آموزه‌های کرپلین (مدل بیماری) یا فروید (مدل روانپوشی) بودند. اما از دهه‌ی ۷۰ به بعد، نقش عوامل اجتماعی در ایجاد یا تداوم علایم روانی مورد تأکید قرار گرفت و اهمیت بسزایی بخصوص در روانپزشکی کودکان، عود بیماریهای روانپزشانه، و ایجاد و تداوم بیماریهای روان‌نژدانه (نوروتیک) پیدا کرد. جالب است که با آموزش خانواده‌ی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و کاهش هیجان ابراز شده (expressed emotion) میزان عود اسکیزوفرنی ۴۰٪ کمتر می‌شود.

مسئله‌ی هر روانپزشکی بسته به علاقه‌مندی‌ها و آموزشهایی که دیده به یکی از این مدلها بیشتر گرایش داشته و در تشخیص و درمان بیماران بیشتر بر آن تأکید می‌کند. اما داشتن نگاه چندسطحی به حل مسائل بیماران بهتر کمک می‌کند. مثلاً خانمی که دچار جمع‌هراسی (social phobia) است در چهار سطح قابل تحلیل است. رفتار اجتماعی وی قطعاً دچار مشکل است، مشکلاتی در سطح روانی به صورت اضطراب انتظار یا اندیشناکی دارد، تغییرات بیولوژیک مثل دوره قبل از قاعدگی سبب تشدید علایم وی می‌شوند، و بالاخره تجارب دوران کودکی و دفاعهای روانی ناکارآمد در ناخودآگاه وی می‌توانند در ایجاد و تداوم علایم نقش داشته باشند.

در کتاب روانپزشکی کاپلان سعی شده به هر چهار رویکرد فوق اشاره شود، هر چند حرکت اصلی کتاب روی مدل بیماری است و رویکردهای دیگر را نیز در قالب طبقه‌بندی بیماریها شرح داده است. به یاد داشته باشیم که طبقه‌بندی بیماریها یک پدیده‌ی عینی نیست و صرفاً برای درک بهتر بیمار

ابداع شده است و وظیفهٔ روانپزشک «درمان بیمار است نه بیماری».

\* \* \*

ترجمه‌ی کتاب و مبحث‌های علمی و ادبی یکی از قدیمی‌ترین و بهترین راه‌های انتقال دانش و فرهنگ و نزدیکی ساکنان این کره خاکی بوده است. در تاریخ خوانده‌ایم که کتاب کلیله و دمنه که یکی از متون درسی دبیرستانی هم‌سالان اینجانب بوده که به دستور برزویه‌ی حکیم، وزیر انوشیروان از زبان هندی به پهلوی ترجمه شد و شاید این اولین ترجمه‌ی یک کتاب خارجی در ایران باشد. بعدها ابن مقفع این کتاب را به عربی ترجمه کرد و در قرن چهارم هجری این کتاب به نثری شیرین که امروز در اختیار ما است به فارسی ترجمه شد. از قرن پنجم میلادی که نسطوریان از روم به ایران آمدند و مدارس پزشکی را تأسیس کردند و به تدریس طب یونانی پرداختند ترجمه‌ی کتاب‌های پزشکی شروع شد. پس از اسلام در زمان خلافت امویان آثار پزشکی از یونانی و سریانی و هندی به عربی که در آن زمان زبان علمی ایران نیز بود ترجمه شد و به همین دلیل قانون ابن سینا هم به عربی نوشته شد. بعدها نگارش و ترجمه‌ی کتاب به زبان فارسی متداول شد و جرجانی ذخیره‌ی خوارزمشاهی را به زبان فارسی نوشت. با تأسیس دارالفنون ترجمه‌ی کتاب‌های پزشکی از زبان‌های غربی و بیشتر از فرانسه شروع شد و از دهه‌ی چهل به بعد ترجمه‌ها بیشتر از زبان انگلیسی بود و در زمینه روانپزشکی باید از ترجمه‌های دکتر پورافکاری استاد روانپزشکی دانشگاه تبریز یاد کرد که تلاشی عظیم بوده و هست. آقایان دکتر ارجمند و دکتر رضاعی از دوران آموزش تخصصی خود که از آن زمان افتخار آشنایی با ایشان دست داد، پزشکانی تلاشگر، خوش فکر و اهل کتاب و اندیشه بودند و هیچگاه دست از مطالعه و تألیف و ترجمه برنداشتند. این موفقیت را به ایشان تبریک می‌گوییم و مطالعه این کتاب را به همکاران توصیه می‌کنم.

دکتر سید احمد جلیلی

رئیس سابق انجمن علمی روانپزشکان ایران

# پیشگفتار

از زمان انتشار آخرین ویراست این کتاب، روانپزشکی دستخوش تغییرات زیادی شده است. طبقه‌بندی جدید اختلالات روانی در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) از سوی انجمن روانپزشکان آمریکا منتشر شده است. همه این تغییرات در این ویراست ششم و جدید دستنامه جیبی روانپزشکی بالینی لحاظ شده است. تمامی بخش‌های این کتاب به‌روز و بازنگری شده و همه تشخیص‌های اختلال روانی با ملاک‌های DSM-5 مطابقت دارند.

هر اختلال با استفاده از شاخص‌های اختصاصی تشخیص، همه‌گیرشناسی، سبب‌شناسی، علایم و نشانه‌های بالینی، تشخیص افتراقی و درمان توصیف شده است. این کتاب یک مرجع دم‌دستی برای تشخیص و درمان طیف کامل اختلالات روانی در بزرگسالان و کودکان محسوب می‌شود. در طول سال‌ها روانپزشکان و پزشکان غیرروانپزشک و نیز دانشجویان پزشکی، بخصوص در طول دوره آموزش روانپزشکی این کتاب را راهنمای مفیدی دانسته‌اند. همچنین سایر روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران روانپزشکی و بسیاری از متخصصین سلامت روان از این کتاب استفاده می‌کنند.

این دستنامه جیبی یک همراه کوچک ویراست دهم در برنامه جامع روانپزشکی کاپلان و سادوک (CTP-X) است که اخیراً منتشر شده است و در پایان هر فصل کتاب حاضر منابعی در مورد بخش‌های مفصل‌تر این در برنامه ارائه شده است.

مؤلفین، دکتر بنجامین سادوک و دکتر ویرجینیا سادوک مفتخرند که دوستی نزدیک و همکاری حرفه‌ای بنام دکتر سامون احمد در تألیف کتاب به آنها پیوسته است. او روانپزشکی برجسته به عنوان استاد و بالینگر شهرتی ملی و بین‌المللی دارد. مشارکت ایشان نقش به‌سزایی در آماده‌سازی این کتاب داشته و به آن غنا بخشیده است.

در اینجا می‌خواهیم از چندین نفر که ما را یاری دارند سپاسگزاری کنیم. جا دارد از دکتر نورمان ساسمن تشکر کنیم که به عنوان مشاور ویراستاری در بسیاری از کتاب‌های کاپلان و سادوک یار ما بوده است. همچنین از دکتر جیمز سادوک (متخصص طب فوریت بزرگسال) و دکتر ویکتوریا سادوک گرگ (متخصص طب فوریت کودکان) به خاطر کمک‌هایشان تشکر می‌کنیم. دستیار ما هیدیان گرچ در آماده‌سازی این کتاب نقش کلیدی داشت و قدردان وی هستیم. همچون گذشته ناشرین ما همچنان استانداردهای بالایشان را حفظ کرده‌اند و از این بابت از ایشان سپاسگزاریم. در شرکت Wolters Kluwer ما بخصوص از زحمات لکسی پوزانسکی متشکریم.

سرانجام مؤلفین سپاسگزار دکتر چارلز مارمار و پروفیسور لوسیسوس ر. لیتوئر، استاد و رئیس

دپارتمان روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه نیویورک هستند. دکتر مارمار یکی از مهمترین مراکز روانپزشکی این کشور را پایه گذاری کرد و محققین، اساتید و بالینگران برجسته‌ای را در محیطی آکادمیک و با بهره‌وری بالا به کار گرفته است. او حامی بزرگ کارهای ما بوده و از این بابت مدیون وی هستیم.

ما امیدواریم این کتاب همچنان انتظارات گروه‌های مخاطب یعنی پزشکان پرمشغله در حال آموزش، پزشکان در حال کار و همه کسانی که با مراقبت از بیماری روانی سروکار دارند برآورده سازد.

دکتر بنجامین سادوک

دکتر سامون احمد

دکتر ویرجینیا سادوک

مرکز پزشکی دانشگاه نیویورک، نیویورک





## طبقه‌بندی در روان‌پزشکی

نظام‌های طبقه‌بندی تشخیص‌های روان‌پزشکی اهداف مختلفی را دنبال می‌کنند: تمایز بین یک تشخیص روان‌پزشکی و تشخیص دیگر تا بالینگران بتوانند مؤثرترین درمان را پیشنهاد دهند، ایجاد زبانی مشترک بین متخصصان سلامت، و کشف علت‌های ناشناخته بسیاری از اختلالات روانی. دو مورد از مهمترین طبقه‌بندی‌های روان‌پزشکی عبارت‌اند از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD). DSM-5 توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا با همکاری سایر گروه‌های متخصص سلامت روان تهیه شده و ICD توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شده است.

### طبقه‌بندی DSM-5

در DSM-5 بیست و دو طبقه اصلی بیماری‌های روانی فهرست شده‌اند که شامل بیش از ۱۵۰ بیماری مجزا هستند. تمامی بیماری‌های فهرست‌شده در DSM-5 در بخش‌های آتی کتاب به تفصیل توصیف می‌شوند و همه گیرشناسی، سبب‌شناسی، تشخیص، تشخیص افتراقی، ویژگی‌های بالینی و درمان هر کدام آنها تشریح خواهد شد. در این بخش تنها به توصیفی مختصر از هر بیماری پرداخته می‌شود تا طرحی کلی از طبقه‌بندی روان‌پزشکی برای خوانندگان ارائه شود. همچنین این بخش شامل برخی از تغییرهایی است که DSM-5 نسبت به DSM-IV کرده است. بررسی کامل‌تر هر کدام از بیماری‌ها در فصل‌های پیش رو آورده شده است.

### اختلالات رشد عصبی<sup>۱</sup>

این اختلالات معمولاً اولین بار در دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند. **کم‌توانی ذهنی<sup>۲</sup> یا اختلال رشدی هوشی** (در DSM-IV عقب‌ماندگی ذهنی نامیده می‌شد). مشخصه کم‌توانی ذهنی (ID) پایین‌تر بودن قابل ملاحظه هوش از حد متوسط و ضعف چشمگیر در رفتار انطباقی است. منظور از رفتار انطباقی آن است که افراد به چه میزان می‌توانند تکالیف معمول زندگی که متناسب با سن است مانند ارتباط، مراقبت از خود و مهارت‌های بین‌فردی را به شکل مؤثری برآورده کنند. کم‌توانی ذهنی در DSM-5 بر اساس عملکرد کلی در ۴ سطح خفیف، متوسط، شدید یا عمیق دسته‌بندی

1. Neurodevelopmental Disorders

2. Intellectual Disability

می‌شود؛ در DSM-IV این اختلال بر مبنای بهره هوشی (IQ) در ۴ دسته خفیف (۵۵-۵۰ تا ۷۰)، متوسط (۴۰-۳۵ تا ۵۵-۵۰)، شدید (۲۵-۲۰ تا ۴۰-۳۵) یا عمیق (زیر ۲۵-۲۰) جای می‌گرفت. شکلی از کم‌توانی ذهنی که تأخیر کلی رشد خوانده می‌شود در کودکان زیر ۵ سالی دیده می‌شود که نقص‌های شدیدی فراتر از آنچه در بالا گفته شد دارند. در DSM-5 از عبارت عملکرد ذهنی مرزی استفاده شده است اما به روشنی از کم‌توانی ذهنی خفیف متمایز نشده است. این دسته در DSM-IV با بهره هوشی حدود ۷۰ مشخص می‌شد در حالی که در DSM-5 به عنوان حالتی در نظر گرفته می‌شود که مرکز توجه بالینی قرار می‌گیرد اما ملاکی برای آن داده نشده است.

**اختلالات ارتباطی.** این دسته که ۴ نوع اختلال در آن جای می‌گیرد زمانی تشخیص داده می‌شود که مشکلات ارتباطی سبب بروز نقصان مشخص در عملکرد شود: (۱) اختلال زبان که مشخصه آن مشکلات رشدی در فهرست واژگان است که سبب می‌شود فرد در ساختن جملات متناسب با سن دچار مشکل شود؛ (۲) اختلال صوت گفتار که مشخصه آن اشکال در تلفظ است؛ (۳) اختلال فصاحت کلام با شروع در کودکی یا لکت زبان که مشخصه آن مشکلاتی در روانی، سرعت و آهنگ کلام است؛ و (۴) اختلال ارتباط عملی یا اجتماعی که عبارت است از مشکلات جدی در برقراری ارتباط و تعامل اجتماعی با همسالان.

**اختلال طیف درخودماندگی.** طیف درخودماندگی شامل دامنه‌ای از رفتارها است که با مشکلاتی شدید در محدوده‌های رشدی چندگانه مانند پیوند اجتماعی و ارتباط همراه است و همچنین دربرگیرنده دامنه‌ای از فعالیت‌ها و الگوهای رفتاری تکرارشونده و قالبی از جمله در تکلم است. این نشانه‌ها به سه دسته تقسیم می‌شوند: سطح ۱ شامل توانایی صحبت کردن همراه با تعامل اجتماعی اندک است (این سطح مشابه اختلال اسپرگر است که در DSM-5 نیامده است)؛ سطح ۲ که با کمترین میزان تکلم و تعامل اجتماعی مشخص می‌شود (در DSM-IV با عنوان اختلال رت شناخته می‌شد اما در DSM-5 حذف شده است) و سطح ۳ که نشانه آن فقدان کامل تکلم و تعامل اجتماعی است.

**اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (ADHD).** از دهه ۱۹۹۰ اختلال ADHD یکی از بحث‌برانگیزترین اختلالات روان‌پزشکی در رسانه‌های عمومی است که علت این امر دو مورد است ۱- فقدان مرز مشخصی بین رفتارهای معمول و متناسب با سن کودک و رفتار مختل و ۲- نگرانی درباره کودکانی که بدون ابتلا به این اختلال، تشخیص اشتباه و درمان دارویی دریافت کرده‌اند. ویژگی‌های اصلی این اختلال عدم توجه پایدار، یا بیش‌فعالی و تکانشگری، یا هر دو است که سبب نقصان چشمگیر بالینی در عملکرد می‌شود. این اختلال هم در کودکان و هم در بزرگسالان دیده می‌شود.

**اختلال یادگیری اختصاصی.** این اختلالات کاستی‌هایی در رشد است که در ارتباط با کسب مهارت‌های خاص در خواندن (کژخوانی یا خوانش‌پریشی)؛ بیان نوشتاری؛ یا در ریاضیات (محاسبه پریشی)<sup>۲</sup> بوجود می‌آید.

**اختلالات حرکتی.** همچون اختلال یادگیری، اختلالات حرکتی زمانی تشخیص داده می‌شوند که هماهنگی حرکتی با در نظر گرفتن سن و هوش به میزان چشمگیری پایین‌تر از انتظار است و مشکلات مربوط به هماهنگی به طور قابل ملاحظه‌ای با عملکرد فرد تداخل می‌کند. اختلالات حرکتی به سه دسته

اصلی تقسیم می‌شوند: ۱) اختلال هماهنگی رشدی نقصان در رشد هماهنگی حرکتی است مانند تأخیر در خزیدن یا راه رفتن، انداختن اشیاء یا عملکرد ورزشی ضعیف؛ ۲) اختلال حرکات قالبی شامل فعالیت‌های حرکتی تکرار شونده مانند تکان دادن سر و حرکت دادن بدن است و ۳) اختلال تیک که مشخصه آن حرکات یا اصوات ناگهانی، غیرارادی، عودکننده و قالبی (هرزه‌گویی) است. دو نوع اختلال تیک وجود دارد: نخست اختلال توره که شامل تیک‌های حرکتی و صوتی مانند کوپرولالیا<sup>۱</sup> است و دوم اختلال تیک مقاوم و مزمن حرکتی یا صوتی که مشخصه آن وجود یک تیک حرکتی یا صوتی است.

### طیف اسکیزوفرنیا (روان‌گسیختگی) و سایر اختلالات روان‌پریشی

این بخش که درباره اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی است دربرگیرنده هشت اختلال معین است (اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوفرنی‌فرم، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال هذیانی، اختلال روان‌پریشی گذرا، اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد / دارو، اختلال روان‌پریشی ناشی از بیماری طبی دیگر و کاتاتونیا) که در هر کدام علائم‌های روان‌پریشی ویژگی‌های بارز نمای بالینی هستند. دسته‌بندی اختلالات تحت این عنوان در DSM-5 اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را نیز دربرمی‌گیرد که اختلال روان‌پریشی به حساب نمی‌آید اما گاهی مقدم بر اسکیزوفرنی کامل است. اختلال اسکیزوتایپی در این کتاب در گروه اختلالات شخصیت بررسی می‌شود (فصل ۱۷ را ببینید).

**اسکیزوفرنیا.** اسکیزوفرنیا اختلال مزمنی است که اغلب با هذیان‌ها و توهمات بارز همراه است. فرد باید برای حداقل ۶ ماه بیمار باشد هرچند لزومی ندارد در تمام طول این زمان روان‌پریشی فعالی داشته باشد. این اختلال در سه مرحله تشخیص داده می‌شود، اگرچه در DSM-5 این مراحل به صورت مجزا از هم در نظر گرفته نشده‌اند. مرحله مقدماتی مربوط است به زوال کارکرد قبل از آنکه مرحله روان‌پریشی فعال آغاز شود. علائم‌های مرحله فعال (هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفتنه، رفتار به شدت آشفتنه یا علائم‌های منفی مانند عاطفه یکنواخت، کاهش انگیزه و فقر کلامی) باید حداقل یک ماه وجود داشته باشند. مرحله باقیه‌ای به دنبال مرحله فعال می‌آید. ضعف عملکرد و ناپه‌نجاری‌های عاطفه، شناخت و ارتباط از ویژگی‌های مرحله مقدماتی و باقیه‌ای هستند. اسکیزوفرنی در DSM-IV بر مبنای شدیدترین علائم موجود در زمان ارزیابی به چند زیرگروه تقسیم می‌شد (نوع بدگمان، نوع نابسامان، نوع کاتاتونیک، نوع نامتمایز و نوع باقیه‌ای). اگرچه این زیرگروه‌ها در نظام رسمی نام‌گذاری DSM-5 جایی ندارند، از نظر پدیدارشناسی دقیق هستند و در ICD-10 آورده شده‌اند. این زیرگروه‌ها همچنان توصیفاتی سودمند هستند که بالینگران در تعاملات‌شان با یکدیگر از آنها استفاده می‌کنند.

**اختلال هذیانی.** مشخصه اختلال هذیانی بروز هذیان‌های پایداری مانند اروتومانیک (شهوایی)، خودبزرگ‌بینی، حسادت، گزند و آسیب، جسمی، مختلط و نامعین است. به‌طور کلی هذیان‌ها درباره موقعیت‌هایی هستند که ممکن است در زندگی معمول رخ دهند مانند خیانت، تعقیب شدن و ابتلا به بیماری که این موارد در گروه باورهای غیرغریب قرار می‌گیرند. در این دسته نوع دیگری نیز وجود دارد که در DSM-IV با عنوان اختلال هذیان اشتراکی (جنون دوتایی) آورده شده بود اما در DSM-5 علائم هذیانی در شریک زندگی فرد مبتلا به اختلال هذیانی نام‌گرفت و مشخصه آن باورهای هذیانی

است که در فردی که رابطه نزدیکی با فرد مبتلا به اختلال هذیانی دارد ایجاد می‌شود و محتوای این هذیان‌ها در این دو فرد یکسان است. پارانو یا (عبارتی که در DSM-5 آورده نشده است) اختلال نادری است که در آن یک نظام هذیانی پیچیده و مفصل به تدریج شکل می‌گیرد و اغلب با افکار خودبزرگ‌بینی همراه است. این بیماری سیر مزمنی دارد و باقی شخصیت دست‌نخورده و سالم می‌ماند.

**اختلال روان‌پریشی گذرا.** برای تشخیص این اختلال باید هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار به‌شدت آشفته یا رفتار کاتاتونیک برای حداقل یک روز و کمتر از یک ماه وجود داشته باشند. این اختلال ممکن است در اثر استرس زندگی بیرونی ایجاد شده باشد و پس از رخدادها فرد به عملکرد معمول زندگی بازخواهد گشت.

**اختلال اسکیزوفرنی فرم.** مشخصه اختلال اسکیزوفرنی فرم همان علائم مرحله فعال اسکیزوفرنی است (هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار به‌شدت آشفته یا علائم منفی) اما علائم بین ۱ تا ۶ ماه ادامه دارند و ویژگی‌های مربوط به افت عملکرد شغلی یا اجتماعی مراحل مقدماتی یا باقیه‌ای را ندارد.

**اختلال اسکیزوافکتیو.** در اختلال اسکیزوافکتیو علاوه بر علائم مرحله فعال اسکیزوفرنی (هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار به‌شدت آشفته یا علائم منفی) یک سندرم مانیا یا افسردگی نیز وجود دارد که در مقایسه با مدت‌زمان روان‌پریشی، کوتاه نیست. برخلاف مبتلایان به اختلال خلقی که با علائم روان‌پریشی همراه است، افراد مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو هذیان‌ها و توهمات را برای حداقل دو هفته بدون حضور علائم خلقی بارز تجربه می‌کنند.

**اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد / دارو.** در این اختلال علائم روان‌پریشی در اثر مواد روان‌گردان یا سایر مواد مانند داروهای توهم‌زا یا کوکائین ایجاد می‌شوند.

**اختلال روان‌پریشی ناشی از بیماری طبی دیگر.** هذیان‌ها و توهمات در این اختلال در اثر بیماری طبی مانند صرع لوب تمپورال، کمبود یکی از ویتامین‌ها در بدن<sup>۱</sup> یا مننژیت ایجاد می‌شوند. **کاتاتونیا.** ویژگی این اختلال ناهنجاری‌های حرکتی مانند کاتالپسی (انعطاف‌پذیری مومی شکل)، سکوت، وضعیت‌گیری بدن<sup>۲</sup> و منفی‌کاری است. این علائم می‌توانند با بیماری روانی دیگری مانند اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی مرتبط باشند یا ناشی از بیماری طبی دیگری مثل نتوپلاسما، تومور مغزی و آنسفالوپاتی کبدی به‌وجود آیند.

## دوقطبی و اختلالات مرتبط

اختلال دوقطبی با نوسانات خلقی شدید بین افسردگی و شیدایی (مانیا) و همچنین با فروکش و عود مجدد مشخص می‌شوند. این اختلال ۴ گونه دارد: اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، خلق ادواری (سیکلوتیمی) و اختلال دوقطبی ناشی از مواد / دارو یا بیماری طبی دیگر.

**اختلال دوقطبی I.** تاریخچه‌ای از دوره مانیا یا دوره ترکیبی مانیا و افسردگی برای تشخیص این اختلال ضروری است. اختلال دوقطبی I بر اساس موارد متنوعی دسته‌بندی می‌شود: نوع دوره فعلی (مانیا، افسردگی هیپومانیک یا مختلط)، شدت اختلال و وضعیت فروکش (خفیف، متوسط، شدید بدون

روان‌پریشی، شدید با مشخصه‌های روان‌پریشی، فروکش نسبی یا فروکش کامل، و وجود تندچرخ‌ی<sup>۱</sup> در دورهٔ اخیر (حداقل ۴ دوره در طول ۱۲ ماه).

**اختلال دوقطبی II.** مشخصهٔ اختلال دوقطبی II تاریخچه‌ای از دوره‌های هیپومانیا و افسردگی اساسی است. ملاک‌های دورهٔ هیپومانیا همانند دورهٔ مانیا است اگرچه برای تشخیص هیپومانیا یک دورهٔ حداقل ۴ روزه کفایت می‌کند. تفاوت عمده بین مانیا و هیپومانیا در شدت آسیب مرتبط با سندرم است. **اختلال سیکلوتایمی (خلق ادواری).** این اختلال، قطب مقابل اختلال دیس‌تایمی است (ادامهٔ متن را ببینید). خلق ادواری اختلال خلقی خفیف و مزمی است که در آن دوره‌های متعدد هیپومانیا و افسردگی در طول حداقل ۲ سال رخ می‌دهند.

**اختلال دوقطبی ناشی از بیماری طبی دیگر.** این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که شواهد حاکی از آن باشد که اختلال خلقی معین پیامد مستقیم بیماری عمومی طبی مثل تومور لوب فرونتال (پیشانی) است.

**اختلال دوقطبی ناشی از مواد / دارو.** اگر علت اختلال خلق مسمومیت با مواد، ترک مواد یا استفاده از برخی داروها مانند آمفتامین باشد، اختلال دوقطبی ناشی از مواد / دارو تشخیص داده می‌شود.

## اختلالات افسردگی

اختلالات افسردگی با علایمی چون افسردگی، غمگینی، تحریک‌پذیری، کندی روانی - حرکتی و در موارد شدید با افکار خودکشی تشخیص داده می‌شوند. این دسته شامل چند اختلال است که در ادامه توصیف شده‌اند.

**اختلال افسردگی اساسی.** مشخصهٔ ضروری برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی خلق افسرده یا فقدان علاقه یا لذت در فعالیت‌های معمول زندگی است. تمام علایم باید تقریباً هر روز وجود داشته باشند، به‌غیر از افکار خودکشی یا فکریهایی دربارهٔ مرگ که عودکننده‌اند. اگر علایم در نتیجهٔ یک فقدان معمول باشند یا علایم روان‌پریشی بدون علایم خلقی وجود داشته باشند این تشخیص رد می‌شود. **اختلال افسردگی پایدار یا دیس‌تایمی (افسرده‌خوبی).** دیس‌تایمی شکلی خفیف و مزمی از افسردگی است که حداقل ۲ سال ادامه دارد و فرد در طول این زمان، در بیشتر روزها و تقریباً در تمامی روز خلق افسرده را همراه با حداقل دو علامت دیگر افسردگی تجربه می‌کند.

**اختلال ملال پیش از قاعدگی.** این اختلال در حدود یک هفته قبل از قاعدگی رخ می‌دهد و مشخصهٔ آن تحریک‌پذیری، بی‌ثباتی هیجانی، سردرد و اضطراب یا افسردگی است که پس از پایان چرخهٔ قاعدگی فروکش می‌کند.

**اختلال افسردگی ناشی از مواد / دارو.** مشخصهٔ این اختلال خلق افسرده‌ای است که ناشی از مصرف مواد مانند الکل یا دارو مانند باربیتورات است.

**اختلال افسردگی ناشی از بیماری طبی دیگر.** این بیماری حالتی از افسردگی است که در اثر یک بیماری طبی مثل کم‌کاری تیروئید و سندرم کوشینگ ایجاد می‌شود.

**سایر اختلالات افسردگی معین.** این دستهٔ تشخیصی شامل دو زیرگروه است: (۱) دورهٔ

افسردگی عودکننده (راجعه) که افسردگی‌ای است که بین ۲ تا ۱۳ روز طول می‌کشد و حداقل یک‌بار در ماه رخ می‌دهد، و (۲) دوره افسردگی کوتاه‌مدت که شامل خلق افسرده‌ای است که بین ۴ تا ۱۴ روز طول می‌کشد و عودکننده نیست.

**اختلال افسردگی نامعین.** این دسته تشخیصی شامل ۴ نوع اصلی است: (۱) ملانکولیا که شکل شدیدی از افسردگی اساسی است، مشخصه آن ناامیدی، فقدان لذت و کندی روانی - حرکتی است و خطر بالای خودکشی را با خود دارد؛ (۲) افسردگی غیرمتعارف (آتیپیک) که مشخصه آن خلق افسرده‌ای است که به‌جای کاهش وزن با افزایش وزن، و به‌جای بی‌خوابی با پرخوابی همراه است؛ (۳) افسردگی پیرازایمانی نوعی از افسردگی است که در نزدیکی زایمان یا در طول یک‌ماه پس از زایمان رخ می‌دهد (در DSM-IV افسردگی پس از زایمان خوانده می‌شد)؛ و (۴) الگوی فصلی که خلق افسرده‌ای است که در زمان مشخصی از سال، معمولاً زمستان، رخ می‌دهد (با نام اختلال عاطفی فصلی [SAD] نیز شناخته می‌شود).

**اختلال کژتنظیمی خلق ایذایی.** این اختلال تشخیص جدیدی است که در زیر عنوان اختلالات افسردگی آورده شده است و در کودکان بالای ۶ سال و زیر ۱۸ سال تشخیص داده می‌شود. مشخصه آن قشقرق شدید، تحریک‌پذیری مزمن و خلق عصبانی است.

## اختلالات اضطرابی

بخش مربوط به اختلالات اضطرابی نه اختلال معین را در بر می‌گیرد (اختلال وحشت‌زدگی (پانیک)، ترس از مکان‌های باز، هراس اختصاصی<sup>۱</sup>، اختلال اضطراب اجتماعی یا جمعیت‌هراسی<sup>۲</sup>، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطرابی ناشی از بیماری طبی عمومی، و اختلال اضطرابی ناشی از مواد) که در آنها علائم اضطرابی مشخصه‌های اصلی نمای بالینی هستند. از آنجا که اختلال اضطراب جدایی و سکوت انتخابی در کودکان بروز می‌کنند، به این دو اختلال در بخش اختلالات دوران کودکی پرداخته خواهد شد.

**اختلال پانیک (وحشت‌زدگی).** حمله پانیک تجربه احساس ترس شدید یا وحشتی است که به‌طور ناگهانی و در موقعیت‌هایی رخ می‌دهد که عامل ترسناکی در آن وجود ندارد. این حمله با افزایش ضربان یا تپش قلب، درد قفسه سینه، نفس‌تنگی یا احساس خفگی، سرگیجه، لرزش یا احساس تکان خوردن، غش یا منگی، تعریق و حالت تهوع همراه است.

**ترس از مکان‌های باز (آگورافوبی).** ترس از مکان‌های باز پیامد تکراری اختلال پانیک است، اگرچه می‌تواند بدون حمله پانیک رخ دهد. افراد مبتلا به این اختلال از موقعیت‌هایی اجتناب می‌کنند (یا سعی می‌کنند اجتناب کنند) که فکر می‌کنند ممکن است راه‌انداز حمله پانیک (یا علائم شبه‌پانیک) باشد یا موقعیت‌هایی که فکر می‌کنند اگر در آنها دچار حمله پانیک شوند احتمالاً فرار کردن از آنها سخت خواهد بود.

**هراس اختصاصی.** هراس اختصاصی ترس بیش‌ازحد و غیرمنطقی از شی یا موقعیتی خاص است که تقریباً همیشه در مواجهه با محرک ترس آور رخ می‌دهد. فرد از محرک ترس‌آور اجتناب می‌کند و اگر با آن مواجه شود ناراحتی یا اضطراب شدیدی را تجربه خواهد کرد.

1. Specific phobia

2. Social phobia

**اختلال اضطراب اجتماعی یا جمعیت هراسی.** مشخصه جمعیت هراسی ترس از مورد تمسخر قرار گرفتن یا تحقیر شدن در حضور دیگران است. همچون هراس اختصاصی در این اختلال نیز از محرک ترس آور اجتناب می‌شود و در صورت مواجهه، فرد احساس ناراحتی یا اضطراب شدید می‌کند. اگر محرک ترس آور شامل اغلب موقعیت‌های اجتماعی شود آنگاه این اختلال به‌عنوان جمعیت هراسی فراگیر شناخته می‌شود.

**اختلال اضطراب فراگیر.** این اختلال با نگرانی بیش‌ازحد و مزمنی شناخته می‌شود که در اغلب روزها تجربه می‌شود و کنترل کردن آن دشوار است. این نگرانی با علایمی مانند مشکل در تمرکز، بی‌خوابی، تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، و بی‌قراری فیزیکی مرتبط است و باعث ناراحتی یا افت بالینی و چشمگیر کارکرد می‌شود.

**اختلال اضطراب ناشی از بیماری طبی دیگر.** اختلال اضطراب ناشی از بیماری طبی عمومی وقتی تشخیص داده می‌شود که شواهد حاکی از آن باشند که اضطراب قابل ملاحظه پیامد مستقیم یک بیماری طبی عمومی مانند پرکاری تیروئید است.

**اختلال اضطراب ناشی از مواد / دارو.** هنگامی اختلال اضطراب ناشی از مواد تشخیص داده می‌شود که علت اضطراب مصرف موادی مثل کوکائین باشد یا در نتیجه استفاده از برخی داروها مانند کورتیزول ایجاد شود.

**اختلال اضطراب جدایی.** اختلال اضطراب جدایی در کودکان بروز می‌کند و مشخصه آن اضطراب بیش‌ازحد درباره جدایی از خانه یا افراد مورد دلبستگی است که بسیار فراتر از میزان مورد انتظار براساس سطح رشدی کودک باشد.

**سکوت انتخابی.** مشخصه این اختلال امتناع پایدار برای صحبت کردن در موقعیت‌هایی خاص به‌رغم توانایی صحبت کردن در سایر موقعیت‌ها است.

## اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط

هشت گروه از اختلال‌ها در این دسته جای می‌گیرند که همگی با وسواس‌ها (افکار تکراری) یا اجبارها (رفتارهای تکراری) مرتبط‌اند.

**اختلال وسواسی - جبری (OCD).** اختلالی است که با افکار تکراری و ناخواسته یا تصاویر ناخوشایند (وسواس فکری)، یا رفتارهای تکراری که فرد برای انجام آنها احساس اجبار می‌کند (وسواس عملی یا اجبار) یا هر دو مشخص می‌شود. اجبارها یا وسواس‌های عملی در بیشتر اوقات برای کاهش اضطراب مربوط به افکار وسواسی انجام می‌گیرند.

**اختلال بدریخت‌انگاری بدن.** مشخصه اختلال بدریخت‌انگاری بدن اشتغال ذهنی آسیب‌زا و ناراحت‌کننده با نقصی تصویری یا اندک در ظاهر فرد است. اگر میزان باور به این نقص در حد هذیانی باشد، تشخیص اختلال هذیانی از نوع جسمانی خواهد بود.

**اختلال انباشت‌گری (ذخیره‌سازی).** این اختلال الگویی رفتاری از جمع کردن اجباری اشیایی است که ممکن است برای فرد کارایی داشته یا نداشته باشند. فرد نمی‌تواند از دست این اشیاء خلاص شود حتی اگر این اشیاء باعث ایجاد موقعیت‌های خطرناک در خانه مانند خطر آتش‌سوزی شوند.

**تريکوتیلومانیا یا اختلال کندن مو.** مشخصه این اختلال کندن مکرر موها است به‌طوری که باعث

از دست دادن میزان قابل توجهی از موها شود. این اتفاق می‌تواند در هر نقطه‌ای از بدن مانند سر، ابروها یا ناحیه عانه رخ دهد.

**اختلال خراش یا کندن پوست.** مشخصه این اختلال نیاز اجباری به کندن پوست تا حد ایجاد آسیب جسمانی است.

**اختلال وسواسی - جبری ناشی از مواد / دارو.** این اختلال شامل وسواس‌های فکری و عملی‌ای است که در نتیجه مصرف دارو یا مواد مانند استفاده از کوکائین بروز می‌کند و می‌تواند سبب کندن پوست به شکلی اجباری شود (فرمیکاسیون<sup>۱</sup> نیز نامیده می‌شود).

**اختلال وسواسی - جبری ناشی از بیماری طبی دیگر.** علت رفتارها یا افکار وسواسی در این اختلال یک بیماری طبی است همان‌طور که گاهی پس از عفونت استروپتوکوکی ایجاد می‌شود.

**سایر اختلالات وسواسی - جبری معین و اختلالات مرتبط.** این دسته شامل گروهی از اختلال‌ها مثل حسادت و وسواسی<sup>۲</sup> است که در آن فرد دچار افکار تکراری در مورد بی‌وفایی همسر یا شریک زندگی‌اش می‌شود. این اختلال باید از باور هذیانی مانند کورو<sup>۳</sup> تفکیک شود. کورو اختلالی است که در جنوب و شرق آسیا دیده می‌شود و در آن فرد اعتقاد دارد که عضو تناسلی‌اش به درون بدن تحلیل می‌رود و ناپدید می‌شود. همچنین باید از اختلال رفتار تکراری متمرکز بر بدن که در آن فرد درگیر الگوی رفتار اجباری مانند جویدن ناخن یا لب می‌شود تمایز داده شود.

## اختلال‌های مربوط به سانحه و عوامل استرس

این گروه از اختلالات در اثر مواجهه با فاجعه‌ای طبیعی یا انسانی یا رویدادهای پراسترس زندگی مانند سوءرفتار ایجاد می‌شوند. در DSM-5 شش اختلال در این دسته قرار می‌گیرند.

**اختلال دلبستگی و اکتشی.** این اختلال در دوران نوزادی و اوایل کودکی بروز می‌کند و مشخصه آن نقصان شدید در توانایی برقراری ارتباط است که در نتیجه مراقبت به‌شدت آسیب‌زا از کودک بوجود می‌آید.

**اختلال مشغولیت اجتماعی مهارگسسته.** اختلالی است که در آن در کودک یا نوجوان ترس عمیقی از برقراری تعامل با غریبه‌ها، به‌خصوص بزرگسالان دارد که نتیجه تربیت آسیب‌زا است<sup>۴</sup>.

**اختلال استرس پس از سانحه.** اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) پس از رویداد آسیب‌زایی بروز می‌کند و که فرد باور دارد در آن رویداد از نظر جسمانی در خطر است یا زندگی او به مخاطره افتاده است. PTSD ممکن است در پی مشاهده رویدادی تهدیدآمیز یا خشونت‌بار که برای شخص دیگری رخ داده است ایجاد شود. علائم PTSD معمولاً مدت کوتاهی پس از رویداد آسیب‌زا بروز می‌کنند، اگرچه در برخی موارد ممکن است علائم ماه‌ها یا حتی سال‌ها پس از سانحه ایجاد شوند. این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که فرد نسبت به سانحه با ترس و اکتش نشان دهد و علائم را مجدداً تجربه کند یا علائم اجتنابی و برانگیختگی بیش‌ازحد داشته باشد. علائم باید دست‌کم برای یک ماه پایدار باشند و

۱. Formication این اصطلاح به احساس توهمی راه رفتن حشرات رو یا زیر پوست اطلاق می‌شود (فرهنگ جامع

روان‌پزشکی). م

2. obsessional jealousy

3. Koro

۴. به نظر می‌رسد در اینجا اشتباهی روی داده است. براساس متن DSM-5 در این اختلال کودک به شکلی غیر طبیعی به بزرگسالان ناآشنا نزدیک می‌شود و با آنها ارتباط برقرار می‌کند. - م



ناراحتی یا افت قابل توجه بالینی در عملکرد فرد ایجاد کنند.

**اختلال استرس حاد.** اختلال استرس حاد پس از همان نوع عوامل استرس‌زایی رخ می‌دهد که در ایجاد PTSD نقش دارند، با این حال اگر علائم بیش از یک ماه ادامه پیدا کنند دیگر این تشخیص گذاشته نمی‌شود.

**اختلالات سازگاری.** اختلالات سازگاری واکنش‌های غیرانطباقی به استرس‌های مشخص زندگی است. این اختلالات براساس علائم انواع فرعی زیر تقسیم می‌شوند: همراه با اضطراب، همراه با خلق افسرده، با ترکیبی از اضطراب و خلق افسرده، با اختلال سلوک، و شکل مختلط آشفتگی هیجان و سلوک.

**اختلال داغدیدگی پایدار و پیچیده.** سوگ مقاوم و مزمنی که با تلخ‌کامی، خشم یا احساسات دوگانه نسبت به فرد متوفی مشخص می‌شود و با گوشه‌گیری طولانی‌مدت و شدیدی همراه می‌شود مشخصه این اختلال است (با عنوان سوگ عارضه‌دار یا داغدیدگی عارضه‌دار نیز خوانده می‌شود). این اختلال باید از داغدیدگی یا سوگ معمول تمایز داده شود.

## اختلالات تجزیه‌ای

بخش مربوط به اختلالات تجزیه‌ای مشتمل بر چهار اختلال معین است (فراموشی تجزیه‌ای، گریز تجزیه‌ای، اختلال هویت تجزیه‌ای، و اختلال گسست از خویشتن / گسست از واقعیت) که مشخصه آنها بی‌نظمی در کارکرد معمولاً یکپارچه هوشیاری، حافظه، هویت یا ادراک است.

**فراموشی تجزیه‌ای.** مشخصه فراموشی تجزیه‌ای از دست دادن حافظه مربوط به اطلاعات شخصی مهمی است که اغلب ماهیتی آسیب‌زا دارند.

**گریز تجزیه‌ای.** مشخصه این اختلال عزیمت ناگهانی از منزل است که با از دست دادن جزئی یا کامل حافظه مربوط به هویت فرد همراه است.

**اختلال هویت تجزیه‌ای.** ویژگی بنیادین این اختلال که پیش از این اختلال شخصیت چندگانه نامیده می‌شد، وجود دو یا تعداد بیشتری هویت متمایز است که کنترل رفتار فرد را به‌عهده می‌گیرند.

**اختلال گسست از خویشتن / گسست از واقعیت / (depersonalization / derealization).** ویژگی بنیادین اختلال گسست از خویشتن (حس تغییر یافته از موجودیت فیزیکی که شامل این احساس است که فرد بیرون از بدن خودش وجود دارد، جدایی یا فاصله گرفتن فیزیکی از دیگران، شنواری، مشاهده خود از بیرون آنگونه که در رویا رخ می‌دهد) یا گسست از واقعیت (تجربه محیط بیرون به شکلی غیرواقعی یا تحریف‌شده) است.

## اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط (پیش از این در DSM-IV اختلالات شبه‌جسمی خوانده می‌شد)

این گروه از اختلالات با اشتغال ذهنی قابل توجه با بدن و ترس از بیماری یا عواقب آن مانند مرگ مشخص می‌شوند.

**اختلال علائم جسمی.** مشخصه اختلال علائم جسمی، سطوح بالای اضطراب و نگرانی پایدار

درباره نشانه‌ها و علائم جسمی است که فرد به اشتباه آنها به عنوان یک بیماری طبی شناخته شده تعبیر می‌کند. این اختلال با نام هیپوکندریازیس (خود بیمار انگاری) نیز خوانده می‌شود.

**اختلال اضطراب بیماری.** اختلال اضطراب بیماری، ترس از بیمار شدن است در شرایطی که فرد

علائم جسمی کمی دارد یا هیچ علامتی ندارد. این تشخیص برای اولین بار در DSM-5 آورده شده است.

**اختلال علامت عصبی کارکردی.** مشخصه این اختلال که در DSM-IV اختلال تبدیلی نام داشت

نقص کارکردهای حسی یا حرکتی ارادی است که علت آنها ناشناخته است و وجود یک بیماری عصبی یا یک بیماری طبی دیگر را به ذهن متبادر می‌کند. تعارض‌های روان‌شناختی مسئول بروز این علائم هستند.

**عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سایر بیماری‌های طبی.** این دسته متعلق به مشکلات

روان‌شناختی‌ای است که با افزایش خطر فرجام نامطلوب، روی یک بیماری طبی اثر منفی می‌گذارند.

**اختلال ساختگی.** در اختلال ساختگی که سندرم مونشهاوزن نیز نامیده می‌شود فرد عمداً علائم

جسمانی یا روان‌شناختی راجع می‌کند تا بیمار تلقی شود. در اختلال ساختگی تحمیل شده بر دیگری

(که قبلاً اختلال ساختگی نابتی نامیده می‌شد) شخصی فرد دیگری را که اغلب مادر و فرزند هستند بیمار

جلوه می‌دهد. اختلال ساختگی از تمارض که در آن علائم به صورت کاذب گزارش می‌شوند متمایز است؛

انگیزه فرد در تمارض منافع بیرونی مانند اجتناب از مسؤلیت‌پذیری، به دست آوردن غرامت‌های مالی یا تهیه مواد است.

**سایر اختلالات معین علائم جسمی و اختلالات مرتبط.** این دسته مختص اختلالاتی است که

در دسته‌های بالا جای نمی‌گیرند. یکی از این موارد حاملگی کاذب<sup>۱</sup> است که در آن فرد مؤنث (یا به ندرت

مذکر) به اشتباه باور دارد باردار است.

## اختلالات تغذیه و خوردن

اختلالات تغذیه و خوردن با آشفتگی بارز در رفتار خوردن مشخص می‌شوند.

**بی‌اشتهایی عصبی.** بی‌اشتهایی عصبی نوعی اختلال خوردن است که مشخصه آن کاهش وزن

بدن و امتناع از غذا خوردن است. در این اختلال معمولاً اشتها تغییری نمی‌کند.

**پراشتهایی عصبی.** مشخصه این اختلال دوره‌های عودکننده و مکرر پرخوری است که ممکن است

همراه با استفراغ یا بدون آن باشد.

**اختلال پرخوری.** اختلال پرخوری گونه‌ای از اختلال پراشتهایی عصبی است که در آن پرخوری

گاه، مثلاً یک‌بار در هفته رخ می‌دهد.

**هرزه‌خواری.** هرزه‌خواری خوردن مواد بدون ارزش غذایی مانند نشاسته است.

**اختلال نشخوار.** ویژگی اصلی این اختلال بالا آوردن مکرر غذا است که اغلب در دوران نوزادی یا

کودکی آغاز می‌شود.

**اختلال مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده.** مشخصه زیربنایی این اختلال که بیشتر در

DSM-IV اختلال تغذیه نوزادی یا کودکی خوانده می‌شد فقدان علاقه به غذا یا خوردن است که سبب

توقف در رشد می‌شود.

## اختلالات دفعی

این دسته شامل اختلال‌های دفعی است که به دلیل عوامل روان‌شناختی یا فیزیولوژیک ایجاد می‌شود. دو اختلال در این دسته وجود دارد: بی‌اختیاری مدفوع که ناتوانی در کنترل روده است و بی‌اختیاری ادرار که ناتوانی در کنترل مثانه است.

## اختلالات خواب - بیداری

اختلالات خواب-بیداری شامل اختلال در کیفیت، زمان‌بندی و مقدار خواب است که باعث بروز آشفتگی و ضعف در طول روز می‌شود و در DSM-5 اختلالات یا دسته‌های زیر را دربرمی‌گیرد.

**اختلال بی‌خوابی.** دشواری در به‌خواب رفتن یا حفظ خواب، ویژگی‌های این اختلال هستند. بی‌خوابی می‌تواند بیماری مستقلی باشد یا همراه با بیماری روانی دیگر، نوع دیگری از اختلال خواب، یا بیماری طبی دیگری بروز کند.

**اختلال پرخوابی.** این اختلال وقتی رخ می‌دهد که فرد بسیار زیاد می‌خوابد و علی‌رغم میزان خواب معمول یا طولانی‌تر از معمول، به‌شدت احساس خستگی می‌کند.

**بدخوابی‌ها (پاراسومنیاه).** مشخصه بدخوابی‌ها رفتارها، تجارب یا رویادهای فیزیولوژیک غیرمعمول در طول خواب است. این دسته به سه نوع تقسیم می‌شوند: اختلالات برانگیختگی خواب *non-REM* که شامل بیداری ناکامل از خواب همراه با اختلال خواب‌گردی یا اختلال وحشت خواب است؛ اختلال کابوس که در آن کابوس‌ها سبب بیدارشدن‌های مکرر و بروز ناراحتی و افت کارکرد می‌شوند؛ و اختلال رفتاری خواب *REM* که مشخصه آن رفتارهای حرکتی یا آوایی در طول خواب است.

**حمله خواب.** این اختلال با حملات خواب مشخص می‌شود. و معمولاً با از بین رفتن قوام ماهیچه‌ای (کاتاپلکسی) همراه است.

**اختلالات خواب مرتبط با تنفس.** این اختلالات مشتمل بر سه نوع‌اند. رایج‌ترین نوع، وقفه یا کمبود تنفسی انسدادی خواب است که در آن وقفه تنفسی (قطع جریان هوا) و کمبود تنفسی (کاهش جریان هوا) در طول خواب مکرراً رخ می‌دهد و سبب خر و پف و خواب‌آلودگی طول‌روز می‌شود. در وقفه تنفسی مرکزی خواب، تنفس شین - استوکس<sup>۲</sup> همراه با وقفه یا کمبود تنفسی رخ می‌دهد. در نوع سوم افت تهویه مرتبط با خواب<sup>۳</sup> از طریق کاهش تنفس سبب افزایش سطح  $CO_2$  می‌شود.

**سندرم پاهای بی‌قرار.** سندرم پاهای بی‌قرار حرکت دادن اجباری<sup>۴</sup> پاها در طول خواب است.

**اختلال خواب ناشی از مواد / دارو.** این دسته شامل اختلالات خوابی است که به دلیل دارو یا مواد مثل الکل یا کافئین ایجاد می‌شوند.

**اختلالات ریتم شبانه‌روزی خواب-بیداری.** زیربنای این اختلالات الگویی از اختلال در خواب است که سیستم شبانه‌روزی فرد را تغییر می‌دهد یا به‌هم می‌زند و نتیجه آن بی‌خوابی یا خواب‌آلودگی

1. Non-Rapid Eye Movement: خواب بدون حرکات سریع چشم. م

۲. Cheyne-Stokes. الگوی تغییر دوره‌ای اوج - فرود در حجم هوای جاری که باعث وقفه یا کمبود تنفسی مرکزی می‌شود.

3. Sleep-Related Hypoventilation

4. compulsive

بیش از حد است. این اختلالات شش نوع‌اند: ۱) نوع تأخیر مرحله خواب که مشخصه آن ساعت‌های خواب-بیداری‌ای است که چندین ساعت از زمان مطلوب یا مرسوم دیرتر است، ۲) نوع جلو افتادن مرحله خواب که در آن شروع خواب و زمان بیداری زودتر از زمان معمول است، ۳) نوع خواب - بیداری نامنظم که مشخصه آن خواب‌های مقطعی در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز بدون دوره اصلی خواب و ریتم شبانه‌روزی خواب-بیداری قابل تشخیص است، ۴) نوع خواب - بیداری غیر ۲۴ ساعت است که با محیط خارجی ۲۴ ساعته هم‌تراز نیست و اغلب در بین افراد نابینا یا افراد مبتلا به اختلالات بینایی رخ می‌دهد، ۵) نوع کار نوبتی ناشی از برنامه کاری شبانه‌ای است که به‌طور مرتب ادامه دارد و ۶) نوع نامعین که هیچ کدام از ملاک‌های موارد بالا را در بر نمی‌گیرد.

### اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری جنسی)

کژکاری‌های جنسی شامل ده اختلال هستند که با تغییر در میل جنسی یا عملکرد جنسی مرتبط‌اند. **انزال دیررس.** انزال دیررس ناتوانی یا تأخیر قابل توجه در توانایی انزال در طول فعالیت جنسی یا خودارضایی است.

**اختلال نعوظ.** اختلال نعوظ ناتوانی در رسیدن به نعوظ یا حفظ آن برای مدت زمان لازم برای مقابرت در فعالیت جنسی است.

**اختلال ارگاسمی زنان.** این اختلال فقدان توانایی در رسیدن به ارگاسم و / یا کاهش قابل ملاحظه شدت احساسات ارگاسمی در طول آمیزش جنسی یا خودارضایی است.

**اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان.** اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان فقدان یا کمبود میل به خیال‌پردازی یا رفتار جنسی است که سبب ناراحتی فرد می‌شود.

**اختلال دخول / درد لگنی - تناسلی.** اختلال دخول / درد لگنی - تناسلی جایگزین عبارت واژینیسموس و مقابرت دردناک<sup>۱</sup> (انقباض‌های واژینال و دردی که با آمیزش جنسی تداخل دارد) شده است و انتظار درد یا درد واقعی در طول فعالیت‌های جنسی به خصوص فعالیت‌های مرتبط با دخول است. **اختلال کمبود میل جنسی مردان.** اختلال کمبود میل جنسی مردان فقدان یا کمبود خیال‌پردازی یا میل در مردان است.

**انزال زودرس.** در این اختلال انزال قبل از دخول یا بلافاصله پس از آن در طول مقابرت جنسی رخ می‌دهد.

**کژکاری جنسی ناشی از مواد / دارو.** کژکاری جنسی ناشی از مواد / دارو عملکرد ضعیف جنسی در اثر موادی مانند فلوکسیتین است.

**سایر کژکاری‌های جنسی نامعین.** این دسته شامل اختلال جنسی ناشی از یک بیماری طبی مانند اسکروز چندگانه (MS) است.

### نارضایتی جنسی

نارضایتی جنسی ناراحتی پایدار نسبت به جنسیت زیستی و در برخی موارد میل به داشتن اندام‌های جنسی

1. dyspareunia