

آمادگی مصاحبه دکتری آسیب شناسی روانی

دکتر ساجد یعقوب نژاد



اختلال روانی چیست؟

DSM، اختلال روانی را الگو یا نشانگان روان شناختی و رفتاری معرفی می کند که:

- در فرد رخ می دهد.
- منجر به مختل شدن شناخت، کنترل، هیجان یا رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنی دار باشد می گردد.
- توأم با نابسامانی های فرایندهای روان شناختی، زیستی و یا رشدی است که به دلیل عملکرد ذهنی و روانی رخ می دهد.
- نباید پاسخی قابل انتظار به یک عامل استرس زای عمومی، فقدان یا پاسخ فرهنگی تأیید شده به یک رویداد خاص باشند و اساساً ناشی از انحراف اجتماعی یا تعارض فرد با جامعه نیستند.



شیوع چیست و چه انواعی دارد؟

اصطلاح شیوع به تعداد موردهای فعال در یک جمعیت در طول دوره زمانی خاص اشاره دارد. ارقام شیوع معمولاً به صورت درصد نشان داده می‌شوند (درصدی از جمعیت که اختلال خاصی دارد). چند نوع برآورد از میزان شیوع می‌تواند صورت گیرد.



✓ **شیوع نقطه‌ای:** به درصد برآورد شده واقعی و فعال موردهای اختلال در جمعیت خاصی در هر لحظه از زمان اشاره دارد.

✓ **شیوع یک‌ساله:** در شیوع یک‌ساله، موارد فعال از اختلال در هر لحظه از سال مورد محاسبه قرار می‌گیرند. معمولاً شیوع سالانه از میزان شیوع نقطه‌ای بالاتر است، زیرا مدت زمان بیشتری را در نظر می‌گیرد.

✓ **شیوع طول عمر:** برآورد درصدی از افراد که در هر لحظه از زندگی خود به اختلال خاصی مبتلا بوده‌اند (حتی اگر اکنون بهبود یافته باشند).



فرایند چینش اختلال های روانی در DSM 5 چگونه است؟

اختلال های عصبی رشدی



اختلال های طیف اسکیزوفرنی



اختلال های دوقطبی



اختلال های افسردگی



اختلال های اضطرابی



اختلال های وسواسی



اختلال های تروماتیک

اختلال های تجزیه ای

اختلال های علائم جسمانی

اختلال های تغذیه و خوردن

اختلال های دفع

اختلال های خواب و بیداری

اختلال های جنسی

اختلال های اخلاک، کنترل تکانه و سلوک

اختلال های شخصیت

اختلال های عصبی شناختی



SAJED. Y AGHOOBNEZHAD
ساجد یعقوب نژاد

تفاوت‌های مهم DSM5 و DSM-5-TR را بیان کنید.



❖ کدهای تشخیصی اضافه شده به DSM-5-TR عبارتند از:

- **اختلال غم و اندوه طولانی مدت؛** حداقل ۱۲ ماه پس از مرگ یکی از عزیزان، اشتیاق شدید برای متوفی و/یا مشغولیت مداوم به افکار متوفی، همراه با سایر علائم مرتبط با سوگ مانند عاطفی مشخص می شود؛ بی حسی، درد شدید عاطفی و پرهیز از یادآوری هایی که فرد فوت کرده است، به اندازه ای شدید که باعث اختلال در عملکرد شود.
 - **اختلال خلقی نامشخص:** یک دسته باقیمانده برای ارائه علائم خلقی است که معیارهای کامل هیچ یک از اختلالات را در کدهای تشخیصی اختلالات دوقطبی یا افسردگی ندارد.
 - **اختلال عصبی شناختی خفیف ناشی از محرک:** به اختلالات عصبی شناختی خفیف اضافه شده است برای تشخیص علائم عصبی شناختی، مانند مشکلات یادگیری و حافظه و عملکرد اجرایی ناشی از مواد محرک استفاده می شود.
-

❖ نظارت بر رفتار خودکشی و خودآزاری غیرخودکشی

- کدهای علائم مستقل برای نشان دادن وجود (یا سابقه) رفتار خودکشی (رفتار بالقوه خودآزاری با حداقل قصد مرگ) به بخش سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی باشد اضافه شده است.
 - خودآزاری غیرخودکشی (آسیب عمدی خود به بدن که احتمالاً باعث خونریزی، کبودی یا درد در غیاب قصد خودکشی می شود)
 - این کدها به پزشک اجازه می دهد تا این رفتارهای مهم بالینی را مستقل از هر تشخیص روانپزشکی خاصی ثبت کند.
-

- تغییراتی در معیارهای تشخیصی یا تعاریف مشخص کننده برای بیش از ۷۰ اختلال اعمال شده است. در حالی که بیشتر این تغییرات نسبتاً جزئی هستند، تعدادی از آنها قابل توجه تر هستند و مشکلات شناسایی شده ای را که می تواند منجر به تشخیص اشتباه شود، برطرف می کند.
 - مجموعه معیارهای تشخیصی یا تعاریف مشخص کننده با تغییرات مهم تر شامل:
 - معیار A برای اختلال طیف اوتیسم
 - تغییرات در تعیین کننده های شدت شدایی
 - افزودن مشخص کننده های دوره به اختلال سازگاری
 - به معیار A برای دلیریوم
-

اختلال طیف اوتیسم با مشکلات مداوم در استفاده اجتماعی از ارتباطات کلامی و غیر کلامی (معیار الف) همراه با الگوهای رفتاری تکراری محدود (ملاک B) تعریف می‌شود. علاوه بر تغییرات متنی در سراسر توصیف اختلال، که منعکس کننده ادبیات به روز و پیشرفت های دانش است، قابل توجه ترین تغییر در معیارهای تشخیصی، به ویژه معیار A است.

معیار A در DSM5: وجود نقایصی در ارتباطات و تعاملات اجتماعی در زمینه های گوناگون به صورتی معیارهای زیر آشکار می شود:

1. نقایصی در تقابل اجتماعی و عاطفی، برای مثال رفتار های اجتماعی غیر عادی و شکست در گفتگوهای رو در رو
2. نقص در رفتار های ارتباطی غیر کلامی مورد استفاده برای تعاملات اجتماعی، برای مثال کمبود یکپارچگی ارتباطات کلامی و غیر کلامی
3. نقایصی در رشد، ادراک و فهمیدن ارتباطات



- مشخص کننده شدت "خفیف" برای دوره مانیک (در صورت وجود، تعداد کمی از علائم بیش از آستانه مورد نیاز؛ علائم ناراحت کننده اما قابل کنترل و علائم منجر به اختلال جزئی در عملکرد اجتماعی یا شغلی می شود) با معیار C اپیزود مانیک، ناسازگار بود؛ این اختلال خلقی به اندازه ای شدید باشد که باعث اختلال قابل توجه در عملکرد اجتماعی یا شغلی شود، بستری شدن در بیمارستان را ضروری کند یا شامل ویژگی های روان پریشی شود.
 - مشخص کننده های شدت از DSM-IV اکنون پذیرفته شده اند:
 - «خفیف» اگر فقط معیارهای حداقل علائم رعایت شود.
 - اگر افزایش بسیار قابل توجهی در فعالیت یا اختلال در قضاوت وجود داشته باشد، «متوسط»
 - اگر تقریباً نظارت مستمر مورد نیاز باشد «شدید».
-

- مشخص‌کننده‌هایی که نشان‌دهنده طول مدت علائم در اختلال سازگاری هستند، به‌طور ناخواسته از DSM-5 حذف شدند و اکنون دوباره به کار گرفته شده‌اند:

- «حاد» اگر علائم برای کمتر از ۶ ماه ادامه داشته باشد
 - «مداوم» اگر علائم برای ۶ ماه یا بیشتر پس از آن ادامه داشته باشد.
-

- ویژگی های شناختی ضروری در دلیریوم، اختلال در توجه و آگاهی از محیط است. در حالی که ماهیت اختلال توجه (که در معیار A به عنوان توانایی کاهش یافته برای هدایت، تمرکز، حفظ و تغییر توجه مشخص می شود) واضح است، توصیف مؤلفه آگاهی (به عنوان کاهش جهت گیری به محیط) گیج کننده است.
 - در نتیجه، معیار A مجدداً فرمول بندی شده است، به طوری که اکنون به عنوان «اختلال در توجه (یعنی کاهش توانایی جهت دهی» خوانده می شود. تمرکز، حفظ و تغییر توجه) همراه با کاهش آگاهی از محیط است.
-

❖ بروزرسانی اصطلاحات

برخی اصطلاحات DSM-5 به روز شده است:

- شامل جایگزینی «داروهای نورولپتیک» که بر عوارض جانبی تأکید دارند، با «داروهای ضد روان پریشی یا سایر عوامل مسدودکننده گیرنده دوپامین» است.
 - جایگزینی (ناتوانی ذهنی) با (اختلال رشد ذهنی)
 - تغییر (اختلال تبدیلی) به (سندرم عصبی عملکردی)
 - در DSM-5-TR تغییراتی در ادبیات مرتبط با جنسیت و هویت جنسی ایجاد شده تا با تأکید بر اینکه جنسیت و خصوصیات ژنتیکی فرد توسط وی انتخاب نشده‌اند، به کاهش انگ کمک می‌کند.
-

تفاوت رفتار سایکوتیک و رفتار نروتیک چیست؟

ویژگی های رفتار روان پریشانه (سایکوز)

- ناتوانی شخص در درک واقعیات (آسیب در واقعیت سنجی)
- ناتوانی در برقراری ارتباط منطقی بین موضوعات
- ناتوانی در ایجاد ارتباط و حفظ ارتباط با دیگران



ساختار اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریش در DSM-5 چگونه است؟



تفاوت‌های طبقه اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی DSM- IV-TR و DSM5 را بگویید:

- قرار گرفتن اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در این طبقه در DSM5
- حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی (مانند پارانوئید یا آشفته) در DSM5
- حذف اختلال سایکوتیک مشترک (جنون دونفره) در DSM5
- در DSM5، دو اختلال اختلال سایکوز خفیف و اختلال کاتاتونیا اضافه شده است.



نشانه‌های رفتاری بیماری اسکیزوفرنی را بگویید:

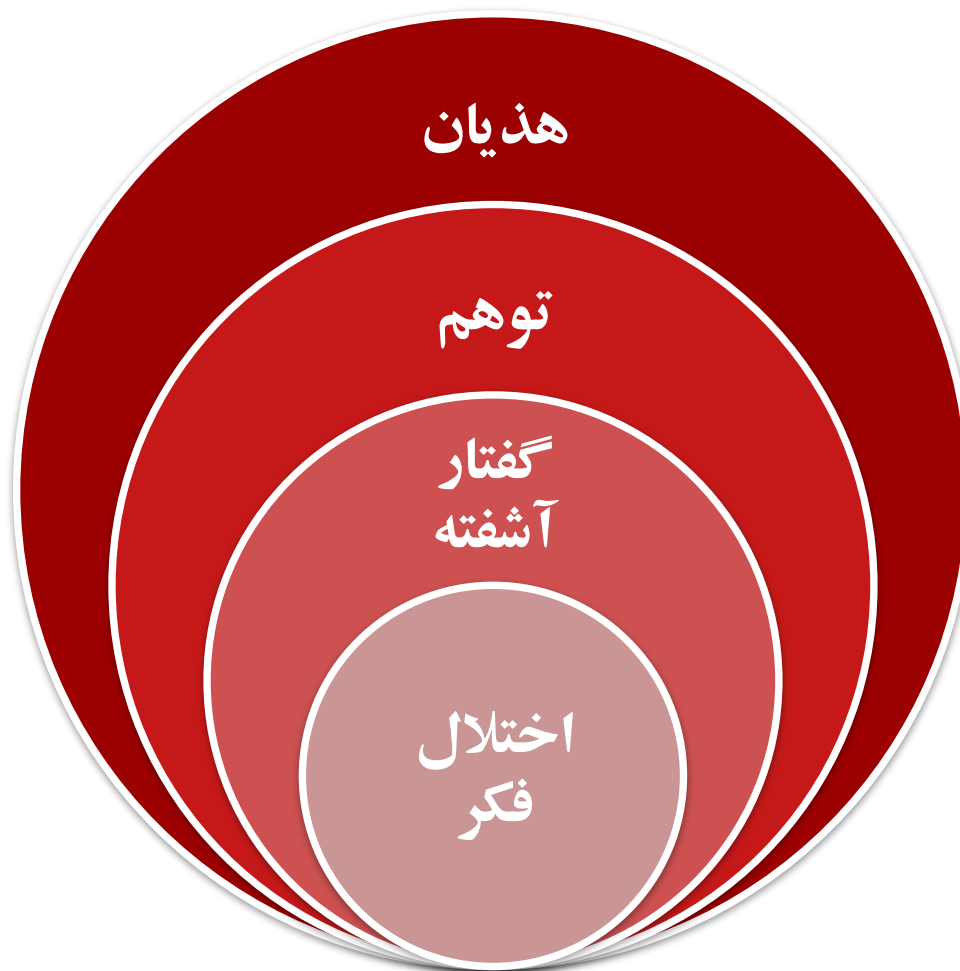
نشانه‌های رفتاری مثبت
فزونی‌های آسیب شناسانه

نشانه‌های رفتاری

نشانه‌های رفتاری منفی
کمی‌بودهای آسیب شناسانه



نشانه های رفتاری مثبت



نشانه‌های رفتاری بیماری اسکیزوفرنی را بگویید:

اختلال فکر

مشکل در آرایش منطقی افکار خود و نتیجه‌گیری‌های قابل قبول و معقول دارند.

تفکر درهم‌ریخته و غیرمنطقی احتمالاً مهمترین نشانه اسکیزوفرنی است.

هسته اصلی اختلال فکر در اسکیزوفرنی، ناتوانی کلی از کنار گذاردن محرک‌های نامربوط باشد که منجر به کاستی‌های توجه می‌شود.



نشانه‌های رفتاری بیماری اسکیزوفرنی را بگویید:

✓ اختلال در تکلم (گفتار نامنظم)

این افراد علی رغم استفاده صحیح از دستور زبان، به لحاظ محتوای کلام معنی داری ندارند (دچار فقر محتوا هستند).

رایجترین شکل گفتار نامنظم در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی از این شاخه به آن شاخه پریدن (از موضوعی به موضوع دیگر رفتن) است.



اختلال در تکلم (گفتار نامنظم)

- تداعی آوایی (clang association)
- اختراع کلمات (neologism)
- آشفته گویی (word salad)
- فقر محتوا یا فقر معنایی (poverty of content)
- حاشیه روی (circumstantiality)



توهم: تجربه حسی در غیاب منبع خارجی

- توهم های فرضی hypnagogic hallucinations
- توهم های هیپنوتیزم hypnopompic hallucinations
- توهم های روانی - حرکتی psychomotor hallucination
- توهم های لیلیپوتی liliputian hallucinations
- توهم دستوری command hallucination



هذیان: باورهای غلط اما راسخ

- هذیان تعقیب و گزند (delusion of persecution)
- هذیان خود بزرگ بینی یا عظمت (delusion of grandeur)
- هذیان به خود گرفتن (delusions of reference)
- هذیان سندروم کاپگراس (Capgras Syndrome)
- هذیان سندروم کاتراد (Cotrad ' s syndrome)
- هذیان عاشقانه (داءالعشق؛ اروتومانیا؛ سایکوز عاشقانه؛ سندروم کلرامبو)



نشانه های رفتاری

نشانه های رفتاری مثبت
فزونی های آسیب شناسانه

نشانه های رفتاری منفی
کمبودهای آسیب شناسانه



نشانه‌های منفی

- بی‌واکنشی هیجانی یا بی‌علاقگی احساسی یا عاطفه کند شده (blunted affect)
- آنهدونیا (anhedonia)
- آلوژیا یا فقر کلامی (alogia)
- ناخواستی (بی‌انگیزگی) (avolition)



نشانه های رفتاری

نشانه های رفتاری مثبت
فزونی های آسیب شناسانه

نشانه های رفتاری منفی
کمیته های آسیب شناسانه



ملاک های تشخیصی اختلال اسکیزوفرنی در DSM-5

- ملاک A. دو نشانه زیر (یا تعداد بیشتر)، هر یک برای مدت زمان قابل ملاحظه ای در طول دوره ۱ ماهه وجود دارند (یا کمتر اگر با موفقیت درمان شده باشد). حداقل یکی از اینها باید (۱)، (۲)، یا (۳) باشد.
 ۱. هذیان ها.
 ۲. توهمات.
 ۳. گفتار آشفته (مثل انحراف گفتار یا گسیختگی مکرر).
 ۴. رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک.
 ۵. نشانه های منفی (یعنی، کاهش ابراز هیجانی یا بی ارادگی).
- ملاک C. علائم مداوم اختلال حداقل به مدت ۶ ماه ادامه می یابند. این دوره ۶ ماهه باید حداقل ۱ ماه نشانه ها را در برداشته باشد.



علائم پیش آگهی مطلوب و نامطلوب در اختلال اسکیزوفرنی

پیش آگهی مطلوب شروع دیررس (در سن بالاتر)؛ عامل تسریع کننده آشکار؛ شروع حاد (ناگهانی و شدید)؛ سابقه پیش‌مرضی خوب اجتماعی جنسی و شغلی؛ علایم اختلال خلقی به‌خصوص اختلالات افسردگی، متأهل بودن؛ سابقه خانوادگی اختلالات خلقی؛ نظام حمایتی خوب؛ علایم مثبت؛ جنس مؤنث.

پیش آگهی نامطلوب شروع زودرس (در سن پایین‌تر)؛ فقدان عوامل تسریع کننده؛ شروع تدریجی؛ سابقه پیش‌مرضی بد از نظر اجتماعی، جنسی و شغلی؛ رفتار انزوائی، اوتیستیک؛ مجرد، طلاق گرفته یا بیوه بودن؛ سابقه خانوادگی اسکیزوفرنی؛ سیستم حمایتی بد؛ علایم منفی؛ علایم و نشانه‌های نورولوژیک؛ سابقه ترومای پری‌ناتال؛ نبودن بهبود در سه سال گذشته؛ عودهای زیاد؛ سابقه حمله‌وری



ملاک‌های تشخیصی اختلال اسکیزوفرنی فرم بر اساس DSM-5

- ملاک A. دو ملاک زیر (یا تعداد بیشتر)، هر یک برای مدت‌زمان قابل‌ملاحظه‌ای در طول دوره ۱ ماهه وجود دارند (یا کمتر اگر با موفقیت درمان شده باشد). حداقل یکی از این‌ها باید (۱)، (۲)، یا (۳) باشد:
 ۱. هذیان‌ها
 ۲. توهمات
 ۳. گفتار آشفته (مثل انحراف گفتار یا گسیختگی مکرر).
 ۴. رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک.
 ۵. نشانه‌های منفی (یعنی، کاهش ابراز هیجانی یا بی‌ارادگی) باشد.
- ملاک B. دوره این اختلال حداقل ۱ ماه، اما کمتر از ۶ ماه ادامه دارد. در صورتی که تشخیص باید بدون منتظر ماندن برای بهبود داده شود، لازم است «موقتی» محسوب شود.



ملاک‌های تشخیصی اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت در DSM-5

- **ملاک A.** وجود یکی (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر. حداقل یکی از این‌ها باید (۱)، (۲) یا (۳) باشد:
 ۱. هذیان‌ها.
 ۲. توهمات.
 ۳. گفتار آشفته (مثل انحراف گفتار یا گسیختگی مکرر).
 ۴. رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک.
- توجه: اگر نشانه، پاسخی باشد که از لحاظ فرهنگی تأیید شده است، آن را منظور نکنید.
- **ملاک B.** مدت دوره اختلال حداقل ۱ روز، اما کمتر از ۱ ماه، همراه با برگشت نهایی کامل به سطح پیش مرضی عملکرد است.



اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (اسکیزوتایپال)

Schizotypal (Personality) Disorder

- ملاک A. نواقصی در روابط اجتماعی و بین فردی که مشخصه آن، بروز رنج و مشقتی حاد در روابط صمیمانه و کاهش قابلیت داشتن این روابط و نیز تحریفات شناختی یا ادراکی و نیز **نامتعارف بودن رفتار** است و در زمینه‌های مختلف به چشم آید، که علامت اش وجود دست کم پنج تا از موارد زیر است:

(۱) افکار انتساب به خود (۲) اعتقادات عجیب یا افکار جادویی (۳) تجارت غیر معمول ادراکی (۴) تفکر و تکلمی عجیب (۵) شکاک بودن یا فکر بدگمانانه. (۶) حالت عاطفی نابجا یا محدود. (۷) رفتار یا وضع ظاهری عجیب، نامتعارف، یا مخصوص به خود. (۸) فقدان دوستان صمیمی یا مورد اطمینان، بجز بستگان درجه اول. (۹) اضطراب مفرط



اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریش در DSM-5



معیارهای تشخیصی اختلال هذیانی در DSM-5

- **ملاک A.** وجود یک یا چند هذیان است که حداقل به مدت ۱ ماه ادامه دارند.
- **ملاک B.** فرد هرگز ملاک A اسکیزوفرنی را نداشته.
- **ملاک D.** اگر دوره‌های خلقی همزمان با هذیان‌ها روی دهند، کل مدت این دوره‌های خلقی نسبت به کل مدت دوره‌های هذیانی، کوتاه هستند.
- **ملاک E.** هذیان‌ها ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل کوکائین) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل بیماری آلزایمر) نیستند، و با بیماری روانی دیگر، نظیر اختلال بدشکلی بدن یا اختلال وسواس فکری-عملی، بهتر توجیه نمی‌شوند



اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریش در DSM-5



ملاک‌های تشخیصی اسکیزوافکتیو بر اساس DSM-5

ملاک A. دوره بدون وقفه بیماری که در طول آن، دوره خلقی اساسی (افسردگی یا مانیک) همراه با ملاک A در اسکیزوفرنی روی دهد.

ملاک B. هذیان‌ها و توهمات به مدت ۲ هفته یا بیشتر در غیاب دوره خلقی اساسی (افسرده یا مانیک) در کل مدت بیماری.

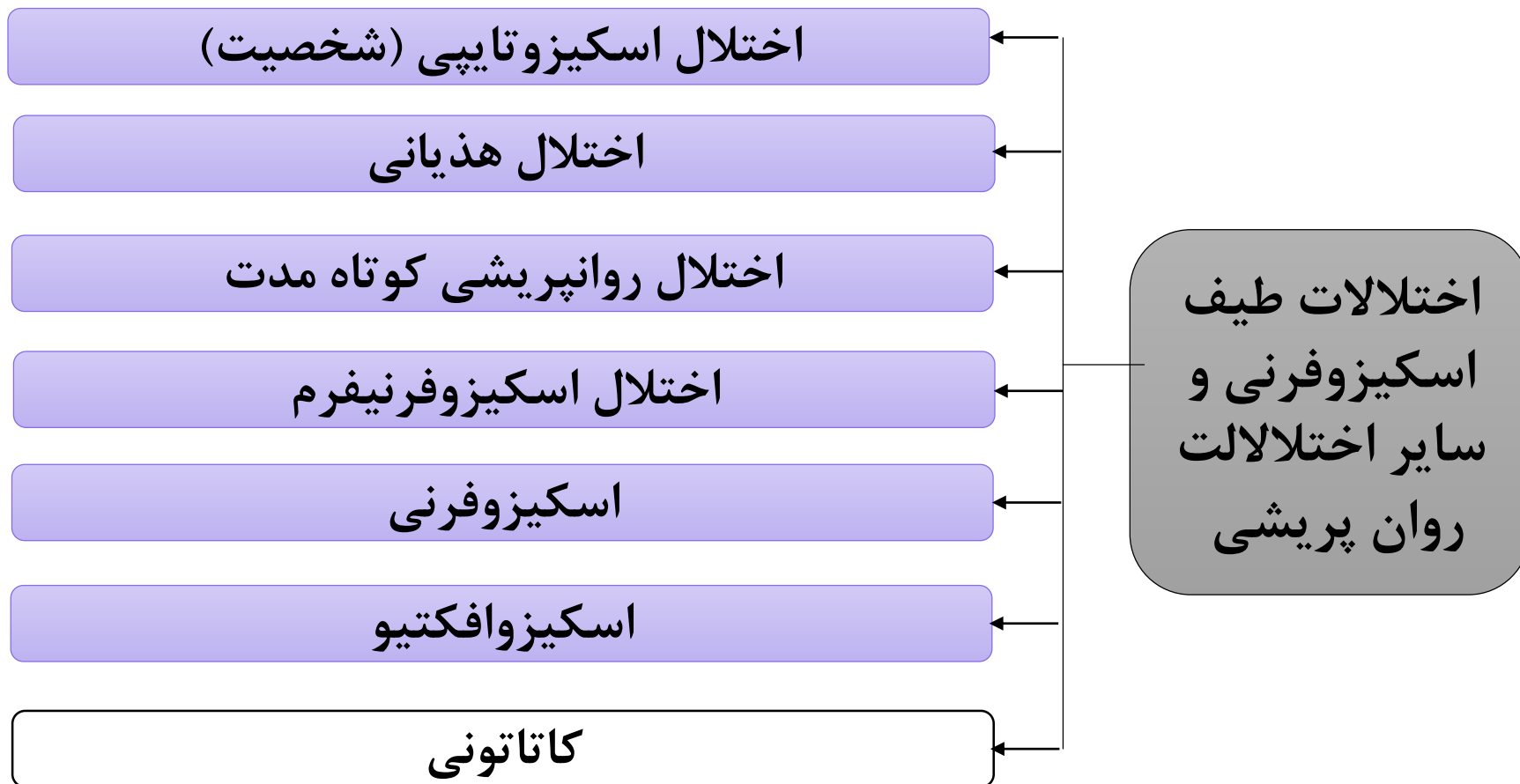
ملاک D. این اختلال ناشی از تأثیرات مواد (مثل سوءمصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

نوع دوقطبی: این نوع فرعی در صورتی به کار می‌رود که دوره مانیک بخشی از جلوه بیماری باشد. دوره‌های افسردگی نیز ممکن است روی دهند.

نوع افسردگی: این نوع فرعی در صورتی به کار می‌رود که فقط دوره‌های افسردگی بخشی از جلوه بیماری باشند.



اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریش در DSM-5



اختلال کاتاتونی در DSM5

اختلال کاتاتونی در DSM5 علاوه بر اینکه **به عنوان یک نشانه رفتاری** که در طیف وسیعی از اختلالات می تواند روی دهد، طرح شده است، به عنوان یک اختلال مجزا با نام **اختلال کاتاتونیک** نیز طرح شده است.

ویژگی اصلی اختلال کاتاتونی، اختلال روانی-حرکتی محسوس است که می تواند **کاهش فعالیت حرکتی، کاهش مشارکت در طول مصاحبه یا معاینه جسمانی، یا فعالیت حرکتی بیش از حد و عجیب و غریب** را در برداشته باشد.



اختلال کاتاتونی در DSM5

ملاک A. سه (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر در تصویر بالینی غالب هستند:

۱. **بهت** (یعنی، بدون فعالیت روانی-حرکتی؛ برقرار نکردن ارتباط فعال با محیط).

۲. **جمود خلسه‌ای** (یعنی، القای منفعل وضع اندامی که در برابر نیروی جاذبه اختیار می‌شود).

۳. **انعطاف‌پذیری مومی شکل** (یعنی، بی - اعتنایی، حتی مقاومت در برابر مستقر شدن توسط آزماینده).

۴. **لالی** (یعنی، بدون پاسخ کلامی یا خیلی کم؛ اگر زبان پریشی شناخته‌شده باشد، منتفی است

۵. **منفی گرایی** (یعنی، مخالفت با دستورات یا محرک‌های بیرونی یا بدون پاسخ به آنها).

۶. **وضع خاصی گرفتن** (یعنی، نگهداری خودانگیخته و فعال وضع بدن در برابر نیروی جاذبه).

۷. **اداءاظهار** (یعنی، کاریکاتور اعمال عادی عجیب و غریب، شکوهمند).

۸. **رفتار قالبی** (یعنی، حرکات تکراری، به طرز نابهنجار مکرر، بدون هدفمندی).

۹. **سراسیمگی**، که تحت محرک‌های بیرونی قرا ندارند.

۱۰. **شکلک درآوردن**

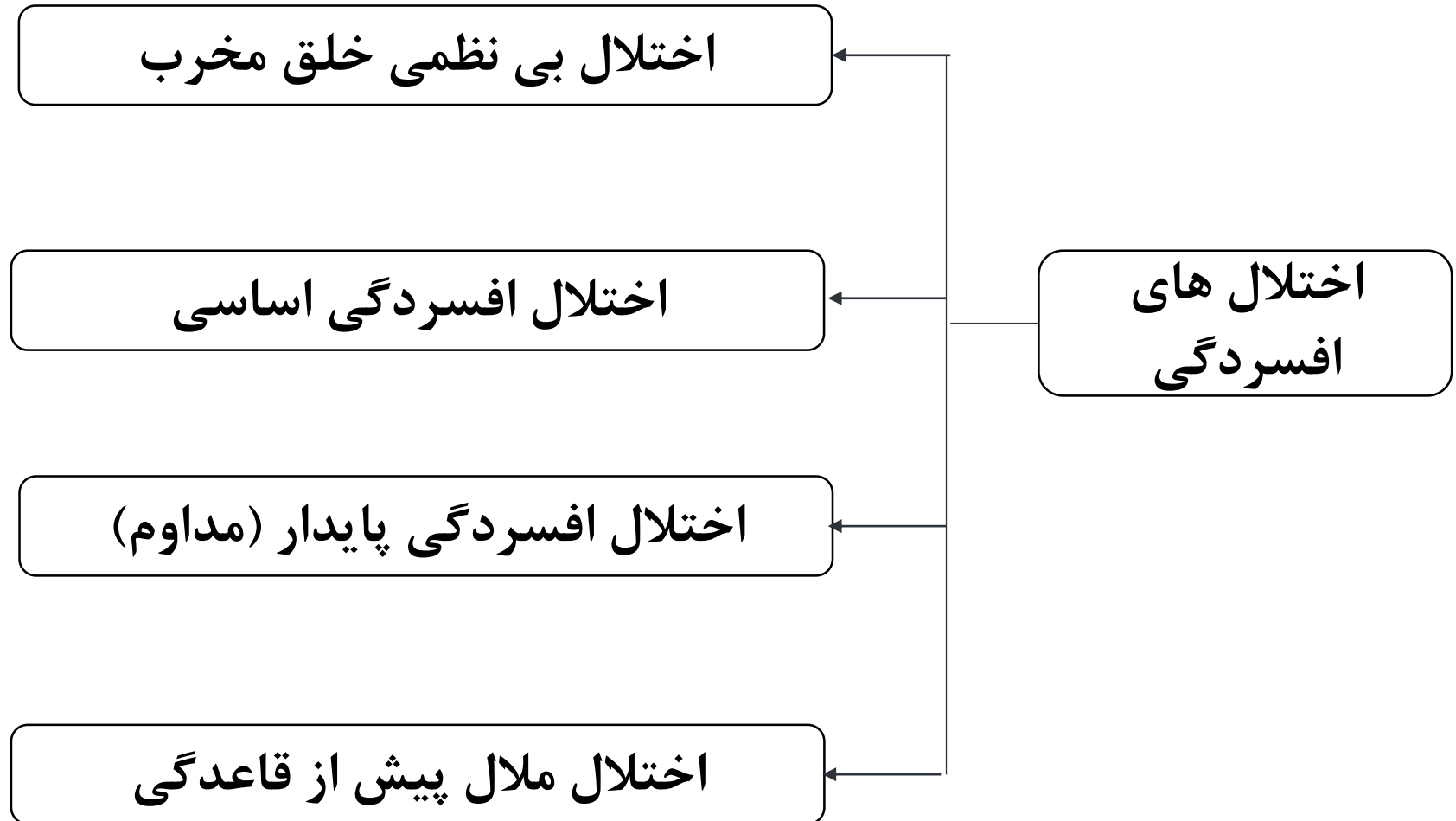
۱۱. **پژواک‌گویی** (یعنی، تقلید کردن از گفتار دیگران).

۱۲. **پژواک‌کرداری** (یعنی، تقلید کردن از حرکات دیگران).

اختلال های افسردگی در DSM5 کدامند؟



ساجد یعقوب نرزار
SAJED. Y AGHOOBNEZHAD



تفاوت‌های DSM-IV-TR و DSM5 در اختلال‌های افسردگی را بگویید:

- اختلال‌های افسردگی در DSM-IV-TR، در طبقه اختلال‌های خلقی و در دسته اختلال‌های یک خلق قرار داشتند، اما در DSM5، در طبقه‌ای مجزا با عنوان افسردگی و اختلال‌های مرتبط قرار گرفته‌اند.
 - افزودن اختلال نامنظمی خلقی اخلاگر به DSM5
-

ملاک‌های اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر در DSM-5

- ملاک A.** طغیان‌های خشم مکرر و شدید کلامی یا رفتاری (پر خاشگری جسمانی به افراد یا اموال از نظر شدت یا مدت بی‌تناسب با موقعیت)
- ملاک B.** طغیان‌ها با سطح رشد ناهماهنگ هستند.
- ملاک C.** طغیانها به‌طور متوسط سه بار یا بیشتر در هفته رخ می‌دهند.
- ملاک D.** خلق مابین طغیان‌های خشم در عمده بخش روز تقریباً هر روز مداوم تحریک‌پذیر و برای دیگران (والدین ، معلمان ، همسالان) قابل مشاهده هستند.
- ملاک E.** این طغیان‌ها برای دوازده ماه یا بیشتر وجود داشته و در طول مدت سه ماه پیایی بدون نشانه نیستند.



ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی در DSM-5

- ملاک A. پنج یا تعداد بیشتری از نشانه‌ها در طول مدت دو هفته و انحراف از عملکرد قبلی.

نکته در میان نشانه‌های زیر حداقل یکی از نشانه‌ها:

الف) خلق افسرده

ب) فقدان علاقه یا لذت باید وجود داشته باشند.

خلق افسرده در بخش عمده روز تقریباً هر روز

الف) توسط گزارش ذهنی احساس غمگینی، پوچی ناامیدی



ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی در DSM-5

ب) طبق مشاهده دیگران (بیمناک به نظر می‌رسد) و در کودکان و نوجوانان به صورت خلق تحریک‌پذیر دیده می‌شود.

1. کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها در بخش عمده روز و تقریباً هر روز.
2. کاهش یا افزایش وزن (بیش از ۵٪ وزن) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز (ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار).
3. بی‌خوابی یا پرخوابی هر روز.
4. سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی هر روز قابل مشاهده نه صرفاً ذهنی.
5. خستگی یا فقدان انرژی هر روز.
6. حساس بی‌ارزشی یا احساس گناه.
7. کاهش توانایی فکر یا تمرکز کردن یا دودلی تقریباً هر روز (مشکل فکر کردن، تمرکز کردن، تصمیم گرفتن).
8. افکار مکرر مرگ (نه فقط ترس از مردن) اندیشه پردازی خودکشی بدون برنامه‌ریزی یا اقدام به خودکشی یا برنامه خاص برای دست‌زدن به خودکشی.



ملاک اختلال افسردگی مداوم در DSM-5

ملاک A. خلق افسرده در بخش عمده روز، بیشتر روزها با گزارش خود شخص یا مشاهده دیگران برای حداقل دو سال (در کودکان و نوجوانان توام با خلق تحریک‌پذیر حداقل برای یک سال).

ملاک B. در حالی که فرد افسرده است دو یا تعداد بیشتری از موارد زیر را نشان می‌دهد:

- | | | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------|
| ۱ کم‌اشتهایی یا پرخوری | ۲ بی‌خوابی یا پرخوری | ۳ انرژی کم یا خستگی |
| ۴ عزت نفس پایین | ۵ تمرکز ضعیف یا مشکل تصمیم‌گیری | ۶ احساس ناامیدی |

ملاک C. در طول دو سال (یا یک سال در کودک یا نوجوانان) فرد بیش از دو ماه بدون نشانه‌های A و B نبوده است.



ملاک‌های DSM-5 برای اختلال ملال پیش از قاعدگی

ملاک A. در اکثر چرخه‌های قاعدگی حداقل ۵ نشانه در هفته آخر قبل از شروع قاعدگی وجود داشته و در چند روز بعد از شروع قاعدگی بهبود یابد و هفته پس از قاعدگی حداقل یا ناپدید شود.
ملاک B. یکی یا تعداد بیشتری از نشانه‌های زیر وجود داشته باشد.

1. ناپایداری عاطفی (نوسانات خلقی، احساس غمگینی، گریه ناگهانی، حساسیت به طرد).
2. تحریک‌پذیری یا خشم محسوس یا افزایش تعارض‌های میان فردی.
3. خلق افسرده محسوس، احساس ناامیدی، افکار محکوم کردن خود.
4. اضطراب تنش محسوس یا احساس برانگیخته یا کفری بود



ملاک‌های DSM-5 برای اختلال ملال پیش از قاعدگی

ملاک C. یکی یا بیشتر از نشانه‌های زیر وجود داشته تا با نشانه‌های ملاک B ترکیب و در مجموع به پنج نشانه برسد.

1. کاهش علاقه به فعالیت‌های معمول (کار، تحصیل، دوستان، سرگرمی‌ها).
 2. مشکل ذهنی در تمرکز.
 3. رخوت، خستگی، فقدان انرژی محسوس.
 4. تغییر محسوس در اشتها، پرخوری یا اشتیاق به غذایی خاص.
 5. پر خوابی یا کم خوابی.
 6. احساس از توان افتادن یا کنترل نداشتن.
 7. نشانه‌های جسمانی نظیر التهاب یا ورم پستان، درد مفاصل یا عضله، احساس بادکردگی یا افزایش وزن
- توجه: نشانه‌ها در ملاک A-C باید در اغلب چرخه‌های قاعدگی یکسال قبل روی داده باشد.**



اختلال وسواس فکری- علمی در DSM-5

اختلال وسواس فکری - عملی

اختلال بد شکلی بدن

اختلال احتکار (ذخیره کردن)

اختلال کندن مو

اختلال کندن پوست



معیارهای اختلال وسواسی - اجباری (OCD) در DSM-5

- ملاک **A**. حضور وسواس‌ها (افکار وسواسی)، اجبارها (رفتارهای وسواسی) یا هر دو
- ملاک **B**. وسواس‌ها یا اجبارها وقت‌گیر هستند.
- ملاک **C**. نشانه‌های وسواسی اجباری را نمی‌توان به تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده مانند مواد مخدر، روان‌گردان یا داروهای تجویزی یا یک عارضه‌ی پزشکی نسبت داد.



معیارهای اختلال وسواسی - اجباری (OCD) در DSM-5

اسپسیفایر (مشخص کننده):

- به همراه بینش خوب یا کافی: فرد می‌داند که باورهای OCD او احتمالاً یا قطعاً واقعیت ندارند یا این که شاید واقعی باشند یا واقعی نباشند.
- به همراه بینش ضعیف: فرد فکر می‌کند که باورهای OCD او احتمالاً واقعی هستند.
- به همراه عدم بینش: فرد کاملاً مطمئن است که باورهای OCD او واقعی هستند.
- مرتبط با تیک: فرد هم‌اکنون یک اختلال تیک مزمن دارد یا در گذشته داشته است.



وسواس فکری درواقع، افکاری و یا تصوراتی تکرارشونده، مزاحم و ناخواسته هستند که باعث ناراحتی و اضطراب می گردند و فرد مبتلا سعی می کند از آنها خلاص شود.

نکته: ویژگی های ضروری برای تشخیص وسواس های فکری:

- ❖ افکار، تکانه ها و یا تصاویر ذهنی مکرر و پایدار که در برخی از مواقع به صورت مزاحم تجربه شده و موجب **اضطراب محسوس** می گردند.
- ❖ این افکار صرفاً نگرانی های مفرط درباره **مشکلات واقعی زندگی نیستند**.
- ❖ فرد سعی می کند با ترک یا عمل دیگر آنها را نادیده بگیرد و یا متوقف کند.
- ❖ **فرد تشخیص می دهد** که این افکار حاصل ذهن خودش هستند (درحالی که فرد مبتلا به اسکیزوفرنی گمان می کند این افکار از بیرون به وی تحمیل شده اند).



وسواس عملی (جبری)

وسواس‌های عملی یا جبری، رفتارهای تکراری هستند که فرد احساس می‌کند **مجبور است** آن را انجام دهد. این رفتارهای تکراری به منظور **جلوگیری یا کاهش اضطراب** ناشی از وسواس‌ها و یا جلوگیری از اتفاق چیزهای بد است. مهمترین وسواس‌های رفتاری به چک کردن و شستن افراطی ربط داده شده است.

نکته:

تفاوت افکار وسواسی و رفتارهای وسواسی:
افکار وسواسی رنج آور و ناراحت کننده هستند و فرد را در معرض اضطراب قرار می‌دهند درحالی که رفتارهای وسواسی (اجبارها)، معمولاً آرامبخش و تسکین دهنده هستند.



معیارهای اختلال بدشکلی بدن در DSM5

مبتلایان به اختلال بدریخت انگاری بدن که در گذشته هراس از بدریختی نامیده می‌شد، **مشغولیت ذهنی با یک یا چند نقص یا عیب تصویری در ظاهرشان دارند** که بر اساس آن‌ها، زشت، غیرجذاب، ناهنجار و یا بدشکل به نظر می‌رسند. این عیب‌ها و نقص‌ها از دید دیگران، **نامحسوس و یا جزئی** است.

اختلال بدریخت انگاری بدن بطور شایعی همراه با دیگر اختلالات روانی دیده می‌شود (۹۰ درصد مبتلا به افسردگی اساسی، ۷۰ درصد اختلال اضطرابی به ویژه هراس اجتماعی، ۳۰ درصد نوعی اختلال سایکوتیک).



اختلال احتکار یا اختلال انبار کردن

اختلال احتکار در DSM-IV-TR وجود نداشت اما در DSM5 یک طبقه تشخیصی مجزا به آن اختصاص داده شده است.

- افراد مبتلا به اختلال احتکار، به طور افراطی اشیاء و اموال را گردآوری می کنند.
- آن ها نمی توانند یا نمی خواهند انبوهی از چیزهای بی ارزش و بی فایده را دور بیندازند.
- اختلال احتکار می تواند زمینه ساز بیماری های جسمی، پایین آمدن کیفیت عملکرد در بخش های گوناگون زندگی، فشار مالی و اقتصادی شود. اختلال احتکار بر روی روابط میان فردی به ویژه با اعضای خانواده تأثیر منفی می گذارد و فرد را از خانواده و دوستان دور می کند.



معیارهای DSM 5 برای اختلال مو کردن یا تریکوتیلومانیا

- **ملاک A.** فرد همیشه موهای خود را می‌کند تا جایی که بخشی از سر او بدون مو یا کچل می‌شود.
- **ملاک B.** فرد بارها و بارها برای کاهش یا جلوگیری از کردن مو تلاش کرده است ولی با شکست روبه‌رو شده است.
- **ملاک C.** مو کردن به نابسامانی شدید و رنج شخصی در عملکرد اجتماعی، شغلی و دیگر جنبه‌های مهم زندگی فرد بیانجامد.
- **ملاک C.** مو کردن با یک بیماری پزشکی عمومی توجیه‌شدنی نباشد. برای نمونه این کردن مو نباید به خاطر نوعی بیماری پوستی باشد.
- **ملاک E.** مو کردن با اختلال روانی دیگری توجیه‌پذیر نباشد. برای نمونه کردن مو به دلیل اختلال بادی دیسمورفیک نباشد.



معیارهای برای تشخیص اختلال پوست کردن در DSM 5

- ملاک A. فرد همیشه پوست خود را می‌کند تا جایی که به زخم شدن می‌انجامد.
- ملاک B. فرد همیشه برای کاهش و جلوگیری از پوست کردن تلاش کرده است.
- ملاک C. پوست کردن نمی‌تواند با یک بیماری جسمانی و عارضه‌ی پزشکی (مانند گال) یا مصرف ماده (مواد مخدر مانند کوکائین) توجیه شود.
- ملاک D. کردن پوست با اختلال روانی دیگری توجیه‌شدنی نباشد. پس اگر اختلال روانی دیگری دلیل بهتری برای پوست کردن باشد



اختلال‌های مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا

اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا در DSM5

اختلال دل‌بستگی واکنشی
اختلال آمیختگی اجتماعی بازدارنده
اختلال استرس پس از سانحه
اختلال استرس حاد
اختلالات سازگاری
اختلالات مرتبط با آسیب مشخص دیگر
اختلال‌های استرس‌زا و آسیب‌زا نامشخص

اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا



تفاوت اختلال های آسیب و عوامل استرس زا در DSM-IV-TR و DSM5

اختلال های مرتبط با آسیب که دربرگیرنده اختلال هایی هستند که به خاطر یک تجربه آسیب زا رخ داده اند در DSM-VI-TR، در طبقه اختلال های اضطرابی قرار داشتند، با این حال این اختلال ها در DSM5، در یک طبقه مجزا قرار گرفته اند.



ملاک های تشخیص اختلال دل بستگی واکنشی در DSM5

ملاک A. الگوی مداوم رفتار بازداری شده، از لحاظ هیجانی کناره گیر نسبت به مراقبت کنندگان بزرگسال

ملاک B. اختلال اجتماعی و هیجانی مداوم

ملاک C. کودک الگوی مراقبت ناکافی مفرط را تجربه کرده



ملاک‌های تشخیص اختلال دل‌بستگی واکنشی در DSM5

- ملاک A. ملاک A. الگوی مداوم رفتار بازداری شده، از لحاظ هیجانی کناره گیر نسبت به مراقبت‌کنندگان بزرگسال
- ملاک B. اختلال اجتماعی و هیجانی مداوم
- ملاک C. کودک الگوی مراقبت ناکافی مفرط را تجربه کرده



معیارهای اختلال استرس پس از سانحه در DSM 5

- ملاک A. قرار گرفتن در معرض مرگ یا تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی
- ملاک B. حضور یک یا چند نشانه از نشانه‌های زیر در رابطه با نفوذ یا ورود افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به رویدادهای تروماتیک که پس از رخ دادن آنها آغاز شده‌اند.
- ملاک C. فرد همیشه از محرک‌هایی که با رویدادهای تروماتیک تداعی شده‌اند خودداری می‌کند. این خودداری کردن پس از رخ دادن رویداد تروماتیک آغاز شده‌اند.



- ملاک D. در شناختها (فعالیت‌های فکری و ذهنی) و در مود یا خلق فرد، تغییراتی منفی و مرتبط با رویدادهای تروماتیک ایجاد می‌شود که بعد از وقوع رویدادهای تروماتیک آغاز می‌شوند.
- ملاک E. در برانگیختگی و شیوهی واکنش فرد تغییراتی پدید آمده که با رویدادهای تروماتیک مرتبط است.
- ملاک F. مدت ناراحتی‌های معیارهای B, C, D, E بیش از یک ماه است.



اختلال استرس حاد

- در ملاک‌های تشخیصی PTSD، مشخصاً ذکر شده است که علائم تجربه مجدد، اجتناب، و افزایش انگیختگی باید حداقل یک ماه طول کشیده باشد. در مورد بیماران که علائمشان کمتر از یک ماه طول می‌کشد، تشخیص مناسب می‌تواند اختلال استرس حاد باشد.
- به عبارت دیگر اگر نشانه‌های PTSD، بین ۲ روز تا ۴ هفته طول بکشند، اختلال استرس حاد نشانه‌گذاری خواهد شد.



اختلالات سازگاری

- اختلال سازگاری واکنش غیرانطباقی نسبت به یک یا چند عامل استرس‌زای روانی، اجتماعی است که در ضمن ۳ ماه پس از ظاهر شدن عامل تنش‌زا (استرس‌زا) پدید می‌آید.
- اختلال سازگاری یک واکنش بیمارگونه در مقابل چیزی است که شخص عادی ممکن است آن را «بدشانسی» بنامد. عامل تنش‌زا می‌تواند بسیار جزئی باشد ولی فرد دچار مشکلاتی (از قبیل مشکلات خواب، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، عصبی-بودن، خستگی، اضطراب، از دست‌دادن تمرکز و منزوی شدن، عصبی‌بودن شدید، نگرانی و ناتوانی از حضور در سر کار، مدرسه یا بودن در کنار دیگران) می‌شود.
- در تشخیص باید دقت کرد فرد بیماری روانی دیگری نداشته باشد. معمولاً چون بیماری گذرا است بدون درمان در طی چند ماه بهبود می‌یابد.



ساختار شاخه‌ای: اختلالات تجزیه‌ای (گسستی) در DSM-5



تفاوت اختلال تجزیه‌ای در DSM-IV-TR و DSM5

➤ در DSM-IV-TR در طبقه اختلال‌های تجزیه‌ای، اختلالی با عنوان فرار تجزیه‌ای (گریز روانزاد) وجود دارد که در DSM5 در اختلال تجزیه هویتی ادغام شده است.



اختلال چند شخصیتی (اختلال هویت تجزیه‌ای یا اختلال شخصیت چندگانه)

- اختلال چندشخصیتی (هویت تجزیه‌ای) که قبلاً اختلال شخصیت چندگانه نامیده می‌شد، نوعی اختلال تجزیه‌ای است که به موجب آن، بیمار دو یا تعداد بیشتری هویت (شخصیت) مجزا را آشکار می‌سازد؛ که به طریقی برای کنترل کردن رفتار، جانشین یکدیگر می‌شوند.
- به نظر می‌رسد که هر هویت (شخصیت) در این اختلال، سابقه شخصی، خودانگاره و نام متفاوتی دارد. در اکثر موارد، یک هویت غالباً درگیر می‌شود و اسم واقعی فرد را روی خود دارد، که هویت مجری است و سایر هویت‌ها، هویت‌های فرعی هستند.



معیارهای اختلال مسخ شخصیت/واقعیت در DSM5

ملاک A. وجود تجربه مکرر و مداوم از مسخ شخصیت، مسخ واقعیت یا هردو.

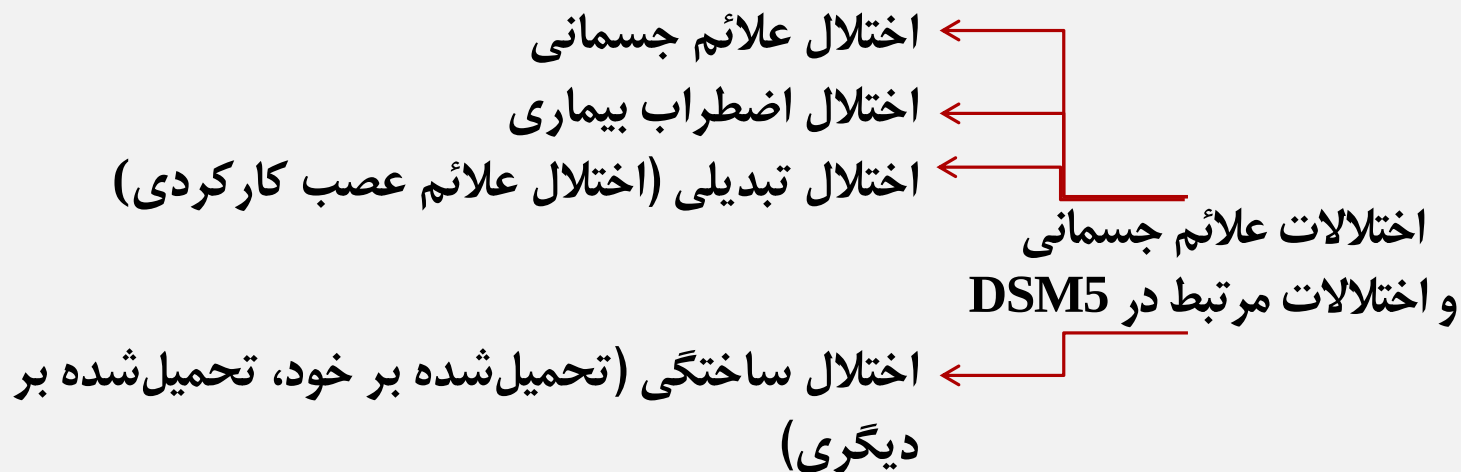
1. مسخ شخصیت: تجاربی از احساس غیرواقعی بودن و جدایی از خود، یا اینکه فرد به عنوان یک ناظر خارجی افکار، احساسات، هیجانات بدن یا فعالیت‌های خود را مشاهده می‌کند.

2. مسخ واقعیت: تجارب غیرواقعی بودن و جدا شدن از محیط اطراف. مثلاً افراد یا اشیا غیرواقعی به نظر می‌رسند.

ملاک B. علائم باعث ناراحتی بالینی قابل توجه یا اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی می‌شود.



اختلالات علائم جسمانی و اختلالات مرتبط در DSM5



اختلال علائم جسمانی

- مشخصه اصلی این اختلال، اشتغال ذهنی با یک یا چند علامت جسمی است که به شدت ناراحت کننده هستند و یا زندگی روزمره را به شدت مختل می سازند.
- مبتلایان به اختلال علائم جسمی به طور معمول علائم جسمی شایع و متعددی مانند درد موضعی، احساس خستگی، یا را دارند که عموماً بیان کننده بیماری جدی نبوده ولی برای فرد ناراحت کننده می باشد و در روند طبیعی زندگی روزمره آنان اثر می گذارد.
- رنج فرد مبتلا به این اختلال چه از نظر پزشکی قابل توضیح باشد یا نباشد، واقعی است.
- اختلال علائم جسمی معمولاً همراه یک بیماری طبی واقعی می باشد به طور مثال ممکن است فردی بعد از یک سکته قلبی بدون عارضه به خاطر اختلال علائم جسمی به شدت ناتوان شود، حتی اگر خود سکته قلبی منجر به ناتوانی او نشده باشد.



معیارهای DSM-5 برای اختلال اضطراب بیماری

- **ملاک A.** اشتغال ذهنی درباره مبتلا بودن یا مبتلا شدن به یک بیماری خطرناک.
- **ملاک B.** هیچ‌گونه سمپتوم سوماتیک وجود ندارد یا اگر وجود دارد شدت آن بسیار اندک است. اگر یک عارضه پزشکی دیگر وجود داشته باشد یا احتمال به‌وجود آمدن یک عارضه پزشکی بسیار زیاد باشد (مثال، سابقه بیماری در بسیاری از اعضای خانواده) اشتغال ذهنی فرد به‌طور آشکار افراطی یا نامتناسب با شدت بیماری یا احتمال آن است.
- **ملاک C.** فرد درباره سلامت خود به شدت اضطراب دارد (سطح بالای اضطراب درباره سلامت) و به آسانی درباره سلامت خود نگران می‌شود (آستانه پایین برای نگران شدن درباره سلامت).
- **ملاک D.** رفتارهای فرد در رابطه با سلامت بسیار افراطی هستند (مثلاً، به‌طور مکرر بدن خود را چک می‌کند تا در آن علائم بیماری بیابد)، یا رفتارهای اجتنابی ناسازگارانه نشان می‌دهد (مثلاً، از دکتر و بیمارستان گریزان است).
- **ملاک E.** اشتغال ذهنی درباره بیماری حداقل شش ماه حضور داشته‌اسن، اما خودِ بیماری مورد نگرانی ممکن است در این مدت عوض شده باشد.



ملاک‌های تشخیص اختلال علائم عصب کارکردی (تبدیلی) در DSM5

- ملاک A. وجود یک یا چند علامت حرکتی یا کارکردی حسی که به صورت عمدی تغییر یافته است.
- ملاک B. شواهد بالینی بیانگر ناهمخوانی علائم و بیماری‌های عصبی یا جسمی است (با عارضه جسمی و بیماری‌های عصبی شناخته شده مطابقت ندارد).
- ملاک C. اختلال جسمی یا روانی دیگری توجیهی بهتر برای نشانگان نمی‌باشند.
- ملاک D. نشانگان یا نواقص بیمار، موجب پریشانی یا اختلال بالینی قابل توجه در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم شده یا لزوم ارزیابی جسمانی را توجیه می‌نماید.



ملاک‌های تشخیص اختلال ساختگی در DSM5

اختلال ساختگی تحمیل شده به خود

- **ملاک A.** فرد نشانه‌ها یا علائم فیزیکی یا روان‌شناختی را به دروغ نشان می‌دهد، یا عمدتاً خودش را به جراحت، آسیب یا بیماری دچار می‌کند و همه این کارها را مشخصاً با هدف فریب دادن دیگران انجام می‌دهد.
- **ملاک B.** فرد خودش را به دیگران به‌عنوان فردی بیمار، معلول جسمی یا مجروح معرفی می‌کند.
- **ملاک C.** رفتارهای فریبکارانه فرد، حتی هنگامی که پاداش‌های بیرونی آشکاری وجود ندارند، به وضوح مشخص هستند.
- **ملاک D.** یک اختلال روانی دیگر (مثلاً، اختلال هذیانی، یا یک اختلال پسیکوتیک دیگر) نمی‌تواند توضیح بهتری برای این رفتار باشد.



ملاک‌های تشخیص اختلال ساختگی در DSM5

- اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگران
- **ملاک A.** فرد یک نفر دیگر را به دروغ به سمپتوم‌ها یا علائم فیزیکی یا پسیکولوژیک نشان می‌دهد، یا عمداً او را دچار جراحت، آسیب یا بیماری می‌کند، و همه این کارها با هدف فریب دادن دیگران انجام می‌دهد.
- **ملاک B.** فرد یک نفر دیگر (قربانی) را به دیگران به عنوان بیمار، معلول جسمی یا مجروح معرفی می‌کند.
- **ملاک C.** رفتارهای فریبکارانه فرد حتی هنگامی که پاداش‌های بیرونی آشکاری وجود ندارند، به وضوح مشخص هستند.
- **ملاک D.** یک اختلال روانی دیگر (مثلاً، اختلال هذیانی، یا یک اختلال پسیکوتیک دیگر) نمی‌تواند توضیح بهتری برای این رفتار باشد.
- **ملاک E.** فرد خاطی مبتلا به اختلال ساختگی تشخیص داده می‌شود نه فرد قربانی.



