

آسیب شناسی روانی

دکتر ساجد یعقوب نژاد

عضو هیات علمی دانشگاه

دارای پروانه اشتغال تخصصی از سازمان نظام روانشناسی



اختلال روانی چیست؟

DSM، اختلال روانی را الگویا 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.

اختلال روانی



فرایند چیش اختلال های روانشناختی در DSM5-TR

اختلال های عصبی رشدی

اختلال های طیف اسکیزوفرنی

اختلال های دوقطبی

اختلال های افسردگی

اختلال های اضطرابی

اختلال های وسواسی



Sajed.yaghoobnezhad



Dryaghoobnezhad@97



دکتر ساجد یعقوب نژاد



Sajed.yaghoobnezhad



Dryaghoobnezhad@97



دکتر ساجد یعقوب نژاد

اختلال های تروماتیک

اختلال های تجزیه ای

اختلال های علائم جسمانی

اختلال های تغذیه و خوردن

اختلال های دفع

اختلال های خواب و بیداری



Sajed.yaghoobnezhad



Dryaghoobnezhad@97



دکتر ساجد یعقوب نژاد

اختلال های جنسی



اختلال های اخلاکگر، کنترل تکانه و سلوک



اختلال های مرتبط با سوء مصرف مواد و دارو



اختلال های عصبی شناختی



اختلال های شخصیت

فرایند چینش اختلال های روانشناختی در DSM5

اختلال های عصبی رشدی

اختلال های طیف اسکیزوفرنی

اختلال های دوقطبی

اختلال های افسردگی

اختلال های اضطرابی

اختلال های وسواسی

فرایند چینش اختلال های روانشناختی در DSM5

اختلال های تروماتیک

اختلال های تجزیه ای

اختلال های علائم جسمانی

اختلال های تغذیه و خوردن

اختلال های دفع

اختلال های خواب و بیداری

فرایند چینش اختلال های روانشناختی در DSM5

اختلال های جنسی

اختلال های اخلاقگر، کنترل تکانه و سلوک

اختلال های مرتبط با سوء مصرف مواد و دارو

اختلال های عصبی شناختی

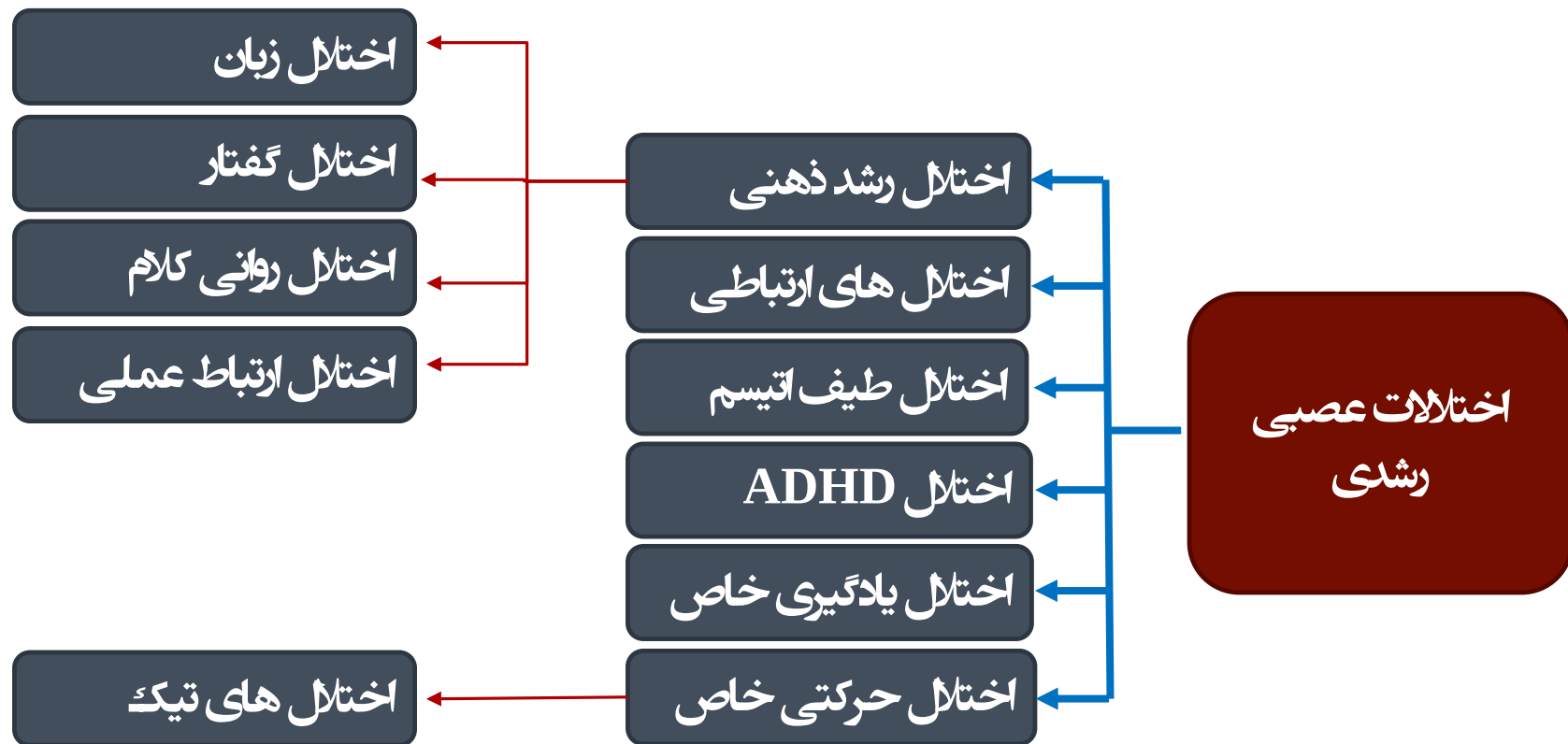
اختلال های شخصیت

DSM5

اختلالات عصبی رشی



ساختار شاخه‌ای اختلالات عصبی رشدی در DSM-5-TR



اصطلاح DSM5-TR:

اختلال رشد ذهنی



کم‌توانی ذهنی در DSM-5-TR

در DSM-5-TR به جای اصطلاح **کم‌توانی** ذهنی (**Intellectual Disability**) از اصطلاح **اختلال رشد ذهنی (Intellectual Developmental Disorders)** استفاده می‌شود.

اختلال رشد فکری (ناتوانی ذهنی) اختلالی است که در طول دوره رشد شروع می‌شود و شامل نقص عملکرد فکری و انطباقی در حوزه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی می‌شود. برای تشخیص سه معیار زیر باید رعایت شود:



معیارهای کم‌توانی ذهنی در DSM-5-TR

الف. **نقص در کارکردهای ذهنی**، مانند استدلال، حل مسئله، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی، و یادگیری از تجربه، که هم توسط ارزیابی بالینی و هم با تست هوش فردی و استاندارد تایید شده است.

ب- نقص در عملکرد سازشی که منجر به عدم رعایت استانداردهای رشدی و اجتماعی فرهنگی برای استقلال فردی و مسئولیت اجتماعی می شود.

ج. شروع نقص های ذهنی و سازگاری در طول دوره رشد.

معیارهای اختلال
رشد ذهنی



تست بنزیم ۱

دکتری وزارت بهداشت ۹۸: یکی از ملاک‌های تشخیص ناتوانی عقلانی در DSM5 شروع کمبودهای عقلانی و انطباقی در طول رشد است که طبق این ملاک باید کمبودها در چه زمانی وجود داشته باشد؟

1. در طول دوره کودکی یا نوجوانی
2. در ۵ سال اول زندگی
3. قبل از نوجوانی
4. در دو سال اول زندگی



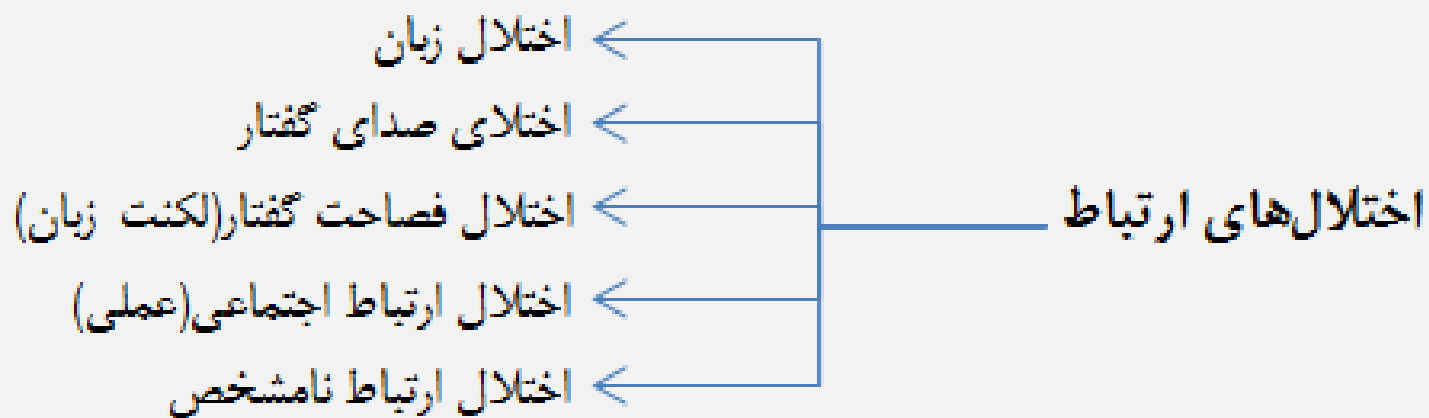
اختلال تاخیر کلی رشد در DSM-5

این تشخیص وقتی **برای افراد زیر ۵ سال** به کار می رود که **شدت بالینی** **علائم** به شکلی معتبر در اوایل کودکی **قابل سنجش نیست**.

از این طبقه تشخیصی وقتی استفاده می شود که فرد به شاخص های رشدی مورد انتظار در چند حوزه عملکرد هوشی نرسیده است و برای کودکانی کاربرد دارد که قادر به انجام ارزیابی جامع عملکرد هوشی نیستند مانند کودکانی که خیلی کوچک هستند (قادر به انجام آزمون ها نیستند). این طبقه تشخیصی را باید پس از گذشت چند سال مجدداً مورد بازبینی قرار داد.



اختلال‌های ارتباطی



اختلال‌های زبان

تعریف زبان و مولفه‌های آن

اختلال‌زبان شامل، مشکلاتی در فهم و کاربرد زبان در ارتباط است، البته بدون در نظر گرفتن نظام سامانه نمادی (گفتاری، نوشتاری و ...) که ممکن است در مؤلفه‌های: شکل زبان (واج‌شناسی، تکواژشناسی، نحو)، بافت زبان (معناشناسی) و یا کارکرد زبان در ارتباط (کاربردشناسی) رخ دهد.

باید دقت نمود که اختلال‌های زبان برای بسیاری از ناتوانی‌ها مانند کم‌توانی ذهنی، آسیب‌شنوایی، آسیب‌بینایی، ناتوانی چندگانه، یک مشکل پایه‌ای محسوب می‌شود.



معیارهای اختلال زبان در DSM-5

کاهش دایره لغات
محدودیت جمله سازی
نارسایی در سخن گفتن

ملاک A. اشکالات مداوم در فراگیری یا استفاده از زبان به اشکال گوناگون

ملاک B. توانمندی‌های زبانی به شکلی قابل توجه و قابل اندازه‌گیری کمتر از حد مورد انتظار برای سن فرد است و سبب محدودیت‌های عملکردی در یک یا چند مورد زیر است: برقراری ارتباطات موثر، مشارکت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی یا کارکرد شغلی.

ملاک C. شروع علائم در اوایل دوران رشد.

معیارهای
اختلال زبان



انواع اختلال های زبان

انواع اختلال های زبان

- **تاخیر در رشد زبان:**
کودک در رسیدن به مراحل طبیعی رشد زبان تأخیر دارد.
- **اختلال زبان بیانی (آفازی بروکا) (آفازی حرکتی):**
اختلال در بیان زبان به دنبال آسیب مغزی.
- **اختلال در زبان دریافتی (آفازی ورنیکه):**
فرد قادر به درک و فهم آنچه می شنوند نیست.



تست بنزیم ۲

دکتری ۹۴: کدام عبارت در مورد مفهوم زبان پریشی مناسب است؟

1. بیان ناقص به علت اختلال های کنترل عضلاتی
2. ناتوانی در تولید اصوات گفتاری که نیاز استفاده از حنجره دارد و ناشی از آسیب دیدگی دستگاه عصبی مرکزی نیست.
3. گفتار و یا تفکری که اساسا برای دیگران قابل فهم است، زیرا واژه ها یا عبارت ها بدون پیوند منطقی یا معنادار کنار هم قرار می گیرند.
4. اختلال در فهم یا انتقال اندیشه به وسیله زبان به هریک از شکل های آن که از آسیب یا بیماری مراکز مغزی مربوط ناشی می شود.

اختلال صدای گفتار

(اختلال آواهای گفتاری، اختلال فونولوژیک، اختلال هجی کردن)

تولید صدای گفتار، طرز بیان روشن واج‌ها (یعنی صداها یا تکی) را توصیف می‌کند که وقتی با هم ترکیب می‌شوند، کلمات گفتاری را تشکیل می‌دهند.

کودکان مبتلا به مشکلات تولید گفتار ممکن است در رابطه با دانش واج-شناختی صداها یا گفتار یا توانایی هماهنگ کردن حرکات برای گفتار، به درجات مختلف دچار شوند.



معیارهای اختلال صدای گفتار

• ملاء A. مشکل مداوم در تولید صدای گفتار که در مفهوم بودن گفتار اختلال ایجاد کرده یا از ارتباط کلامی پیام ها جلوگیری می کند.

• ملاء B. این اختلال محدودیت هایی را در ارتباط موثر ایجاد می کند که مشارکت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، یا عملکرد شغلی را به صورت فردی یا در هر گونه پیوند، مختل می کند.

• ملاء C. شروع نشانه ها در اوایل دوره رشد است.

تست بزرگ ۲

دکتری ۹۳: کدام عبارت، بیانگر اختلال واج شناختی است؟

1. اختلال در سیالی عادی و الگوی زمانی گفتار که با سن فرد تناسب ندارد.
2. ناتوانی در تلفظ اصوات گفتاری مورد انتظار و متناسب با سن و زبان محلی
3. نمره‌های به دست آمده از مجموعه‌ی آزمون‌های استاندارد شده‌ی فردی برای اندازه‌گیری رشد زبان دریافتی و بیانی به میزان قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از نمره‌هایی است که از آزمون‌های استاندارد ذهن غیرکلامی به دست آمده است.
4. رشد به ظاهر بهنجار برای حداقل دو سال نسخت زندگی که با ارتباط کلامی و غیرکلامی، روابط اجتماعی، باری و رفتار انطباقی متناسب با سن فرد مشخص می‌شود.



ملاک‌های تشخیصی لکنت زبان یا اختلال فصاحت گفتار در DSM5

- ملاک A. اختلالات در فصاحت عادی و الگوی زمانی گفتار که با سن و مهارت-های زبان فرد تناسب ندارند، با گذشت زمان ادامه می‌یابند، و با وقوع مکرر و محسوس یک (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر مشخص می‌شوند:

1. تکرارهای صدا (اصوات) و هجا (سیلاب)
2. طولانی کردن صدای حروف صدا دار و بی صدا
3. کلمات بریده بریده (مثل مکث‌های داخل کلمه).
4. وقفه‌های قابل شنیدن یا ساکت (مکث‌های کامل شده یا ناکامل در گفتار).
5. درازگویی‌ها (جایگزین کردن کلمه برای اجتناب از کلمات مشکل آفرین).
6. تکرارهای کلمه تک هجایی (مثل «من-من-من-من اومی بینم»)
7. کلمات را با فشار زیاد ادا می‌کند.



تست بنزیم ۴

کانون اصلی مشکل لکنت زبان کدام است؟

1. کنش اجرایی زبان
2. کنش دستگاه گویایی
3. کنش بیانی زبان
4. کنش نظم دهنده زبان

ساجد یعقوب نژاد



• لکنت کلونیک یا حالت تکراری در بیان کلمه

کودک یک سیلاب از کلمه‌ای را (که معمولاً اولین سیلاب کلمه) با سرعت و تشنج تکرار می‌کند. مثلاً کلمه پدر را چنین بیان می‌کند: پ پ پ پدر.

انواع لکنت

• لکنت تونیک یا توقف در تلفظ

فعالیت عضلات تلفظی چند ثانیه توقف و سکون بوجود می‌آید و کودک دچار وقفه در تلفظ و ادای کلمه همراه با فشار، کوشش و حرکات خاصی است.

کودک مبتلا به این لکنت برای ادای کلمه شدیداً به خودش فشار می‌آورد و پس از لحظاتی سکون بطور ناگهانی و با تشنج کلمه را ادا می‌کند.



اختلال ارتباط اجتماعی (کارکردی)

- یک تشخیص جدید در طبقه اختلالات ارتباطی DSM5 می باشد.

چون ارتباط اجتماعی (عملی) به پیشرفت رشدی مناسب در گفتار و زبان بستگی دارد، تشخیص اختلال ارتباط اجتماعی (عملی) در کودکان زیر ۴ سال نادر است.



ملاک A. مشکلات مداوم در استفاده اجتماعی ارتباط کلامی و غیر کلامی به صورتی که با تمام موارد زیر آشکار می شوند:

1. کمبودهایی در استفاده از ارتباط برای مقاصد اجتماعی

2. اختلال در توانایی تغییر دادن ارتباط برای جور شدن با موقعیت یا نیازهای شنونده

3. مشکلاتی در رابطه با پیروی کردن از قواعد برای گفتگو یا داستان سرایی

4. مشکلاتی در رابطه با فهمیدن آنچه به صورت آشکار بیان شده است (مثل ارجاع ها) و معانی مبهم زبان (مثل اصطلاحات، شوخی و استعاره ها) که برای تعبیر به زمینه بستگی دارند.

معیارهای اختلال
ارتباط اجتماعی
(کارکردی)





اختلال طیف اوتیسم

تفاوت های DSM-IV-TR و DSM5

اوتیسم

- نشانه شناسی
- علت شناسی
- درمان



اختلال اوتیسم (AUTISM) (درخودماندگی) (اوتیسم کانرز)

- اوتیسم در لغت به معنای در خود فرو رفته است.
- علامت اساسی اختلال اوتیسم **محدودیت در تعاملات و ارتباطات اجتماعی و فعالیت‌ها و علایق محدود شده است**؛ در واقع این کودکان تمایلی برای برقراری ارتباط ندارند و به محیط اطراف به ظاهری بی توجه هستند و چنانچه در سنین بالا این نیاز را در خود احساس نمایند شیوه برقراری ارتباط را نمی دانند و یا در حفظ و هدایت ارتباط به مشکل بر خواهند خورد.

نکته: اصطلاح اوتیسم برای نخستین بار توسط کانر با نام اوتیسم دوران شیرخواری (درخودماندگی شیرخوارگی) به کار برده شد. کانر معتقد بود این کودکان به اشتباه در گروه‌های کم‌توان ذهنی و اسکیزوفرنی طبقه‌بندی می‌شوند.

نکته: بسیاری از والدین کودکان اوتیسم قبل از تشخیص گمان می‌کنند که کودکان ناشنا هستند.

❖ آسیب در تعامل اجتماعی؛ مهمترین نشانه

آسیب به نوروں های آینه ای

اشکال در توجه اشتراکی

نقص در نظریه ذهن

نقص در تعامل اجتماعی



ملاک‌های تشخیصی اختلال اوتیسم

ملاک الف. رشد نابهنجار یا تخریب شده قبل از ۳ سالگی حداقل در یکی از زمینه‌های زیر آشکار است:

- ❖ رشد نابهنجار وابستگی اجتماعی انتخابی یا تعامل اجتماعی متقابل
- ❖ مشکلات ارتباطی و نقص در زبان دریافتی و بیانی.
- ❖ الگوهای محدود، تکراری و کلیشه‌ای رفتار، علایق و فعالیت‌ها.

ملاک ب. ۶ علامت از موارد او ۲ و ۳ باید وجود داشته باشد که اغلب در از زمینه‌های زیر آشکار است.



• ناتوانی در استفاده کافی از تماس چشمی، حالت چهره، حالت اندام و ژست، برای تنظیم تعامل اجتماعی

• ناتوانی در برقراری روابط یا همسالان (به‌گونه‌ای متناسب با سن عقلی و علی‌رغم فرصت کافی) که شامل مشارکت متقابل در علایق و هیجانات و فعالیت‌ها است.

• فقدان تعامل اجتماعی - هیجانی به‌گونه‌ای که با پاسخ نامشخص یا منحرف نسبت به هیجانات افراد دیگر ابراز می‌شود.

• فقدان تعدیل رفتار مطابق زمینه اجتماعی یا ضعف همبستگی رفتارهای اجتماعی هیجانی و ارتباطی.

• فقدان تلاش خودانگیخته برای مشارکت در لذات، علایق یا پیشرفت با دیگران

آسیب در تعامل
اجتماعی

- تأخیر یا فقدان کامل رشد زبان کلامی که با اقدام به جبران از طریق کاربرد ادا و اطوار حالات چهره به عنوان جانشین برقراری رابطه همراه نیست.
- ناتوانی نسبی در شروع یا حفظ تبادله مکالمه‌ای.
- کاربرد کلیشه‌ای یا تکراری زبان یا استفاده ویژه از کلمات و عبارات (زبان استعاره‌ای)
- فقدان بازی‌های خودانگیزی و انمودی یا (اگر بچه کوچکتر است) بازی تقلیدی اجتماعی

مشکلات ارتباطی
و نقص در زبان
دریافتی و بیانی.

نکته: در کودکان مبتلا به اوتیسم اختلال در جنبه عملی زبان (کارکرد اجتماعی زبان) اغلب به شکل ناتوانی در تلفیق واژه‌ها با حرکات بیانگر، فهم شوخی یا جنبه‌های مجاری گفتار مانند طعنه یا معنای ضمنی آشکار می‌شود.



الگوهای محدود،
تکراری و کلیشه‌ای رفتار،
علائق و فعالیت‌ها

- اشتغال ذهنی قالب توسط یک یا چند الگوی کلیشه‌ای و محدود
- چسبیدن به اعمال یا تشریفات جبری ظاهراً غیر کاربردی و خاص.

- ادا و اطوار کلیشه‌ای و تکراری دست‌ها و انگشتان به صورت چسباندن و بال زدن و یا حرکات پیچیده کل بدن.

- اشتغال ذهنی با بخشی از اشیاء یا اجزای غیر کاربردی ابزار بازی (نظیر بوی آن کیفیت سطح یا مبدا و ارتعاش حاصل از آن‌ها)

نکته: معمولی‌ترین حرکات قالبی و کلیشه‌ای در میان کودکان مبتلا به اوتیسم، جلو و عقب رفتن است.



تفاوت DSM5 و DSM-5-TR

به طور خاص، معیار A عبارت «همانطور که با موارد زیر آشکار می شود» را می توان به معنای «هر یک از موارد زیر» (یکی از سه) یا «همه موارد زیر» (سه از سه) تفسیر کرد. از آنجایی که هدف گروه کاری DSM-5 همیشه حفظ آستانه تشخیصی بالا با الزام هر سه بود، معیار A برای واضح تر بودن اصلاح شد: «همانطور که با همه موارد زیر آشکار می شود».



تست بنزیم ۴

دکتری ۹۶: نشانه بسیار مهم اولیه، اختلال اوتیسم در دو سال اول زندگی کدام است؟
۱. حرکات کلیشه ای ۲. رفتارهای تکراری ۳. طوطی صفتی ۴. نارسایی در توجه اشتراکی

تست بنزیم ۵

ارشد وزرات بهداشت ۹۷: چرا به نظر میرسد که در چشم کودکان اوتیسم دیگران مانند اشیا هستند؟
۱. مشکل توجه روابط انسانی
۲. دور بودن حافظه آنان از عاطفه
۳. عدم توانایی درک احساسات و افکار دیگران
۴. عدم تمایز بین موجودات جاندار و بی جان

تست بنزیم ۶

ارشد ۹۹: در کدام نظریه، فرض بر این است که افراد اتیستیک ضعف در پردازش کلی اطلاعات دارند و از یک سبک شناختی متفاوتی بهره می برند؟
۱. حافظه فعال ۲. نظریه ذهن ۳. انسجام مرکزی ۴. انعطاف پذیری ذهنی



علت‌شناسی اختلال اوتیسم

اختلال‌های طیف اوتیسم، به دلیل مشکلات عصب‌شناختی در مغز روی می‌دهد. باین حال با توجه به دامنه نشانه‌ها و سطوح شدت اختلال طیف اوتیسم، گمان منطقی است که علت عصب‌شناختی واحدی وجود نداشته باشد

عوامل زیستی

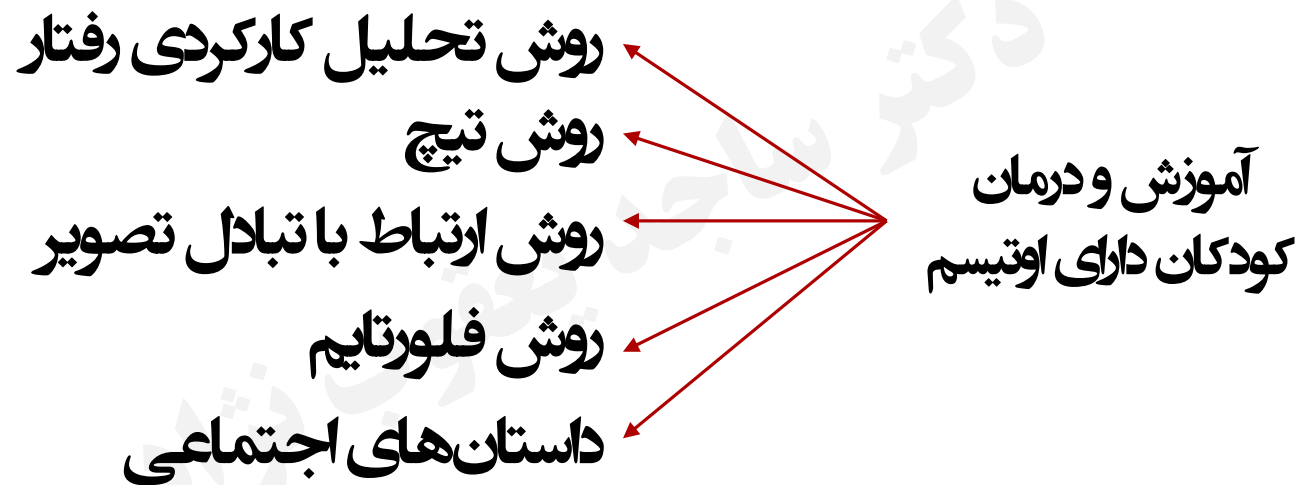
- سروتونین پلاسما، بالا می‌رود در عین حال متابولیت دوپامین در مایع مغزی نخاعی افزایش می‌یابد.
- در اختلال اتیسم، لوب گیجگاهی (تمپورال) دچار اختلال ساختاری و عملکردی است.
- علاوه بر این دستگاه دهلیزی گوش که به حفظ تعادل در فضا کمک می‌کند در اتیسم نقش احتمالی بازی می‌کند.

نکات مهم

نکته: برخی از افراد مبتلا به اختلال اوتیسم، نسبت به این موضوع که دچار اختلال هستند، آگاه می‌شوند. به این شرایط پیش‌آگاهی نسبت به اختلال اوتیسم می‌گویند. مهم‌ترین عوامل نسبت به پیش‌آگاهی نهایی نسبت به اختلال اوتیسم، مهارت‌های زبانی (تا سن ۵ تا ۷ سالگی) و سطح کلی هوش (نمره هوش بهر ۷۰ به بالا) است. باین حال افراد اوتیستی که در نوجوانی به پیش‌آگاهی و یا به عبارت دیگر به بیشن عقلانی نسبت به این اختلال می‌رسند، نسبت به ابتلا به افسردگی، آسیب‌پذیرند.

نکته: این کودکان به‌طور طبیعی خود را بی‌نیاز از دیگران می‌دانند، به‌طور مثال اگر کودک مبتلا به اوتیسم خود را زخمی کند، کمتر گریه می‌کند و اگر تب کند و یا ناراحتی داشته باشد، از دیگران تقاضای کمک نمی‌کند. این علائم نمایانگر اختلالات حسی در این کودکان است.





اختلال‌های طیف اوتیسم در DSM-5

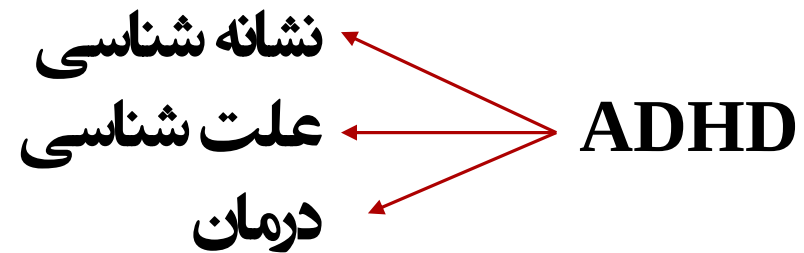
- براساس DSM-IV-TR تفکیک اختلال اوتیسم، سندرم آسپرگر، اختلال رت و اختلال ازهم‌پاشیدگی کودکی از یکدیگر بسیار مشکل است. در بعضی موارد متخصصان، در صورت دسترسی به گذشته فرد آسان‌تر می‌توانستند این اختلالات را از هم تفکیک کنند، اما دسترسی به گذشته افراد می‌توانست دشوار باشد.
- به دلیل این مغایرت، در DSM-5 به‌طور کلی اختلالات سابق (یعنی اختلال اوتیسم، سندرم آسپرگر، اختلال رت، اختلال از هم پاشیدگی کودکی) را حذف کرده و آن‌ها را زیر چتر اختلال طیف اوتیسم درآورده است.

- سه سطح
- سطح ۱ (به کمک نیاز دارد)
 - سطح ۲ (به کمک قابل ملاحظه نیاز دارد)
 - سطح ۳ (به کمک خیلی زیاد نیاز دارد)





روانشناسی دانش آموزان
دارای اختلال کمبود توجه و
بیش‌فعالی
ADHD



ملاک های تشخیص اختلال کمبود توجه بیش فعالی در DSM5

A- مجموعه ای فراگیر از رفتارهای بی توجهی و یا بیش فعالی-تکانشگری که در عملکرد یا رشد اختلال ایجاد می کند، به صورتی که با موارد (۱) و یا (۲) مشخص می شود:

۱. **بی توجهی: شش نشانه** زیر (یا تعداد بیشتر) دست کم به **مدت ۶ ماه** ادامه می یابند. برای نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان (۱۷ ساله و بالاتر) حداقل پنج نشانه ضروری است.

- اغلب **نمی تواند به جزئیات توجه دقیق کند** یا در تکالیف درسی، در محل کار، یا هنگام فعالیت های دیگر مرتکب بی دقتی می شود.

- اغلب **در حفظ کردن توجه** در تکالیف یا فعالیت ها مشکل دارد.

- اغلب به نظر می رسد که وقتی مستقیماً با او صحبت می شود **گوش نمی دهد**.



- اغلب، دستورالعمل ها را دنبال نمی کند و نمی تواند تکالیف درسی، کارهای عادی و روزمره، یا وظایف را در محل کار کامل کند.
- اغلب در سازمان دادن به تکالیف و فعالیت ها مشکل دارد
- اغلب از پرداختن به تکالیفی که به تلاش ذهنی مداوم نیاز دارند اجتناب می کند، از آنها بیزار است، یا مایل به انجام دادن آنها نیست
- اغلب لوازم لازم برای تکالیف و فعالیت ها را گم می کند
- اغلب به وسیله محرک های نامربوط به راحتی حواسپرت می شود
- اغلب در فعالیت های روزمره فراموشکار است

۲. بیش فعالی و تکانشگری

نش نشانه زیر (یا تعداد بیشتر) دست کم به مدت ۶ ماه ادامه می یابند. برای نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان (۱۷ ساله و بزرگتر) حداقل پنج نشانه ضروری است.

اغلب دست ها و پاها بی قرار است و در صندلی خود **وول می خورد**.

در موقعیت هایی که نشسته ماندن انتظار می رود، اغلب **صندلی خود را ترک می کند**

اغلب در موقعیت های نامناسب، می دود یا از چیزها بالا می رود.

اغلب نمی تواند ساکت بازی کند یا به فعالیت های اوقات فراغت بپردازد.

اغلب «در حال جنب و جوش» است، طوری عمل می کند گویی «**موتوری او را به حرکت وامی دارد**»

اغلب بیش از اندازه **صحبت می کند**.

اغلب قبل از اینکه سوالی کامل شده باشد پاسخ را از دهان می پراند

اغلب منتظر نوبت ماندن برایش دشوار است

اغلب مزاحم دیگران می شود

B- چند نشانه بی توجهی یا بیش فعالی - تکانشگری **قبل از ۱۲ سالگی** وجود دارند.

C- چند نشانه بی توجهی یا بیش فعالی - تکانشگری **در دو موقعیت یا بیشتر** وجود دارند (مثلاً در خانه، مدرسه، یا محل کار؛ با دوستان یا خویشاوندان؛ در فعالیت های دیگر).

D- دلیل روشنی وجود دارد مبنی بر اینکه نشانه ها در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی **اختلال ایجاد می کنند** یا کیفیت آن را کاهش می دهند.

E- نشانه ها منحصراً در طول دوره اسکیزوفرنی یا اختلال روان پریشی دیگر روی نمی دهند و اختلال روانی دیگری (مثل اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال تجربه ای، اختلال شخصیت، مسمومیت با مواد) آنها را بهتر توجیه نمی کند.

اسپسیفایرهای ADHD

❖ در بهبود جزئی

❖ شدت:

- خفیف
- متوسط
- شدید

دکتر ساجد یعقوب نژاد



تست بز نیم ۷

ناپایداری عاطفی، عصبانیت های ناگهانی و شدید، آشفتگی در انجام دادن کارها، بی ثباتی در روابط بین فردی و پاسخ های نامعمول به روان درمانی، در نیم رخ رفتاری کدام گروه دیده می شود؟

۱. سلوک ۲. طیف اتیسم ۳. تنظیم خلق ایدایی ۴. نقص توجه/بیش فعالی

تست بز نیم ۸

کارشناسی ارشد ۹۹: در مدل پردازش اطلاعات، نیم رخ شناختی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی چگونه است؟

۱. در درون داد اطلاعات در بخش جنبشی مشکل دارد.
۲. در قسمت برون داد اطلاعات، صحبت کردن آسیب دیده است.
۳. در درون داد اطلاعات در بخش دیداری و شنیداری مشکل دارند.
۴. در قسمت برون داد اطلاعات، پاسخ حرکتی و دویدن آسیب دیده است.





کوچک بودن مغز (۳/۲ کوچکتر): قطعه‌های
پیشانی؛ عقده‌های پایه‌ای؛ مخچه.

عوامل ژنتیکی

انتقال دهنده‌های عصبی درگیر: دوپامین؛ نوراپی
نفرین؛ سروتونین

نقص در بازداری رفتاری

نقص در کارکردهای اجرایی

علل زیستی

علل روانشناختی

علت شناسی
ADHA

خلق و خو

محیطی

ژنتیکی

عوامل خطرو
پیش آگهی

دکتر ساجد یعقوب نژاد



درمان ADHD

- کودکان ADHD نسبت به کودکان مبتلا به اختلال سلوک نسبت به درمان واکنش بهتری نشان می دهند و ADHD در کودکی پیش بینی کننده اختلالی ضد اجتماعی در بزرگسالی نیست.
- هدف اساسی فنون روان شناختی در درمان ADHT ، افزایش توجه و کنترل رفتاری است.
- درمان دارویی با ریتالین (متیل فنیدیت) به عنوان یک روان محرک



اختلال کمبود و توجه و بیش‌فعالی در DSM-5

➤ حضور نقص‌های مرتبط با ADHD در DSM-5، تا قبل از ۱۲ سالگی مورد بررسی قرار می‌گیرد، در حالی که DSM-IV-TR، معیار سنی ۷ سال بود.

➤ حداقل معیارها برای تشخیص ADHD در بزرگسالان پنج معیار است، در حالی که برای کودکان و نوجوانان، حداقل شش معیار، لازم است.

➤ انواع فرعی اختلال ADHD اکنون به مشخص‌کننده‌ها (اسپسیفایرها) تبدیل شده‌اند.

➤ تشخیص همزمان (کامورید) اختلال ADHD به همراه اختلال طیف اوتیسم اکنون مجاز است (فرد را می‌توان همزمان مبتلا به ADHD و اوتیسم اعلام کرد)



تست بنزیم ۹

کارشناسی ارشد، ۹۶: از نظر بارکلی کدام مورد مهم‌ترین مشکل افراد دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD) است؟

1. مهارت‌های ارتباطی
2. مهارت‌های عمومی
3. رفتارسازی
4. آگاهی و مدیریت زمان

تست بنزیم ۱۰

ارشد ۸۷: در سیر بالینی اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، ابتدا کدام نشانه کاهش می‌یابد؟

1. بیش‌فعالی
2. خلق و خو
3. نقص توجه
4. تکانشگری





اختلال یادگیری خاص

SLD

سه مؤلفه مهم در تعریف اختلال یادگیری

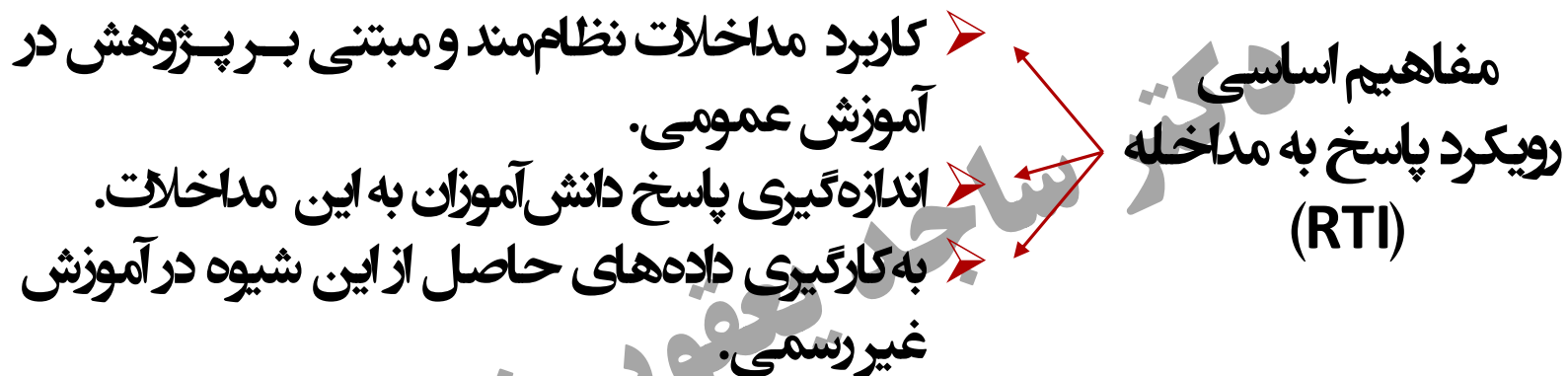
پیش فرض بدکاری دستگاه عصبی مرکزی.

اختلال در پردازش (ادراک) روان شناختی.

ناهماهنگی بهره هوشی - پیشرفت.

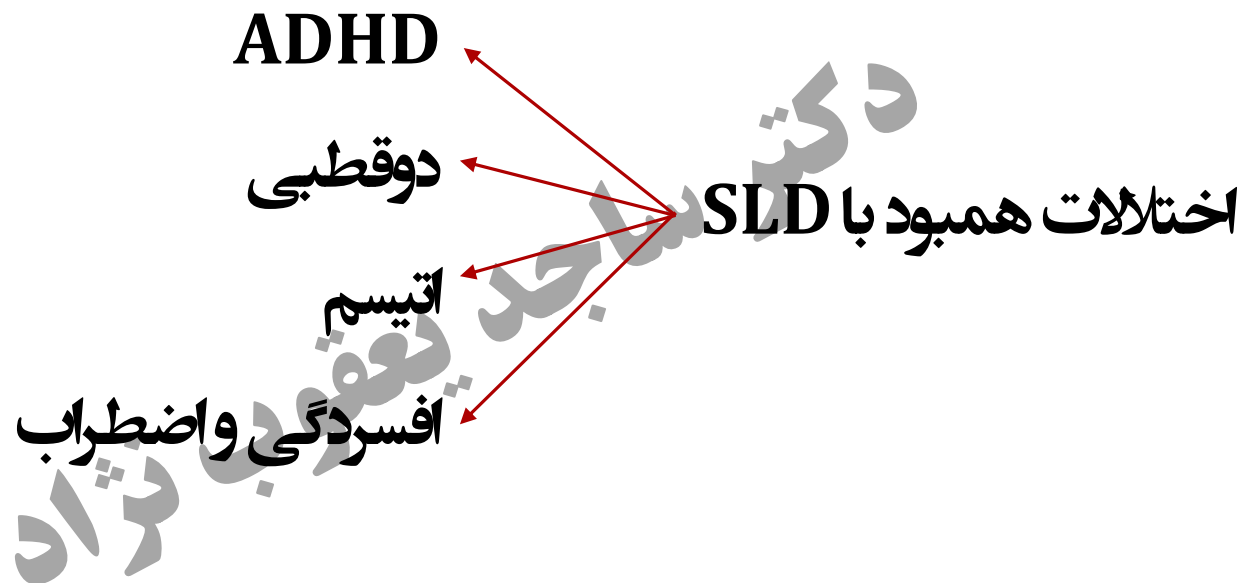


پاسخ به مداخله؛ شیوه‌ای نوین در شناسایی و پیشگیری از اختلالات یادگیری

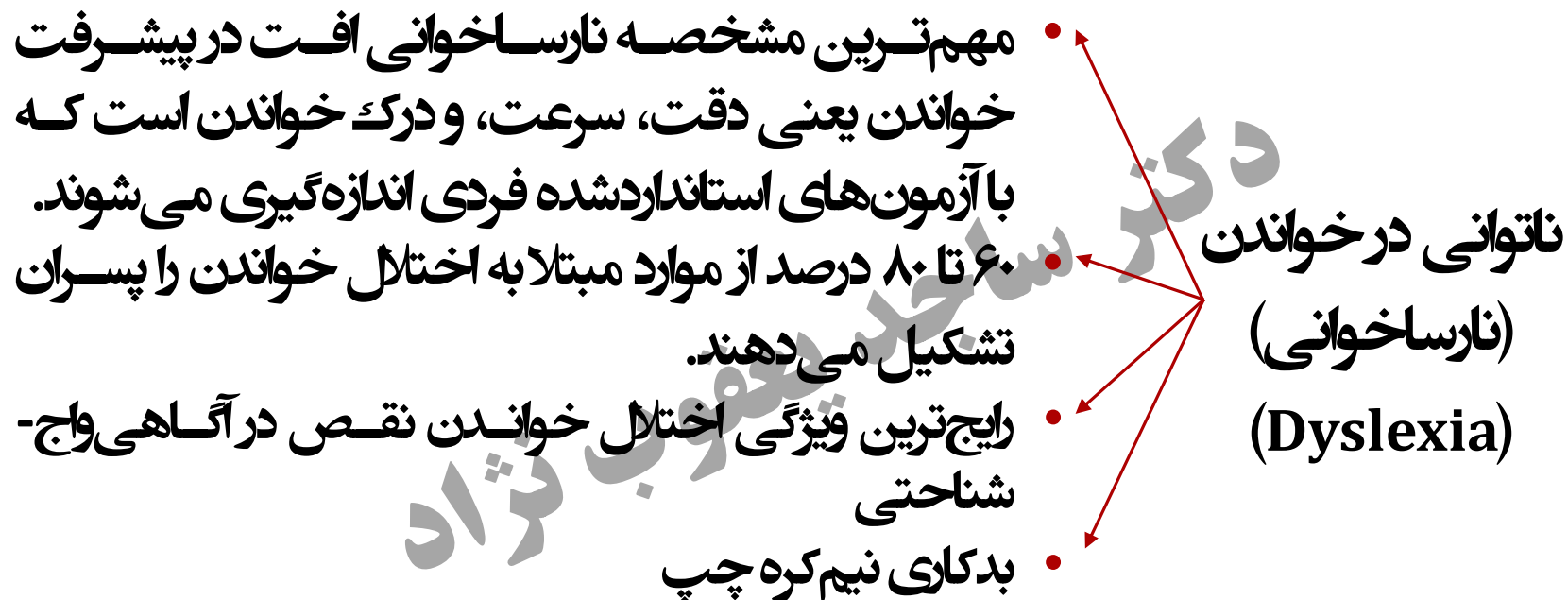


نکته: به نظر می‌رسد مدل RTI، بیش از آنکه به دنبال برچسب‌گذاری به کودکان باشد، تلاش می‌کند بوسیله تلفیق، ارزیابی و مداخله بهنگام از بروز مشکلات یادگیری اساسی پیشگیری نماید.





انواع اختلالات یادگیری در (DSM-IV-TR)



انواع نارساخوانی



- اختلال نوشتن یک ناتوانی یادگیری ویژه است که اکتساب زبان نوشتاری و استفاده از زبان نوشتاری برای بیان افکار و اندیشه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اختلال در نوشتن
(بیان نوشتاری)

- مشخصه این اختلال دستخط بسیار بد، اشتباهات املائی، اشتباهات دستوری و جمله‌بندی ضعیف است.

- وجود اختلال تنها در املا یا دستخط در صورتی که سایر اشکالات مربوط به بیان نوشتاری وجود نداشته باشد کافی نیستند.

- دیسگرافیای دیسلکسیک

- دیسگرافیای حرکتی

- دیسگرافیای فضایی

انواع دیسگرافیا

اختلال در ریاضیات

- اشکال در تعدادی از مهارت‌های مختلف مانند: مهارت-های زبانی (درک اصطلاحات ریاضی)؛ مهارت‌های ادراکی (بازشناسی یا خواندن نمادها)؛ مهارت‌های توجه (رونویسی درست از اعداد و شکل‌ها و به یاد سپردن) و محاسبه در ریاضی (پیروی از مراحل توالی، شمارش و ...)

- اشکال در درک مفاهیم انتزاعی یا ناتوانی دیداری فضایی

- عمدتاً در نیمکره راست مشکل دارند

- در مهارت‌های اجتماعی، جهت‌یابی فضایی، هماهنگی حرکتی ضعیف و روابط قالبی مشکل دارند.



تست بنزیم ۱۱

دکتری ۹۴: در کودکان درماندگی آموخته شده به چه معناست؟

1. داشتن این باور که هر کاری بکنند نمی توانند جلوگیری از رویدادهای منفی را بگیرند.
2. قبول این واقعیت که جزء اکثریت افراد کلاس هستند نه اقلیت باهوش.
3. کمتری توانایی بازی با دوستان و همکلاسی های خود لذت ببرید.
4. کمتری توانایی خودشان را به پای دانش آموزان با استعداد برسانند.

تست بنزیم ۱۲

دکتری وزارت بهداشت ۹۸: کدام یک از عوامل زیر در مورد سبب شناسی اختلال ریاضیات درست است؟

1. ژنتیک
2. چندعاملی
3. نقص در نیمکره سمت راست
4. نقص در ناحیه لوب پس سری



تفاوت اختلال یادگیری در DSM5 با DSM_IV_TR

- در DSM_IV_TR تعدادی از اختلالات یادگیری خاص به رسمیت شناخته می-شد، از جمله اختلال خواندن، اختلال نوشتن، اختلال ریاضی، اما DSM-5 تلاش کرده است که بعضی طبقه‌بندی‌ها را عمومی‌تر کند تا بتواند جنبه‌های مختلف و متنوع اختلالات را طوری پوشش بدهد که در شروع آن‌ها در کودکی تأکید شده باشد، و این اختلالات از اختلالات مرتبط تفکیک شوند. ب
- به این ترتیب، اختلال یادگیری به اختلال یادگیری خاص تغییر نام و ماهیت داده، و اختلال "خواندن"، "نوشتن" و "ریاضی"، که هر یک قبلاً یک اختلال "مستقل" و مجزا محسوب می‌شد اکنون به عنوان یک اسپسیفایر در اختلال یادگیری خاص گنجانده شده است.





اختلال‌های حرکتی

اختلال‌های حرکتی

- اختلال هماهنگی رشد
- اختلال حرکات قالبی
- اختلال تیک



- ملاک A. فراگیری و اجرای مهارت‌های حرکتی هماهنگ با توجه به سن زمانی فرد و فرصت برای یادگیری استفاده از مهارت، به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از حد مورد انتظار است.

مشکلات به صورت:

✓ **بی‌مهارتی یا بی‌دست و پایی** (مثل انداختن چیزها یا برخورد کردن با اشیاء)

✓ **کندی و بی‌دقتی عملکرد مهارت‌های حرکتی** (مانند گرفتن یک شیء، استفاده از قیچی یا قاشق و چنگال، دستخط، دوچرخه‌سواری، یا شرکت کردن در ورزش‌ها) آشکار می‌شود.

معیارهای تشخیصی
اختلال هماهنگی رشدی

ملاک‌های تشخیصی اختلال حرکت قالبی یا کلیشه‌ای در DSM-5

- ملاک A. فرد حرکاتی انجام می‌دهد که به نظر می‌رسد مجبور است انجام دهد اما ظاهراً کاربرد خاصی ندارند یا برای هدف خاصی انجام نمی‌شوند (مثلاً دستش را به صورت دست دادن با دیگران یا به حالت بای بای کردن تکان می‌دهد، اما منظورش سلام یا خداحافظی با کسی نیست، سرش را به این طرف و آن طرف تکان می‌دهد بدون آنکه منظورش "نه" گفتن باشد، سرش را به دیوار می‌کوبد بدون آنکه از چیزی ناراحت باشد، دست یا بدن خود را گاز می‌گیرد بدون آنکه هدفی داشته باشد).



اختلالات تیک

تیک تورت

- تیک‌های متعدد حرکتی و یک یا بیشتر تیک صوتی برای مدتی در طول بیماری، البته نه لزوماً همزمان وجود داشته‌اند.
- تیک‌ها، بارها در طی روز (معمولاً دوره‌ای) و تقریباً هر روز در طی دوره‌ای بیش از یک سال روی می‌دهند و در طی این مدت هیچ‌گاه زمانی بدون تیک بیش از سه ماه متوالی وجود نداشته است.

تیک مزمن

- وجود فقط یکی از انواع تیک حرکتی و یا تیک صوتی.
- سایر نشانه‌ها مانند اختلال تیک توره است.
- در این اختلال میزان بروز تیک‌های مزمن صوتی کمتر از تیک‌های حرکتی است.

تیک گذرا

- تیک(های) منفرد یا متعدد حرکتی و یا صوتی
- تیک‌ها بارها در طی روز و تقریباً هر روز برای حداقل ۴ هفته اما نه بیشتر از ۱۲ ماه متوالی روی می‌دهند.

نکات مهم

عوامل دارویی که سطح دوپامینی را کاهش می دهند مانند هالوپریدول، پیموزاید و فلوپنازین تیک‌ها را کاهش می داده و عواملی که سطح دوپامین را افزایش می دهد مانند ریتالین، آمفتامین ها و کوکائین سبب تشدید تیک‌ها می گردد.

معمولاً سن شروع این اختلال ۲ تا ۳ سالگی است و متوسط شروع تیک‌ها بین ۳ تا ۶ سالگی است. اوج شدت بین ۱۰ تا ۱۲ سالگی روی می دهد، به طوری که در نوجوانی شدت آن کاهش می یابد.

در نیمی از افراد مبتلا به توره، نخستین نشانه ها عبارتند از چشمک زدن، و به دنبال آن تیک سر یا شکلک درآوردن.

شایع ترین نشانه های مرتبط با اختلال تورت، وسواس فکری-عملی است.

در تیک توره، تیک های اولیه در ناحیه سر و گردن ظاهر می شوند که با گذشت زمان به قسمت های پایین تر بدن گسترش می یابند.

تست بنزیم ۱۳

کارشناسی ارشد ۸۶: اختلال تیک در مقایسه با اختلال حرکتی قلبی فاقد کدام ویژگی است؟

۱. ارادی بودن
۲. تکراری بودن
۳. شدید بودن
۴. نیرومند بودن

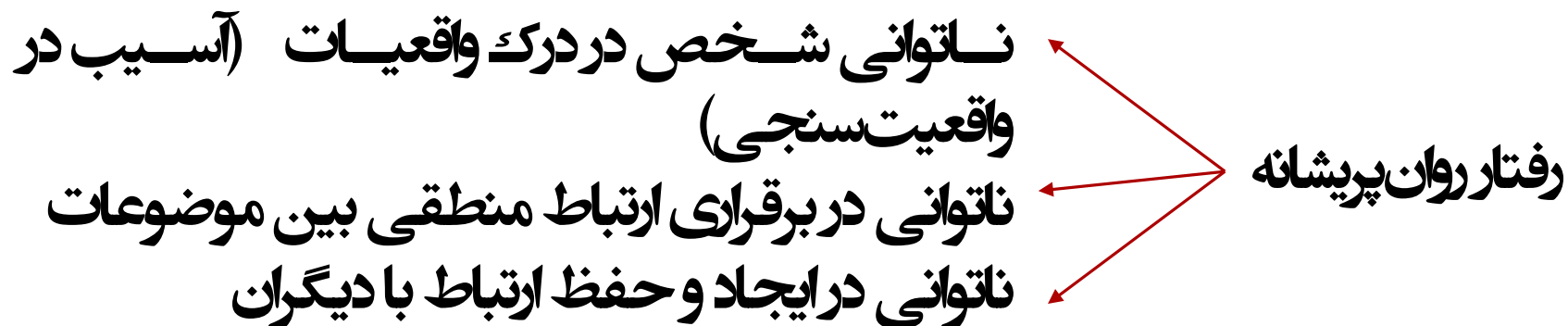
تست بنزیم ۱۴

کارشناسی ارشد ۹۱: موثرترین درمان برای اختلال توره کدام است؟

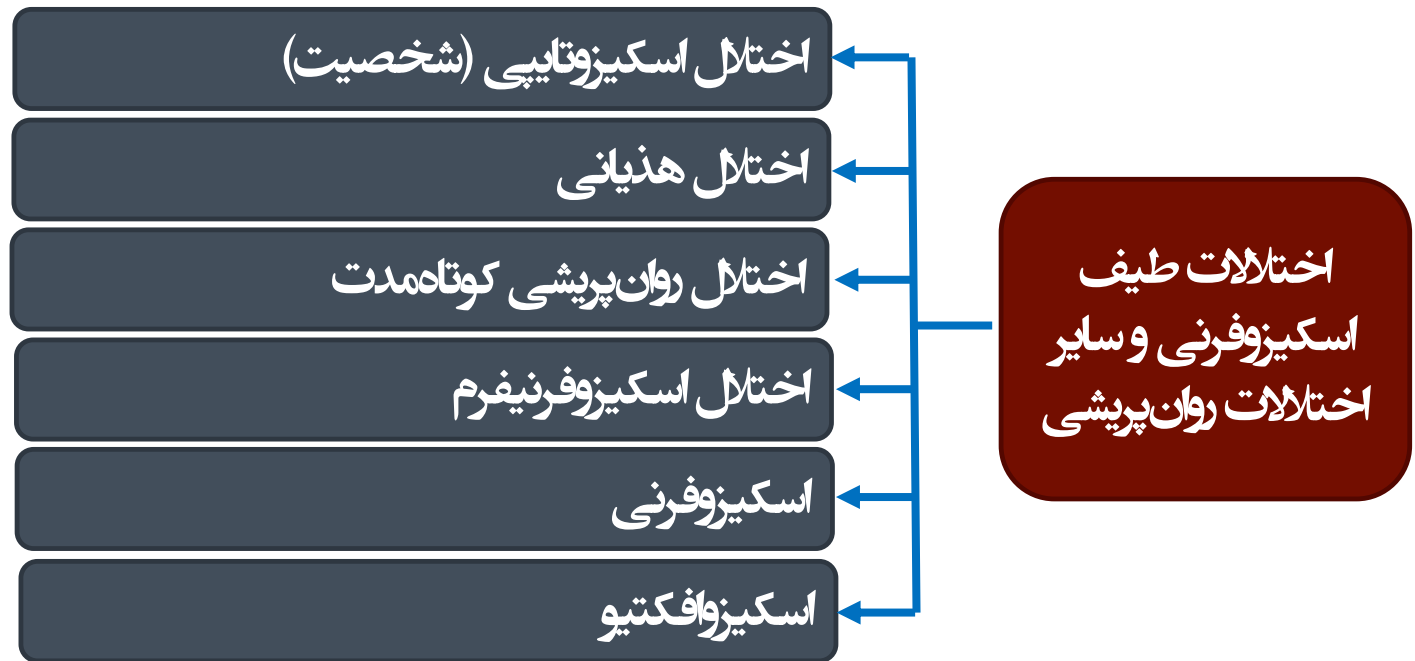
۱. آموزش واکنش ناموفق
۲. کنترل تنفس
۳. حذف تقویت مثبت
۴. دارودرمانی



«اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های مرتبط»

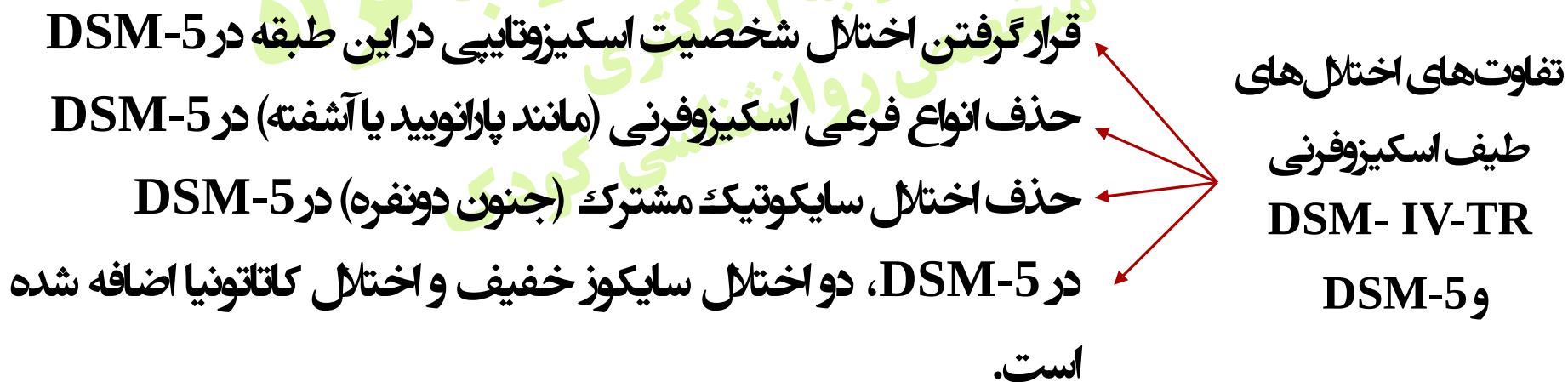


ساختار شاخه‌ای اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی در DSM-5



تفاوت‌های طبقه اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی DSM-IV-TR و DSM-5

این طبقه از اختلال‌ها در DSM-IV-TR تحت عنوان طبقه تشخیصی اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک و در DSM-5، تحت عنوان اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های روان‌پریش طرح شده‌اند.



مراحل شکل‌گیری اختلال‌های روان‌پریشی

مرحله اول: مقدماتی

تضعیف و تخریب تدریجی عملکرد عادی به ویژه ایجاد فکر توهمی

مرحله دوم: فعال یا حاد

علائم روان‌پریشی به وضوح تجربه می‌شوند.

مرحله سوم: باقی‌مانده یا بهبودی

علائم آشکار نشانه‌های مثبت مانند هذیان‌ها، توهم‌ها و گفتار نامنظم متوقف می‌شوند. با این حال، در این مرحله باز هم ممکن است نشانه‌های منفی را نشان دهد.

مراحل شکل‌گیری
اختلال‌های
روان‌پریشی

ملاک‌های تشخیصی اختلال اسکیزوفرنی در DSM-5

ملاک A: دو نشانه زیر (تعداد بیشتر)، هر یک برای مدت زمان قابل ملاحظه‌ای در طول دوره یک‌ماهه وجود دارند (یا کمتر اگر با موفقیت درمان شده باشند). **حداقل یکی از اینها باید (۱)، (۲) یا (۳) باشد.**

(1) هذیان‌ها

(2) توهمات

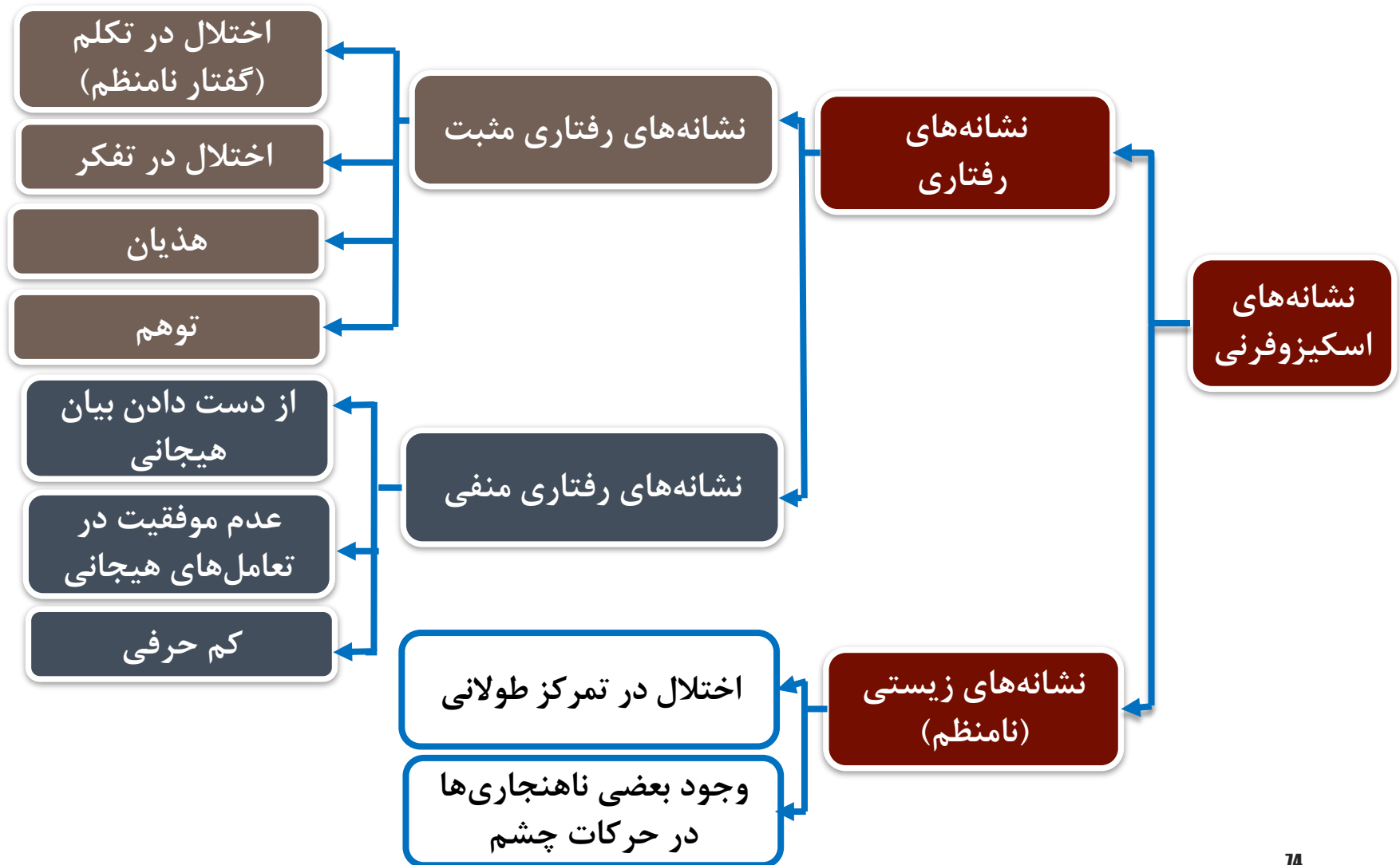
(3) گفتار آشفته (مثل انحراف گفتار یا گسیختگی مکرر)

(4) رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک

ملاک B: علائم مداوم اختلال حداقل به مدت شش ماه ادامه می‌یابند. این **دوره شش ماهه** باید حداقل یک ماه نشانه‌ها را دربرداشته باشد.



ساختار شاخه‌ای نشانه‌های اسکیزوفرنی



نشانه‌های رفتاری بیماری اسکیزوفرنی

نشانه‌های رفتاری مثبت؛ فزونی‌های آسیب‌شناسانه

❖ اختلال در فکر

اختلال فکر، از جمله نشانه‌های مثبتی است که در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مشاهده می‌شود. افراد اسکیزوفرن، مشکل فراوانی در آرایش منطقی افکار خود و نتیجه‌گیری‌های قابل قبول و معقول دارند. تفکر درهم‌ریخته و غیرمنطقی احتمالاً مهمترین نشانه اسکیزوفرنی است.

❖ اختلال در تکلم (گفتار نامنظم)

این افراد علی‌رغم استفاده صحیح از دستور زبان، به لحاظ محتوایی، کلام معنی‌داری 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.



ویژگی‌های گفتار آشفته در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی

پاسخ‌های این افراد حالت مماس دارد به عبارت دیگر، پاسخ‌های این افراد با موضوع سؤال رابطه بسیار اندکی دارد.

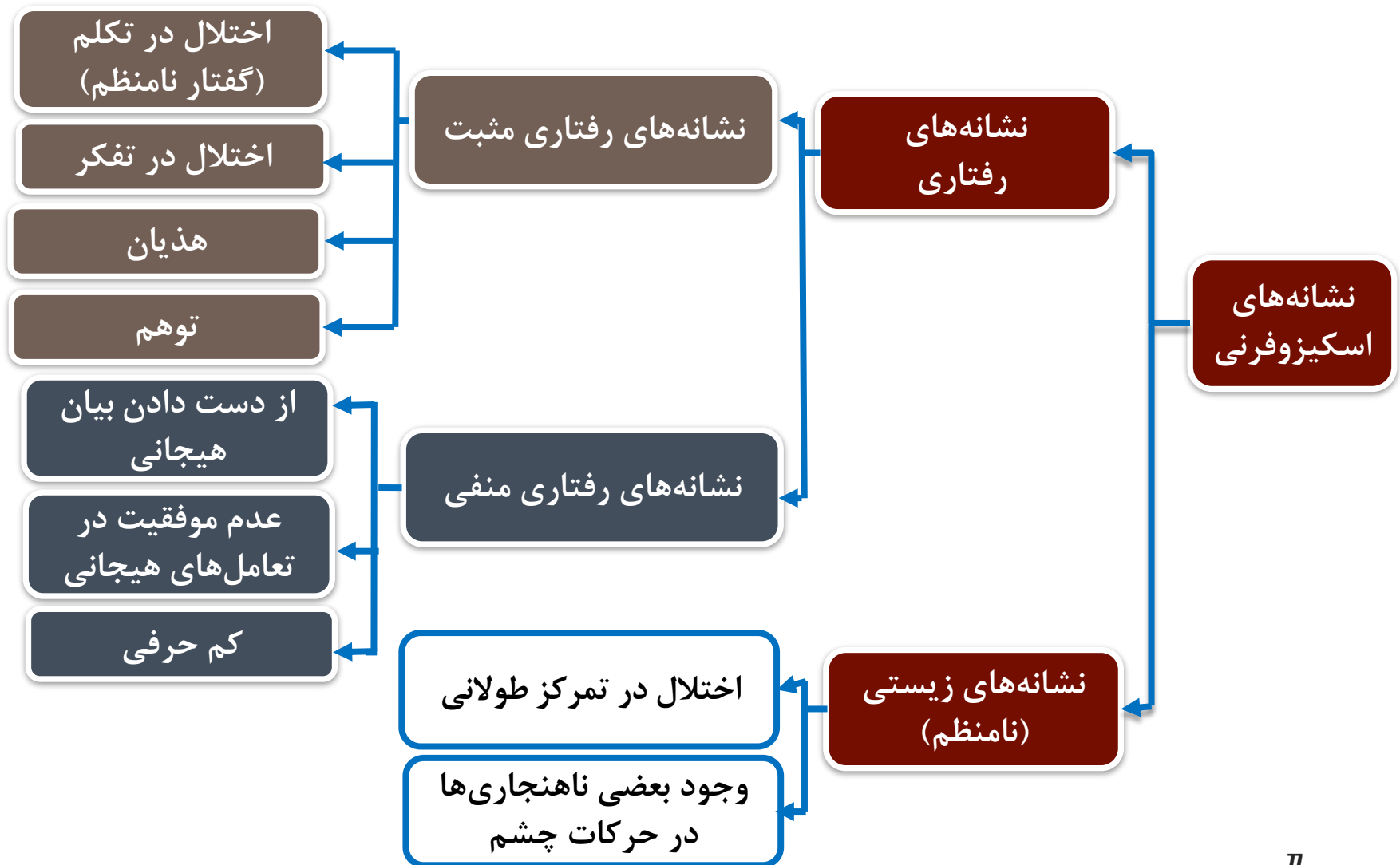
تداعی آوایی (تفکر آهنگی): نوعی الگوی گفتاری است که در آن آوایا آهنگ بر کلمات تأثیر می‌گذارد؛ برای مثال جناس و قافیه ممکن است باعث شوند که فرد فکر کند بین کلمات روابط منطقی وجود دارد در حالی که این چنین نیست.

اختراع کلمات: درست کردن کلمات جدید از کلماتی که قبلاً وجود داشته است که این کلمات جدید برای دیگران نامفهوم است.

سالاد کلمات (آشفته‌گویی): ترکیب کردن کلمات به ظاهر معنی‌دار که در کنار هم هیچ معنایی ندارند.

ویژگی‌های گفتار
آشفته در افراد
مبتلا به
اسکیزوفرنی

ساختار شاخه‌ای نشانه‌های اسکیزوفرنی



توهم

تجارب حسی یا ادراکی که هیچ منبع خارجی واقعی ندارند.

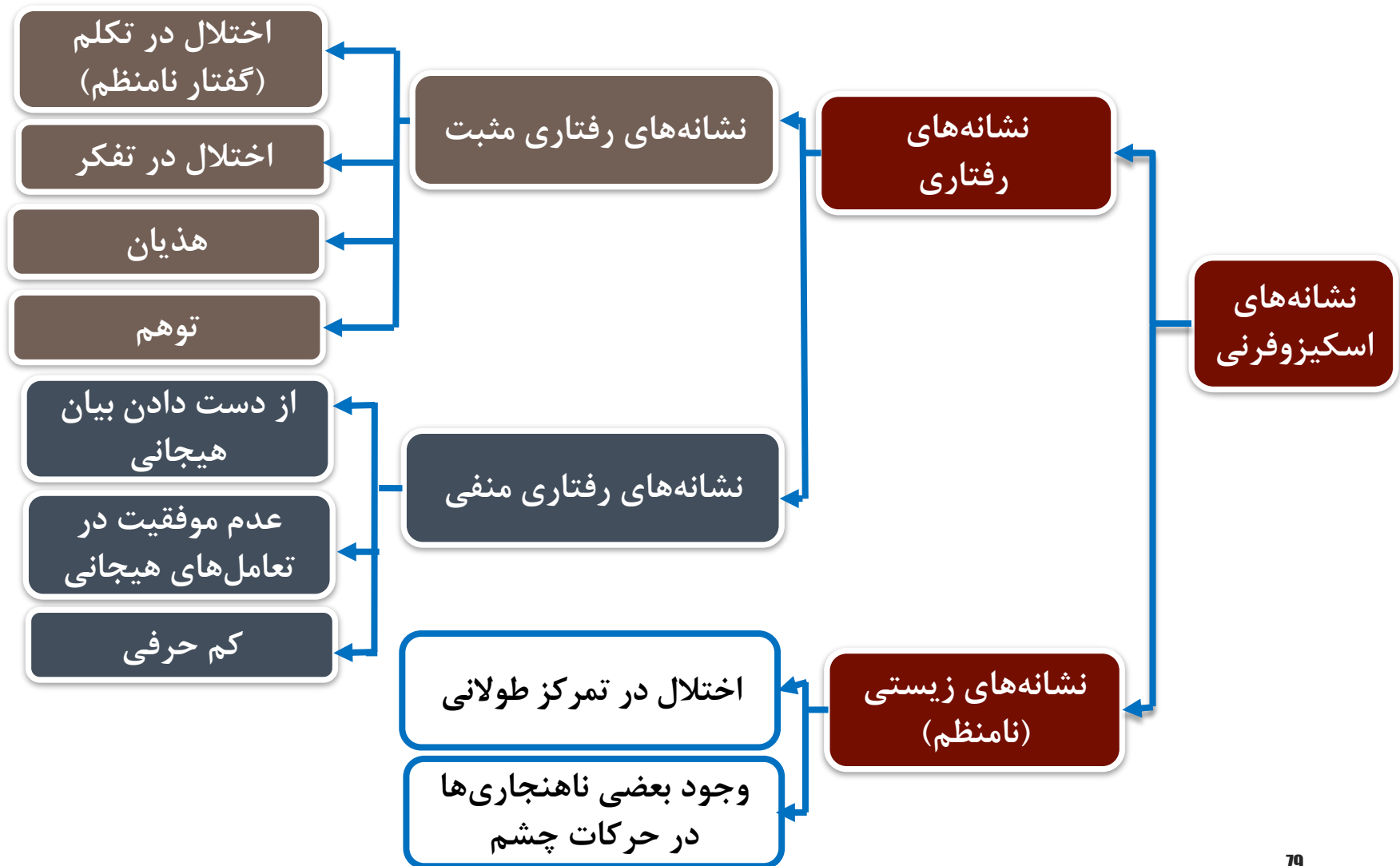
- توهم های فرضی
- توهم های هیپنوتیزم
- توهم های روانی - حرکتی
- توهم های لیلیپوتی
- توهم دستوری
- توهم احشایی

هذیان

افکار و اندیشه های نادرست

- هذیان تعقیب و گزند
- هذیان خود بزرگ بینی یا عظمت
- هذیان سندروم کاپگراس
- هذیان سندروم کاتراد
- هذیان عاشقانه (داءالعشق؛ اروتومانی؛ سایکوز عاشقانه؛ سندروم

ساختار شاخه‌ای نشانه‌های اسکیزوفرنی



بی‌واکنشی هیجانی یا بی‌علاقگی احساسی یا عاطفه‌کند شده

آنهدونیا (anhedonian)

آلوزیا یا فقر کلامی (alogia)

ناخواستنی (بی‌انگیزی) (avolition)

نشانه‌های
رفتاری منفی

دکتر ساجد یعقوب نژاد
دبیره ادکتری



بلولر علائم اسکیزوفرنی را به صورت چهار (A) طرح می کند:

تداعی (Association)

حالت عاطفی (Affect)

در خودماندگی (Autism)

دودلی (Ambivalence)

همچنین بلولر علائم فرعی (ثانویه) هم قائل بود که شامل همان توهم ها و هذیان هایی می شود که از نظر کرپلین، شاخصه های اصلی دمانس زودرس بودند.

دکتر ساجد یعقوب نژاد

تست بنزیم ۱۵

دکتری ۹۹: انسداد فکر Thought blocking معمولاً علامت کدام بیماری است؟

۱. اوتیسم
۲. پارکینسون
۳. کورساکوف
۴. اسکیزوفرنیا

تست بنزیم ۱۶

دکتری وزرات بهداشت ۹۰: بیماری با تشخیص اسکیزوفرنیا اظهار می کند که در مغز استخوانش احساس بریدگی و بریده شدن می کند، او از چه علامتی رنج می برد؟

۱. توهم احشایی
۲. خطای ادراکی جسمی
۳. سینستریا
۴. هذیان جسمی



تست بنزیم ۱۷

دکتری ۹۹: بیماری معتقد است افکارش از طریق هیپنوتیزم به او تحمیل می شود؛ او چه علامتی را نشان می دهد؟

۱. توهم
۲. هذیان
۳. سوگیری تفکر
۴. اختلال ادراکی

تست بنزیم ۱۸

کارشناسی ارشد ۹۸: کدام علامت نشان دهنده ناتوانی بیمار در انجام دادن یا تکمیل کردن کارهای هدفمند روزانه است و باعث می شود که فرد نسبت به فعالیت های اجتماعی یا شغلی، انگیزه بسیار اندکی نشان دهد یا نسبت به آن ها کاملاً بی تفاوت شود؟

۱. بی علاقه ای احساسی
۲. بی واکنشی هیجانی
۳. بی انگیزگی
۴. فقر حرکتی

تست بنزیم ۱۹

دکتری ۹۶: از دیدگاه بلولر کدام نشانه یا علامت از علائم ثانویه و درجه دوم اختلال اسکیزوفرنی است؟

۱. توهم
۲. در خودماندگی دوگانگی
۳. احساس
۴. سست شدن تداعی ها



انواع اسکیزوفرنی

✓ اسکیزوفرنی پارانوئید:

وجود هذیان‌های نظام‌یافته و یا توهمات شنیداری وسیع
هذیان‌های گزند و آسیب، هذیان حسادت
این افراد به ندرت چهار A بلور را از خود نشان می‌دهند.

✓ اسکیزوفرنی آشفته یا سازمان‌نیافته:

حماقت و گسیختگی افکار
این نوع اسکیزوفرنی قبلاً هبفرنیک خوانده می‌شد.
رفتارهای شاد ولی مضحک و نامأنوس، پر حرفی‌های بی‌معنی
توهمات و هذیان‌های گذرا و نامنظم

✓ اسکیزوفرنی کاتاتونیک:

اختلال رفتار حرکتی (به شدت برانگیخته و یا کاملاً منجمد و بی‌حرکت است)
شروع ناگهانی
کاتاتونیک هیجانی: فعالیت‌های حرکتی شدید و گاهی خشونت‌آمیز
کاتاتونیک انزوای: معمولاً زلزداری کلی، بهت‌زدگی، عدم تکلم، منفی‌گرایی،
انعطاف‌پذیری مومی شکل و در برخی موارد، وضعیت نباتی

✓ اسکیزوفرنی باقیمانده:

فقدان نشانه‌های شاخص همچون: هذیان، توهم، عدم انسجام و رفتار بسیار آشفته.

مهمترین رویکرد در تبیین اختلال های روان پریشی از جمله اسکیزوفرنی، رویکرد بیماری پذیری ارثی - استرس است.

عوامل ارثی

فرضیه تکامل عصبی

نروترنسمیترها (انتقال دهنده های عصبی)

ناهنجاری های مغز

نظریه های روان پویشی

نظریه وابستگی مضاعف (تعهد دوگانه)

نظریه رانش روبه پایین

عوامل زیستی

عوامل روان شناختی

علت شناسی

جدول 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 پیش مرضی خوب اجتماعی جنسی و شغلی؛ علایم اختلال خلقی به خصوص اختلالات افسردگی، متأهل بودن؛ سابقه خانوادگی اختلالات خلقی؛ نظام حمایتی خوب؛ علایم مثبت؛ جنس مؤنث.
پیش آگهی نامطلوب	شروع زودرس (در سن پایین تر)؛ فقدان عوامل تسریع کننده؛ شروع تدریجی؛ سابقه پیش مرضی 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 نشانه های نورولوژیک؛ سابقه ترومای پری ناتال؛ نبودن بهبود در سه سال گذشته؛ عودهای زیاد؛ سابقه حمله وری

تست بنزیم ۲۰

دکتری ۹۹: کدام شاخص، پیش آگهی مطلوب‌تر برای سیر بیماری اسکیزوفرنی محسوب می‌شود؟
۱. مرد بودن ۲. شروع حاد ۳. همبودی با اختلال خلقی ۴. پایین بودن سن در اولین دوره

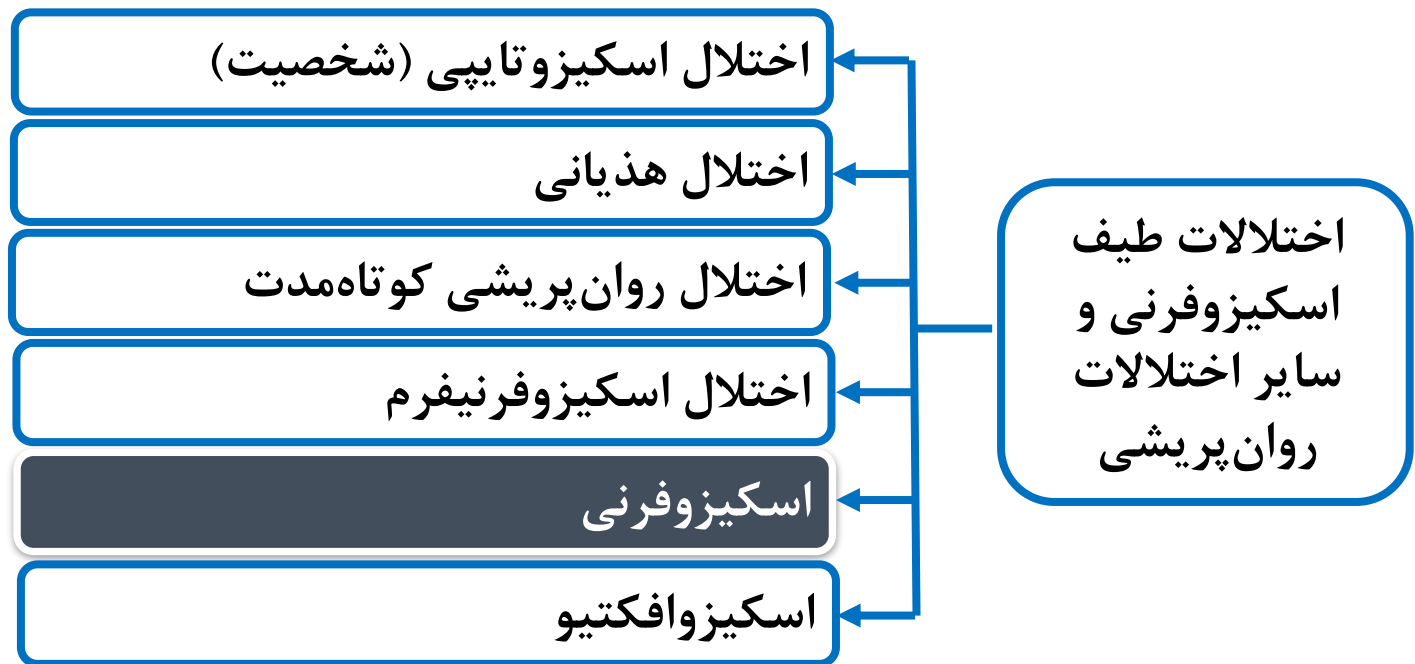
تست بنزیم ۲۱

ارشد آزاد ۹۵: هنگامی که پدر و یا مادری به کودک خود توصیه می‌کنند اسباب بازی‌هایش را به دوستانش نیز بدهد و سپس به این دلیل که تعداد زیادی از اسباب بازی‌هایش را به همبازی‌هایش داده تنبیه شود، این وضعیت نشان از کدام الگوی ارتباطی خانواده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرن است؟

۱. خانواده‌های شبه متخصص
۲. خانواده یکسویه
۳. خانواده گسیخته
۴. تعهد دوگانه

ساختار شاخه‌ای اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی در DSM-5

دکتر ساجد یعقوب نژاد



اختلال اسکیزوفرنی فرم

نشانه‌های مخصوص اختلال اسکیزوفرنی فرم شبیه نشانه‌های اسکیزوفرنی هستند. با این حال اختلال اسکیزوفرنی فرم به وسیله **تفاوت آن در مدت**، متمایز می‌شود. به این ترتیب که کل مدت بیماری از جمله مراحل مقدماتی، فعال و باقیمانده، حداقل یک ماه، ولی کمتر از شش ماه است.

- ویژگی متمایزکننده دیگر اختلال اسکیزوفرنی فرم، فقدان ملاکی است که عملکرد اجتماعی و شغلی معیوب را ایجاب می‌کند.

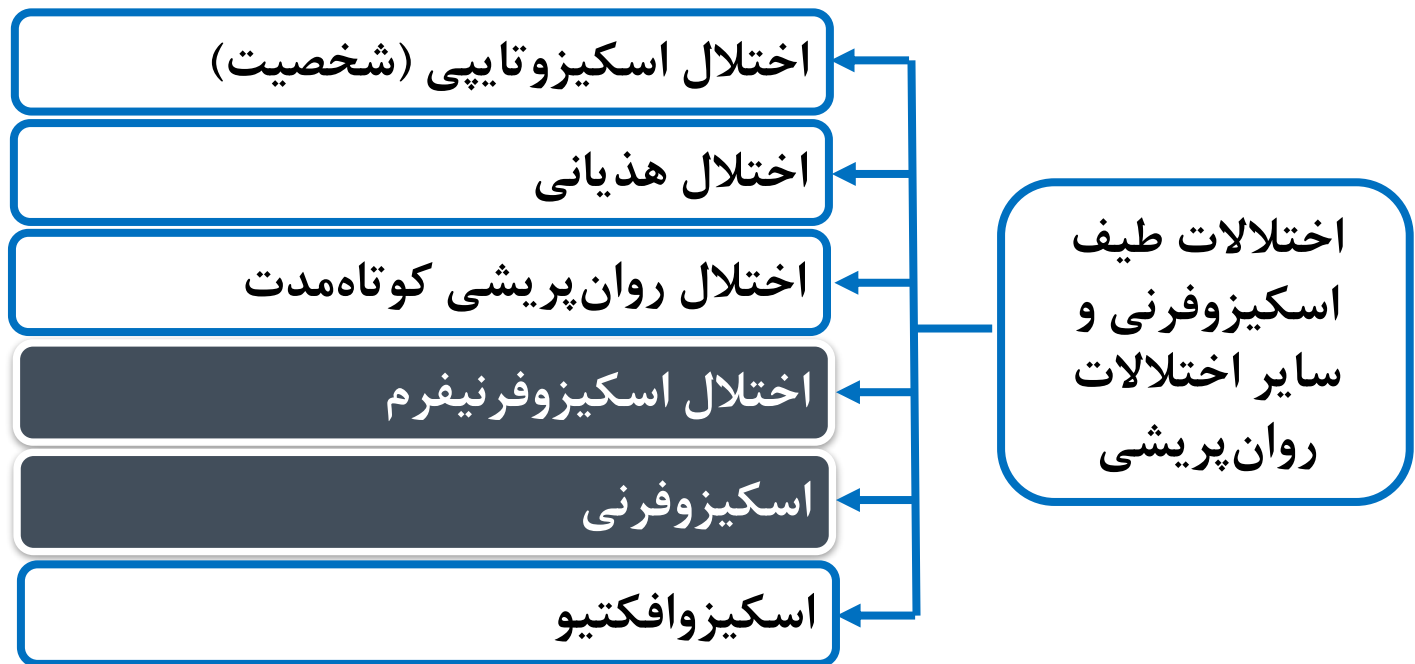
اختلال اسکیزوفرنی فرم در دو موقعیت تشخیص داده می‌شود:

الف. زمانی که دوره بیماری بین ۱ تا ۶ ماه ادامه یابد و فرد بهبودیافته باشد.

ب. هنگامی که فرد به مدت کمتر از ۶ ماه لازم برای تشخیص اسکیزوفرنی بیمار بوده، ولی هنوز بهبود نیافته است. در این مورد، تشخیص باید به صورت «اختلال اسکیزوفرنی فرم (موقتی)» داده شود، زیرا معلوم نیست که آیا فرد ظرف مدت ۶ ماه از این اختلال بهبود خواهد یافت. اگر این اختلال بیشتر از ۶ ماه ادامه یابد، تشخیص باید به اسکیزوفرنی تغییر یابد.

ساختار شاخه‌ای اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی در DSM-5

دکتر ساجد یعقوب نژاد



اختلال روان‌پریشی (سایکوتیک) کوتاه‌مدت یا جنون آنی (گذرا)

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.

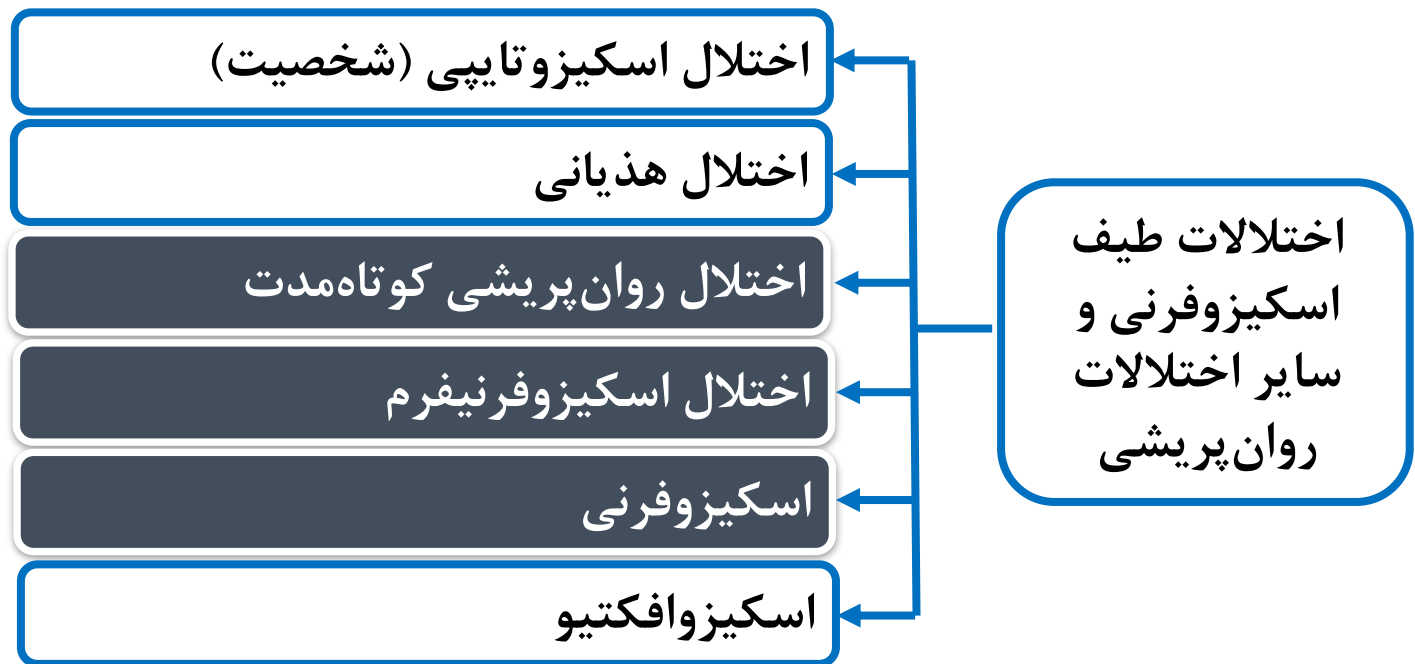
توجه: اگر نشانه، پاسخی باشد که از لحاظ فرهنگی تأیید شده است، آن را منظور نکنید.

ملاک B. مدت دوره اختلال حداقل ۱ روز، اما کمتر از ۱ ماه، همراه با برگشت نهایی کامل به سطح پیش‌مرضی عملکرد است.



ساختار شاخه‌ای اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی در DSM-5

دکتر ساجد یعقوب نژاد



اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (اسکیزوتایپال) Schizotypal (Personality) Disorder

ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در DSM-5:

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

۱ افکار انتساب به خود

۵ شکاک بودن یا فکر بدگمانانه

۲ اعتقادات عجیب یا افکار جادویی

۶ حالت عاطفی نابجا یا محدود

۳ تجارت غیر معمول ادراکی

۷ رفتار یا وضع ظاهری عجیب، نامتعارف یا مخصوص به خود

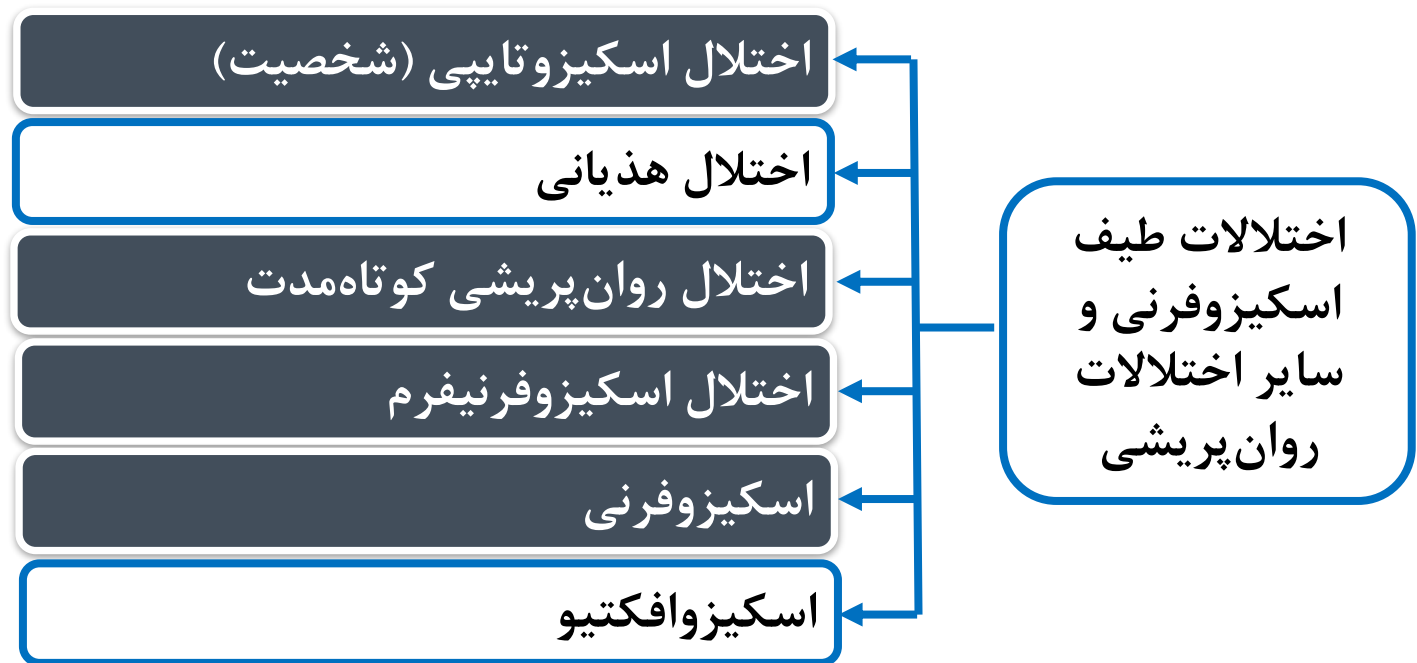
۴ تفکر و تکلم عجیب

۸ فقدان دوستان صمیمی یا مورد اطمینان، به جز بستگان درجه اول

اضطراب مفرط

ساختار شاخه‌ای اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی در DSM-5

دکتر ساجد یعقوب نژاد



معیارهای تشخیصی اختلال هذیانی

- ملاک A. وجود یک یا چند هذیان که حداقل به مدت ۱ ماه ادامه دارند.
- ملاک B. فرد هرگز ملاک A در اختلال اسکیزوفرنی نداشته است.
- ملاک C. غیر از تأثیر مستقیم هذیان‌ها، اختلالات در عملکرد روانی - اجتماعی ممکن است محدودتر از آنهایی باشد که در اختلالات روان‌پریشی دیگر نظیر اسکیزوفرنی دیده می‌شوند، و رفتار آشکارا عجیب و غریب یا نامتعارف نیست.

باورهای هذیانی در اختلال هذیانی با باورهای هذیانی در اسکیزوفرنی یک تفاوت مهم دارند. به این ترتیب که در اختلال هذیانی، هذیان‌ها می‌توانند در عالم واقعی رخ دهند؛ یعنی عجیب و غریب نیستند. در حالی که در اختلال اسکیزوفرنی هذیان‌ها عمدتاً عجیب و غریب هستند.



علت‌شناسی اختلال هذیانی

- آسیب در دستگاه لیمبیک یا عقده‌های قاعده‌ای
- حساسیت بیش از حد
- مکانیسم‌های دفاعی
- انزوای حسی و اجتماعی، محرومیت اجتماعی - اقتصادی و آشفتگی شخصیت

دکتر سید یعقوب نژاد



تست بنزیم ۲۲

دکتری وزارت بهداشت ۹۸: مبتلایان به اختلال هذیانی از کدام مکانیزم دفاعی بیشتر استفاده می کنند؟

۱. سرکوبی

۲. دلیل تراشی

۳. جداسازی

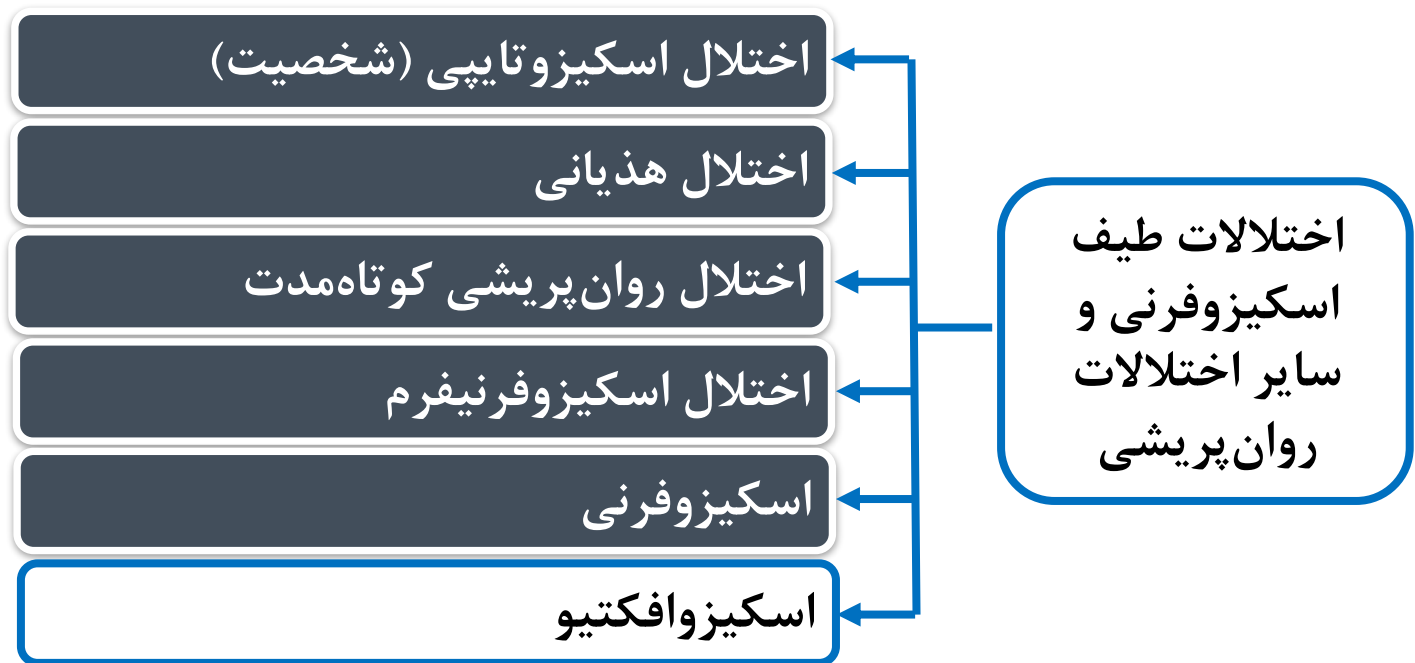
۴. انکار

ساجد یعقوب نژاد



ساختار شاخه‌ای اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی در DSM-5

دکتر ساجد یعقوب نژاد



اسکیزوافکتیو (اختلال شیزوفرنی عاطفی)

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.
- توجه: دوره افسردگی اساسی باید ملاک A1 را شامل باشد: خلق افسرده.
- ملاک B. هذیان‌ها و توهمات به مدت ۲ هفته یا بیشتر در غیاب دوره خلقی اساسی (افسرده یا مانیک) در کل مدت بیماری.

اختلال کاتاتونی (کاتاتونیک) Catatonia

ملاک‌های تشخیصی اختلال کاتاتونیک در DSM5

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

۱. بهت
۲. جمود خلسه‌ای
۳. انعطاف‌پذیری مومی شکل
۴. لالی
۵. منفی‌گرایی
۶. وضع خاصی گرفتن
۷. اداواطوار
۸. رفتار قالبی
۹. سراسیمگی
۱۰. شکلک درآوردن
۱۱. پژواک‌گویی
۱۲. پژواک‌کرداری

دکتر ساجد یعقوب نژاد
رئیس دپارتمان روانشناسی کودکان
متخصص روانشناسی کودکان



سندرم روان پریشی ضعیف

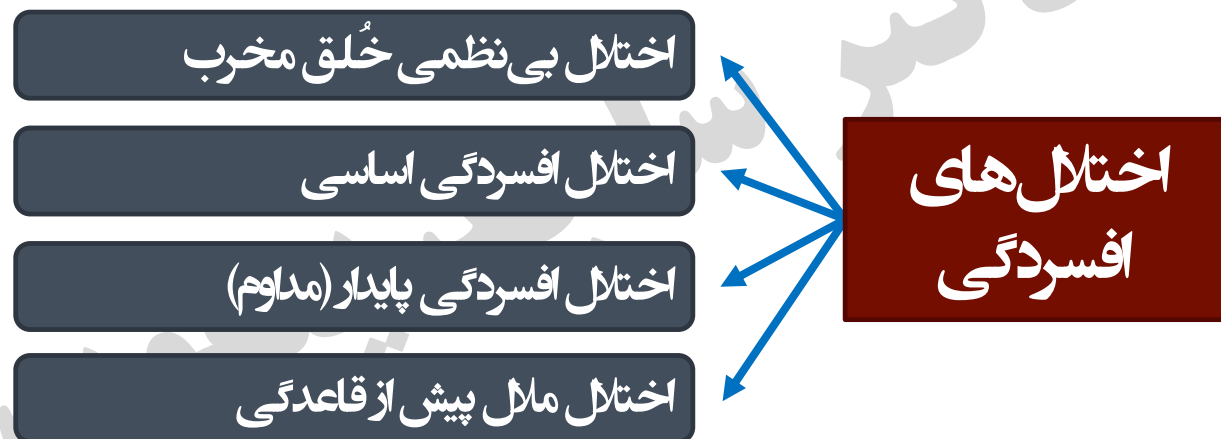
در حال حاضر یک اختلال روانشناختی / روانپزشکی شناخته شده نیست، اما در بخش شرایط برای مطالعه بیشتر گنجانده شده است.

ویژگی‌های اصلی سندرم روان پریشی تضعیف شده با تصورات قدیمی تر مرحله پیش درو مال اسکیزوفرنی موازی است.

فرد دارای علائم بسیار پایین اسکیزوفرنی مانند هذیان، توهم یا گفتار نامنظم است و علائم برای مدت کوتاهی وجود داشته و بدتر شده است، اما علائم کمتر از سطحی از شدت است که تشخیص یک اختلال روانی، مانند اسکیزوفرنی را ضروری می کند.



اختلال‌های افسردگی



تفاوت‌های DSM-IV-TR و DSM-5 در اختلال‌های افسردگی

- اختلال‌های افسردگی در DSM-IV-TR، در طبقه اختلال‌های خلقی و در دسته اختلال‌های یک‌خلق قرار داشتند؛ اما در DSM-5، در طبقه‌ای مجزا با عنوان افسردگی و اختلال‌های مرتبط قرار گرفته‌اند.

- افزودن اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گربه DSM-5

اختلال بی‌نظمی خلقی/اختلال گریا مخرب/اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی

کودکان با تحریک‌پذیری مزمن و شدید:

طغیان‌های خشم مکرر و شدید را حداقل در طول یک سال و هفته‌ای سه بار یا بیشتر، در دست‌کم دو موقعیت (خانه، مدرسه و همسالان) نشان می‌دهند.

در فاصله انفجار شدید خشم، فرد به طور دائم تحریک‌پذیر یا عصبانی است و این حالت در اکثر ساعات روز، تقریباً هر روز وجود دارد و اطرفیان کودک به آسانی متوجه آن می‌شوند.

هدف اصلی افزودن اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گربه DSM-5، این است که کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مداوم و مزمن از کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی کلاسیک تفکیک شوند؛ چراکه در سال‌های اخیر، نشانه‌گذاری کودکان به عنوان مبتلا به اختلال دوقطبی تا چهل درصد افزایش یافته بود.

نباید اولین بار قبل از شش سالگی یا بعد از ۱۸ سالگی تشخیص داده شود.

اختلال افسردگی اساسی

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

نکته: در میان نشانه‌های زیر حداقل یکی از آنها باید وجود داشته باشد:

الف) خُلق افسرده ب) فقدان علاقه یا لذت

۱- خُلق افسرده در بخش عمده روز؛ تقریباً هر روز

الف) توسط گزارش ذهنی احساس غمگینی، پوچی و ناامیدی

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

کاهش یا افزایش وزن (بیش از ۵٪) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز (تولنی در کسب وزن مورد انتظار)

بی‌خوابی یا پر خوابی هر روز (بازترین نشانه)

سراسیمگی یا کندی روانی - حرکتی هر روز قابل مشاهده و نه صرفاً ذهنی

خستگی یا فقدان انرژی هر روز (اولین نشانه)

احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه

کاهش توانایی فکری یا تمرکز کردن یا دودلی تقریباً هر روز (مشکل فکر کردن، تمرکز کردن و تصمیم گرفتن)

افکار مکرر مرگ (نه فقط ترس از مردن)، اندیشه پردازی خودکشی بدون برنامه‌ریزی یا اقدام به

خودکشی یا برنامه خاص برای دست‌زدن به خودکشی

ملاک‌های اختلال
افسردگی اساسی در
DSM-5

اختلال افسردگی مداوم یا پایدار (افسرده‌خویی)

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 یک‌سال).

ملاک B: اگر فرد افسرده باشد، دو یا تعداد بیشتری از موارد زیر را نشان می‌دهد:

۱	کم‌اشتهایی یا پر خوری	۲	بی‌خوابی یا پر خوری	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 یک‌سال در کودک یا نوجوانان) فرد بیش از دو ماه بدون نشانه‌های A و B نبوده است.

اختلال ملال پیش از قاعدگی

اختلال ملال پیش از قاعدگی، زمانی نشانه‌گذاری می‌شود که فرد پیش از قاعدگی دچار خلق افسرده، تغییر در خلق، تحریک‌پذیری، ملالت و اضطراب می‌شود، درحالی که بعد از شروع دوره قاعدگی، اغلب فروکش می‌کنند. به عبارت دیگر این اختلال را می‌توان مجموعه‌ای از علائم جسمانی، روانشناختی و هیجانی دانست که با چرخه قاعدگی زنان در ارتباط است. این مجموعه نشانه‌ها، پیش از شروع علائم ماهیانه شروع می‌شود.

ساجد یعقوب نژاد



سایر انواع اختلال‌های افسردگی

افسردگی روان‌پرشانه

افسردگی مالی‌خولیایی

افسردگی غیرمتعارف

افسردگی کاتاتونیک

افسردگی پس‌از زایمان

اختلال عاطفی فصلی

افسردگی شدید با علائمی از روان‌پریشی همراه می‌شود. سایکوزها می‌توانند به شکل توهمات (مانند شنیدن صدایی که به آنها می‌گوید، آنها انسان‌های خوبی نیستند یا بی‌فایده‌اند)، هذیان‌ها (مانند احساس شدید بیهودگی، شکست یا انجام گناه) یا قطع رابطه با واقعیت به هر شیوه دیگری باشند.

بی‌لذتی شدید، سحرخیزی، کاهش وزن و احساس گناه عمیق و افکار خودکشی / افسردگی درون‌زاد / داروهای ضدافسردگی در این نوع از افسردگی بهتر جواب می‌دهند.

پر خوری و پر خوابی؛ علائم نباتی معکوس / ملال هیستروئید

کندی روانی - حرکتی

اگر نشانه‌های افسردگی و علائم خلقی در عرض چهار هفته پس از شروع زایمان شروع شده باشند

با کوتاه‌شدن روزها در فصل پاییز و زمستان سررسیده و در بهار و تابستان از بین می‌رود.

علل زیسته

علت شناسی افسردگی

الگوی نشخوار ذهنی

دیدگاه روانکاری: ۴ رکن اساسی

نظریات روانشناختی

دیدگاه شناختی: تحریف های شناختی

تحریف‌های شناختی

تعمیم مفرط: اگر در یک مورد صدق کند، در هر موردی که اندکی مشابه است، مصداق دارد.

انتزاع گزینشی: تنها وقایعی که فرد جدی می‌گیرد، آنهایی است که بیانگر شکست، محرومیت، فقدان یا ناکامی هستند.

مسئولیت بیش از حد: من مسئول تمام اتفاقات بدی هستم که برای خودم و کسانی که به آن‌ها نزدیک هستم، روی می‌دهند.

فرض کردن علیّت زمانی: اگر چیزی در گذشته درست بوده، پس همیشه در آینده نیز درست خواهد بود.

ارجاع دادن مفرط به خود: من کانون توجه هستم و وقتی گند می‌زنم، آن‌ها متوجه آن می‌شوند.

فاجعه‌آمیز کردن: همیشه به بدترین چیز ممکن فکر کردن و اطمینان از این که حتماً اتفاق خواهد افتاد.

تفکر دو مقوله‌ای: دیدن چیزها به صورت یکی از دو حد افراط به جای درک کردن آن‌ها به صورت بینابین یا آمیخته.

تست بنزیم ۲۴

دکتری ۹۹: کدام مورد براساس نظریه‌های شناختی رفتاری، کمبودهای بیماران مبتلا به افسردگی را بهتر توصیف می‌کند؟

1. شناخت‌های ناکارآمد و احساس‌های منفی - رفتار ناکارآمد
2. شناخت‌های ناکارآمد - فقدان تعامل اجتماعی - رفتارهای ایمنی بخش
3. شناخت‌های ناکارآمد - کمبود تعامل اجتماعی - رویدادهای استرس‌زا
4. مهارت‌های اجتماعی ضعیف - رویدادهای استرس‌زا - شناخت‌های ناکارآمد

تست بنزیم ۲۵

دکتری وزارت بهداشت ۹۸: کدامیک از موارد زیر در مورد درماندگی اموخته شده افسردگی درست می‌باشد؟

1. نسبت دادن شکست به عوامل درونی، کلی و پایدار و نسبت دادن موفقیت به عوامل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی
2. نسبت دادن شکست به عوامل درونی، پایدار و اختصاصی و نسبت دادن موفقیت به عوامل بیرونی، ناپایدار و کلی
3. نسبت دادن شکست به عوامل بیرونی، پایدار و کلی و نسبت دادن موفقیت به عوامل درونی، ناپایدار و اختصاصی
4. نسبت دادن شکست به عوامل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی و نسبت دادن موفقیت به عوامل درونی، پایدار و اختصاصی



تست بنزیم ۲۶

دکتری ۹۷: خانم سی و پنج ساله ای از خلق منفی، پراشتهایی، پر خوابی، کمبود انرژی و کاهش تمرکز و وجود آنها برای مدت سه سال شکایت دارد. اگرچه روزهایی کمتر از دو ماه بهبودی داشته «تشخیص احتمالی کدام مورد است؟

۱. افسردگی اساسی ۲. اختلال شخصیت افسرده ۳. افسردگی مداوم ۴. افسردگی مضاعف

تست بنزیم ۲۷

ارشد وزرات بهداشت ۹۷: کدام اختلال بالاترین میزان شیوع را در بین اختلالات روانزشکی دارد؟

۱. اختلال دوقطبی I ۲. اختلال دوقطبی II ۳. اختلال افسردگی اساسی ۴. اختلال خلق ادواری

تست بنزیم ۲۸

دکتری ۹۷: نشانه‌های معکوس نباتی (مثل خلق منفی در اواخر روز، پر خوابی و پر خوری) بیشتر در کدام نوع افسردگی دیده می‌شود؟

۱. آتپیک ۲. اساسی ۳. مضاعف ۴. مداوم

تست بنزیم ۲۹

دکتری وزارت بهداشت ۹۸: کدامیک از گزینه های زیر در مورد Disruptive Mood Dysregulation Disorder درست است؟

1. پرخاشگری کلامی و رفتاری به طور متوسط سه بار بیشتر در هفته برای مدت یک سال یا بیشتر
2. پرخاشگری کلامی و رفتاری به طور متوسط دوبار در هفته در نوجوانان
3. تشخیص افتراقی اختلال با Conduct disorder است
4. تشخیص گذاشتن برای این اختلال قبل از ۵ سالگی و بعد از ۱۶ سالگی جایز نیست

تست بنزیم ۳۰

ارشد وزارت بهداشت ۹۷: چنانچه افسردگی به صورت: بی لذتی شدید، سحرخیزی، کاهش وزن و احساس گناه عمیق ظاهر شود، کدام تشخیص برای آن مناسب تر است؟

1. افسردگی ملائکولیک
2. افسردگی دوقطبی I
3. افسردگی روانپریشانه
4. افسردگی پسیکوتیک

اختلال‌های دوقطبی در DSM-5



دوره مشخصی است که در طول آن، خُلق به‌طور نابهنجار و مداوم بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر است و افزایش فعالیت یا انرژی وجود دارد که در بخش عمده‌ای از روز (تقریباً هر روز)، به مدت حداقل ۱ هفته (هر مدتی؛ اگر بستری ضروری باشد)، همراه با **حداقل سه نشانه** دیگر از نشانه‌های زیر، روی می‌دهند:

- عزت نفس کاذب یا بزرگ‌منشی
 - کاهش نیاز به خواب
 - پرحرف‌تر از معمول یا تحت فشار برای ادامه دادن صحبت
 - پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار شتاب دارند
 - حواس‌پرتی
 - افزایش فعالیت هدفمند (خواه اجتماعی، در محل کار یا مدرسه، یا جنسی) یا سراسیمگی (رونی - حرکتی) (یعنی، فعالیت بی‌منظور بدون هدفمندی)
 - مشغولیت بیش از حد در فعالیت‌هایی که پیامدهای ناراحت‌کننده دارند (مثل: ولخرجی کردن مهارنشده در خرید، بی‌احتیاطی‌های جنسی، یا سرمایه‌گذاری احمقانه)
- حمله (اپیزود) شیدایی

نکته: در مقایسه با حمله افسردگی، دوره شیدایی، به‌طور ناگهانی شروع می‌شود، کوتاه‌تر است و به صورت غیرمنتظره پایان می‌پذیرد.

دوره‌ای از خُلق که به‌طور نابهنجار و مداوم بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر است و البته توأم است با افزایش نابهنجار و مداوم فعالیت یا انرژی که **حداقل ۴ روز** پیایی ادامه می‌یابد و در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز، وجود دارد. در طول دوره شیدایی خفیف، سه نشانه زیر یا بیشتر (چهار نشانه اگر خُلق فقط تحریک‌پذیر باشد) دیده می‌شوند:

- عزت نفس کاذب یا بزرگ‌منشی

- کاهش نیاز به خواب

- پرحرف‌تر از معمول یا تحت فشار برای ادامه دادن صحبت

- پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار شتاب دارند

- حواس‌پرتی

- افزایش فعالیت هدفمند (خواه اجتماعی، در محل کار یا مدرسه، یا جنسی) یا

سراسیمگی (رونی - حرکتی) (یعنی، فعالیت بی‌منظور بدون هدفمندی)

- مشغولیت بیش از حد در فعالیت‌هایی که پیامدهای ناراحت‌کننده دارند (مثل:

ولخرجی کردن مهارنشده در خرید، بی‌احتیاطی‌های جنسی، یا سرمایه‌گذاری احمقانه)

حمله (اپیزود)
شیدایی خفیف

نکته: این اختلال به قدر کافی شدید نیست که عملکرد اجتماعی یا شغلی را به‌طور محسوسی مختل کند یا به بستری شدن نیاز داشته باشد. به عبارت دیگر، هیپومانیا لزوماً رابطه‌ها را به هم نمی‌زند و یا منجر به رفتارهای پرخطر نمی‌شود. اما این گونه رفتارها می‌تواند اطرافیان فرد را حسابی برنجاند.



اختلال دوقطبی نوع ۱: وجود حداقل یک دوره شیدایی و احتمالاً دوره-
های افسردگی اساسی

تشخیص
اختلال های دوقطبی

اختلال دوقطبی نوع ۲: وجود یک یا چند دوره افسردگی اساسی و
حداقل یک دوره هیپومانیا (شیدایی خفیف)

اختلال ادواری (سیکلوتایمی): وجود یک یا چند دوره افسردگی
خفیف و حداقل یک دوره هیپومانیا (شیدایی خفیف)

نکات مهم

- افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ معمولاً در طول دوره افسردگی اساسی به متخصص بالینی مراجعه می کنند و بعید است که در آغاز از هیپومانیا (شیدایی خفیف) شاکی باشند.
- باوجود تفاوت قابل ملاحظه در مدت و شدت بین دوره شیدایی و هیپومانیا (شیدایی خفیف)، اختلال دوقطبی نوع ۲، شکل خفیف تر اختلال دوقطبی نوع ۱ نیست.
- ویژگی مشترک افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲، تکانش گری است که می تواند در اقدامات خودکشی و اختلالات مصرف مواد دخالت داشته باشد.
- تعداد دوره ها در طول عمر (هم در شیدایی خفیف و هم افسردگی اساسی) در اختلال دوقطبی نوع ۲ بیشتر از اختلال افسردگی یا اختلال دوقطبی نوع ۱ است.
- تعداد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ عملاً بیشتر از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ است.



ملاک‌های اختلال ادواری (سیکلوتیمی) در DSM-5

ملاک A: به مدت حداقل دو سال (در کودکان و نوجوانان، حداقل یک سال) دوره‌های متعددی از علائم شدیدی خفیف (که هیچ‌گاه ملاک کامل یک دوره شدیدی را نداشته‌اند) و دوره‌های متعدد علائم افسردگی (که هیچ‌گاه ملاک‌های یک دوره افسردگی اساسی را نداشته‌اند) بروزمی کند.

ملاک B: در حین دوره دو ساله فوق (در کودکان و نوجوانان، یک سال) مجموع دوره‌های افسردگی و شدیدی خفیف، حداقل نصف این مدت را دربرمی‌گیرند و هیچ‌گاه فرد بیشتر از دو ماه متوالی بدون علامت نبوده است.

ملاک C: ملاک‌های تشخیصی دوره افسردگی اساسی، شدیدی یا شدیدی خفیف هیچ‌گاه وجود نداشته است.

تست بنزیم ۴۱

دکتری ۹۷: علامت اصلی بیماران مانیک کدام است؟

۱. عدم کنترل تکانه
۲. مختل شدن قضاوت
۳. بی نیاز شدن به خواب
۴. خصومت ورزی همراه با تحریک پذیری

تست بنزیم ۴۲

دکتری ۹۸: بیماری در دوره های مختلفی دچار توهمات شنیداری می شود؛ نزدیکترین تشخیص برای او کدام مورد است؟

1. اسکیزوافکتیو
2. دوقطبی
3. اسکیزوفرنیفرم
4. شیدایی

تست بنزیم ۴۴

دکتری وزارت بهداشت ۹۳: کدام یک از گزینه های زیر برای اختلال دوقطبی نوع I مناسب است؟

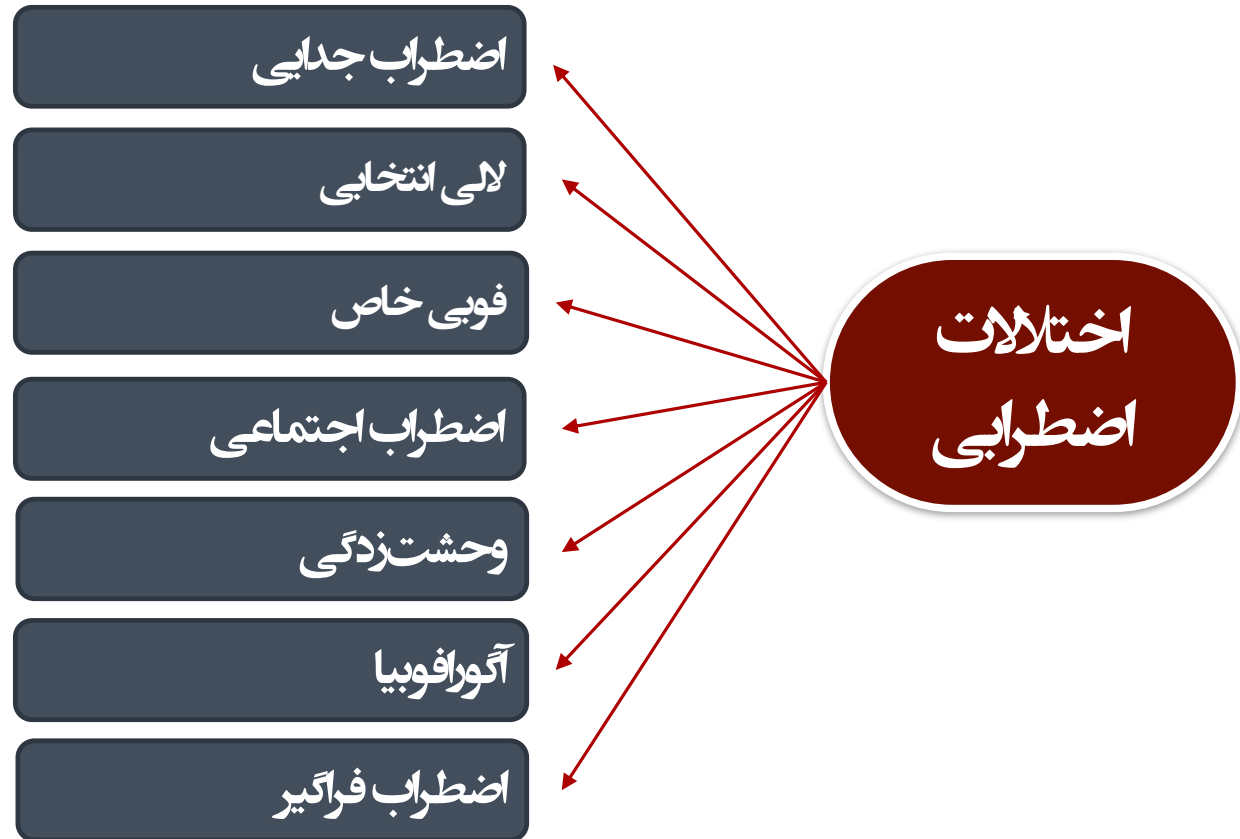
1. وجود یک دوره هیپومانیا و افسردگی
2. وجود یک دوره مانیا
3. وجود سابقه ای از دوره مانیا با مختلط و دوره افسردگی
4. وجود دوره مانیا و افسردگی بدون خصوصیات روان پریشی

تست بنزیم ۴۴

ارشد وزارت بهداشت ۹۸: حضور عالیم برای چه مدت زمانی تشخیص اختلال Cyclothymic را در نوجوانان مشخص می کند؟

1. یک ماه
2. یک سال
3. چهار روز پیوسته
4. دو سال

اختلالات اضطرابی در DSM-5



- ❖ تفاوت اضطراب و ترس
- ❖ تفاوت اضطراب و افسردگی
- ❖ تفاوت اضطراب و استرس

تفاوت‌های DSM-IV-TR و DSM-5 در اختلال‌های اضطرابی

- در DSM-IV-TR، اختلال‌های وسواس و استرس پس از سانحه (PTSD)، در طبقه اختلال‌های اضطرابی قرار دارند، با این حال در DSM-5، این اختلال‌ها هر کدام در طبقه‌های مجزایی قرار گرفته‌اند.

- در DSM-5، اختلال‌های اضطراب جدایی و لالی انتخابی به اختلال‌های اضطرابی اضافه شده‌اند که در نسخه قبلی در طبقه "اختلالاتی که برای نخستین بار در دوره کودکی دیده می‌شوند" قرار داشتند.

حداقل ۳ مورد از ۸ مورد زیر را داشته باشد:

1. وقتی فرد از افرادی که به آنها دل بستگی دارد جدا می شود به طور مکرر دچار استرس می شود.
2. فرد به طور دائم نگران است که مبادا کسی یا کسانی که به آنها دلبسته است را از دست بدهد.
3. فرد به طور دائم و به شدت نگران است که اتفاق هایی مثل تصادف یا مرگ افراد مهمی که او به آنها دلبسته شده است را از دست بدهد.
4. فرد در این اختلال از جدا شدن می ترسد و اصلاً دوست ندارد از خانه دور بشود و به مدرسه یا محل کار برود چون از جدا شدن می ترسد.
5. فرد نگران است و می ترسد که به جایی بدون افرادی که با آنها دلبسته است برود.
6. فرد می ترسد به طور دائم در جایی غیر از خانه اش بخوابد یا دوست ندارد بدون افرادی که به آنها دلبسته است بخوابد.
7. به طور مکرر کابوس هایی می بیند که موضوع آنها جدایی است.
8. وقتی که از افرادی که به آنها وابسته است می خواهد جدا بشود علائمی مثل سردرد، معده درد، تهوع و استفراغ را تجربه می کند.

معیارهای برای
اختلال اضطراب
جدایی

ملاک B. در این نوع اختلال ترس و اضطراب به طور مکرر اتفاق می افتد. در کودکان و نوجوانان حداقل ۴ هفته و در بزرگسالان ۶ ماه یا بیشتر ادامه دارد.

نکته: دقت کنید که اختلال اضطراب جدایی را نباید با مرحله اضطراب جدایی اشتباه گرفت. اضطراب جدایی یک مرحله‌ی رشدی طبیعی است که در نوزادان سالم با دل‌بستگی از نوع امن روی می‌دهد و معمولاً در محدوده سنی ۱۲ تا ۱۸ ماهگی بروز می‌کند. اما فرد در اختلال اضطراب جدایی واکنش‌های هیجانی شدید و ترس بیش از حد و البته نامتناسب با سن، نسبت به جدایی از افرادی که به آن‌ها وابستگی دارد، نشان می‌دهد. این اختلال، اغلب در سنین پیش از دبستان شروع می‌شود.

- این اختلال در DSM-IV-TR، در طبقه اختلال‌های دوران کودکی طرح شده بود، اما در DSM-5، در طبقه اختلال‌های اضطرابی ارائه شده است.

- یکی از معیارهای DSM-IV-TR، شروع این اختلال تا قبل از ۱۸ سالگی بود، اما در DSM-5 این معیار حذف شده است.

تفاوت‌های اختلال
اضطراب جدایی در
DSM-5 نسبت به
DSM-IV-TR



ملاک A. ناتوانی مداوم صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی که انتظار صحبت کردن در آن‌ها می‌رود (مثلاً در مدرسه) با وجود صحبت کردن در موقعیت‌های دیگر.

معیارهای تشخیص لاله انتخابی

➤ کودکان مبتلا به لالی انتخابی هنگام روبرو شدن با دیگران در تعامل‌های اجتماعی، صحبت را شروع نمی‌کنند یا وقتی با دیگران صحبت می‌کنند، متقابلاً پاسخ نمی‌دهند.

➤ فقدان گفتار در تعامل‌های اجتماعی با کودکان و بزرگسالان روی می‌دهد.

➤ کودکان مبتلا به لالی انتخابی در خانه، در حضور اعضای خانواده نزدیک صحبت می‌کنند، اما اغلب حتی در حضور دوستان نزدیک یا خویشاوندان درجه دو، مانند پدر-مادر بزرگ‌ها یا عموزاده / دایی‌زاده‌ها صحبت نمی‌کنند.

➤ این اختلال اغلب با اضطراب اجتماعی زیاد مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به لالی انتخابی اغلب از صحبت کردن در مدرسه خودداری می‌کنند که به اختلال تحصیلی یا آموزشی منجر می‌شود، به طوری که معلمان اغلب به سختی می‌توانند مهارت‌هایی نظیر روخوانی را ارزیابی کنند.

✓ لالی انتخابی به اولین ماه مدرسه محدود نمی‌شود و از سوی دیگر در تشخیص آن باید دقت نمود که صحبت نکردن ناشی از عدم آشنایی با زبان (زبان دوم) نباشد.

✓ 124 انتخابی یا سکوت مرضی، مقدمه یک بیماری روانی مانند افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی کاتاتونیک یا واکنش هیستریک است.



معیارهای تشخیص فوبه خاص

ملاک A: برای برآورده کردن ملاک‌های تشخیصی، ترس یا اضطراب باید شدید (محسوس) باشد.

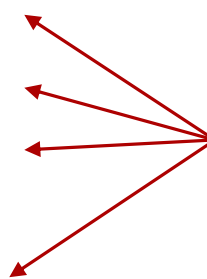
ملاک B: ترس یا اضطراب تقریباً هر بار که فرد با محرک فوبیک (ترس آور)، تماس برقرار می‌کند، برانگیخته می‌شود.

ملاک C: فرد به‌طور فعال از موقعیت فوبیک (ترس آور) اجتناب می‌کند.





ترس‌های رایج در کودکی:



ترس‌های رایج در نوزادان: ترس از صداهای مهیب و ناهنجار

ترس‌های رایج در کودکان ۱ تا ۱/۵ ساله: ترس از حیوانات بزرگ، انسان غریبه

ترس‌های رایج در کودکان ۳ تا ۵ ساله: ترس از حیوانات کوچک مانند سوسک و موش

ترس‌های رایج در کودکان ۷ تا ۸ ساله: ترس از موجودات فوق طبیعی، احضار روح

علت‌شناسی فوبی خاص

– دیدگاه آمادگی زیستی در تبیین اختلال فوبی خاص

– دیدگاه روان‌پویشی (روان تحلیل‌گری) در تبیین اختلال فوبی خاص: فوبی‌ها بیانگر دفاع علیه اضطرابی هستند که از تکانه‌های سرکوب‌شده نهاد ناشی می‌شوند. فروید هراس را هیستری اضطرابی می‌نامد که نتیجه تعارض حول یک موقعیت ادیپی حل‌نشده در کودکی است.

افراد مبتلا به اختلال هراس، بیش از هر مکانیسم دفاعی دیگری از مکانیسم‌های انکار و سرکوب استفاده می‌کنند.

دیدگاه رفتاری در تبیین اختلال فوبی خاص: شرطی‌سازی مستقیم و شرطی‌سازی جانشینی

اختلال اضطراب اجتماعی

ملاک A: ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن، فرد در معرض توجه و دقت دیگران قرار می گیرد.

ملاک B: فرد می ترسد که طوری عمل کند، یا نشانه های اضطراب از خود نشان دهد که باعث شود مردم برداشت منفی از او داشته باشند.

ملاک C: موقعیت (موقعیت های) اجتماعی تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می شوند.

ملاک D: فرد فعالانه تلاش می کند تا از موقعیت (موقعیت های) اجتماعی اجتناب کند یا مجبور می شود آن ها را با ترس و اضطراب بسیار زیاد، تحمل کند.

ملاک F: ترس، اضطراب یا اجتناب مورد نظر، پیوسته و مکرر است و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد.

اختلال وحشت‌زدگی (پانیک)

اختلال وحشت‌زدگی یا پانیک همان‌طور که از نامش پیداست، یعنی **حملات مکرر وحشت** یا **اضطراب**. این حملات با بعضی **نشانه‌های جسمی** از جمله تپش قلب، تنفس سریع، سرگیجه، تعریق زیاد، تهوع و لرزش همراه هستند. علاوه بر آن، ممکن است فرد **نشانه‌های شناختی** از قبیل: ترس از دست‌دادن کنترل (دیوانه شدن)، ترس از مردن و مسخ شخصیت (حالتی که در آن فرد احساس می‌کند "خودش نیست" و هیچ کنترلی روی شرایط محیطی ندارد) را نیز نشان دهد.





معیارهای اختلال ترس از مکان‌های باز (آگورافوبیا)

ملاک A: ترس یا اضطراب شدید درباره دو موقعیت (بیشتر) از پنج موقعیت زیر:

- (۱) استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی (مثلاً اتومبیل، اتوبوس، قطار، کشتی، یا هواپیما)
- (۲) فضاهای باز (پارکینگ‌های عمومی، مراکز خرید سرباز، یا پل عابر پیاده یا ماشین‌رو)
- (۳) فضاهای سر بسته (فروشگاه، تئاتر، یا سینما)
- (۴) ایستادن در صف یا قرار گرفتن در داخل جمعیت
- (۵) تنها بودن در خارج از خانه

ملاک B: فرد از این موقعیت‌ها می‌ترسد یا از آن‌ها اجتناب می‌کند.

ملاک C: موقعیت‌های آگورافوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

نکته: بعضی افراد به آگورافوبیای بدون حملات وحشت‌زدگی مبتلا می‌شوند، با این حال، اکثر افراد مبتلا به آگورافوبیا، در بین جمع، به حملات وحشت‌زدگی یا نشانه‌هایی شبیه وحشت‌زدگی دچار می‌شوند. آگورافوبیا معمولاً در سال اول بعد از شروع حملات وحشت‌زدگی مکرر روی می‌دهد.

ملاک A: اضطراب و نگرانی شدید و مفرط درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها (مثلاً عملکرد شغلی و تحصیلی) در اکثر روزهای هفته و به مدت حداقل ۶ ماه.

ملاک B: فرد نمی‌تواند این نگرانی را کنترل کند.

ملاک C: اضطراب و نگرانی با ۳ نشانه (بیشتر از ۶ نشانه)، که در ادامه ذکر می‌شود، همراه است.

معیارهای اختلال
اضطراب تعمیم‌یافته

- فرد بی‌قرار است، یا احساس عصبی بودن دارد، یا به‌خاطر نگرانی بی‌دلیل، بداخلاق است.

- به آسانی خسته و کوفته می‌شود.

- نمی‌تواند حواس خود را متمرکز کند یا ذهنش یک‌دفعه خالی می‌شود.

- زودرنج است و زود عصبانی می‌شود.

- تنش ماهیچه‌ای دارد

- خوابش مختل شده است.

توجه: در مورد کودکان فقط به یک آیت (نشانه) نیاز است.

علت‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر

➤ عوامل زیستی:

انتقال دهنده‌های عصبی درگیر در اضطراب: کاهش گابا
مناطق درگیر در مغز: لوب پس سری، عقده‌های قاعده‌ای،
دستگاه لیمبیک و قشر پیشانی
هورمون محرک قشر فوق کلیوی

➤ عوامل روانی - اجتماعی:

دیدگاه روانکاوی پیرامون اضطراب
دیدگاه شناختی - رفتاری پیرامون اضطراب

تست بنزیم ۲۵

کارشناسی ارشد ۹۹: رایجترین اختلال اضطرابی در دوران کودکی، کدام است؟

۱. هراس
۲. اضطراب جدایی
۳. اضطرابی فراگیر
۴. وسواس فکری- عملی

تست بنزیم ۲۶

دکتری ۹۷: آقای سی و پنج ساله است که از فکر کردن به بیماری و جراحات جسمی و قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که با چنین مسائلی در ارتباط است می‌ترسد، درحالی که می‌داند ترس او غیرواقعی است، به چه اختلالی مبتلا است؟

۱. اضطراب بیماری
۲. نشانه جسمی
۳. وسواسی- جبری
۴. فوبی اختصاصی

تست بنزیم ۲۷

دکتری ۹۶: فرد مبتلا به هراس به کدام منظور از رفتارهای ضد هراس استفاده می‌کند؟

۱. مقابله با هراس
۲. پنهان کردن هراس
۳. ایجاد احساس ایمنی
۴. دوری گزیدن از موقعیت هراس آور

تست بنزیم ۲۸

کارشناسی ارشد ۹۸: در کدام اختلال، هنگام شنیدن گفتار هیجانی، در مناطق مغزی مربوط به خوداندیشی و حساس به موقعیت‌های اجتماعی، فعال‌سازی بیشتری مشاهده می‌شود؟
۱. افسردگی ۲. اضطراب اجتماعی ۳. وسواس فکری ۴. اسکیزوفرنی

تست بنزیم ۲۹

دکتری وزارت بهداشت ۹۸: آقای ۲۸ ساله‌ای با همسرش به درمانگاه مراجعه کرده. هفت ماه پیش در خیابان بدون هیچ سابقه‌ای دچار تعرق، تپش قلب، تنگی نفس و حالت خفگی شد و فکر می‌کرد الان خواهد مرد. پس از نیم ساعت به حال عادی برگشت و چند روز بعد دچار همان حالت شد. معاینات بالینی و آزمایشگاهی وی طبیعی بودند. محتمل‌ترین تشخیص برای این بیمار عبارت است از:

1. PTSD

2. Agoraphobia

3. GAD

4. Panic Disorder

تست بنزیم ۴۰

دکتری وزارت بهداشت ۹۶: مهمترین عامل روانشناختی مطرح در سبب شناسی اختلال پانیک کدام است؟
۱. عدم حمایت اجتماعی ۲. عدم کنترل ۳. رویدادهای آسیب‌زای زندگی ۴. باورهای ناسازگار

تست بنزیم ۴۱

دکتری ۹۹: نگرانی مزمن درباره مسائل جزئی و مشکل در مهار آن، از ویژگی بارز کدام اختلال است؟
۱. وحشت زدگی ۲. آگورافوبی ۳. اضطراب ۴. اضطراب اجتماعی

تست بنزیم ۴۲

دکتری ۹۸: هدف درمان روانکاوی در اختلال اضطراب فراگیر، کدام است؟

۱. مواجهه با عامل اضطراب
۲. تصحیح تحریفات شناختی
۳. افزایش تحمل اضطراب در بیمار
۴. از بین بردن علائم اضطراب



اختلال وسواس فکری - عملی در DSM-5

اختلال وسواس
فکری - عملی

اختلال وسواس فکری - عملی

اختلال بدشکلی بدن

اختلال احتکار (ذخیره کردن)

اختلال کندن مو

اختلال کندن پوست

اختلال‌های وسواس فکری - عملی و اختلال استرس پس از سانحه در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص آماری اختلالات روان‌شناختی (DSM-TR-IV)، در طبقه اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شوند، با این حال در DSM-5 این اختلالات در دو طبقه جداگانه ارائه شده‌اند، اما برای نشان دادن همپوشانی این اختلالات با اختلالات اضطرابی، آن‌ها را در کنار اختلال‌های اضطرابی مطرح نموده‌اند.



وسواس فکری و وسواس عملی یا اختلال وسواسی - اجباری (OCD)

فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، به گونه‌ای درگیر افکار وسواسی و یا اعمال و رفتارهای تکراری می‌گردد که رنج و عذاب قابل ملاحظه و شدیدی را تجربه می‌کند. اختلال وسواس دارای دو عنصر مهم و گاهی مستقل است.



ملاک A: حضور وسواس ها (افکار وسواسی)، اجبارها (رفتارهای وسواسی) یا هر دو.

ملاک B: وسواس ها یا اجبارها وقت گیر هستند.
اسپسیفایر (مشخص کننده):

به همراه بیش خوب یا کافی: فرد می داند که باورهای OCD او احتمالاً یا قطعاً واقعیت ندارند یا این که شاید واقعی باشند یا واقعی نباشند.

به همراه بیش ضعیف: فرد فکر می کند که باورهای OCD او احتمالاً واقعی هستند.

به همراه عدم بیش: فرد کاملاً مطمئن است که باورهای OCD او واقعی هستند.

مرتبط با تیک: فرد هم اکنون یک اختلال تیک مزمن دارد یا در گذشته داشته است.

معیارهای اختلال
وسواسی - اجباری

وسواس فکری:

وسواس فکری درواقع افکار و یا تصوراتی تکرارشونده، مزاحم و ناخواسته هستند که باعث ناراحتی و اضطراب می گردند و فرد مبتلا سعی می کند از آن ها 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 آن ها 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 که 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** آن‌ها را انجام دهد. این رفتارهای تکراری به منظور **جلوگیری یا کاهش اضطراب** ناشی از وسواس‌ها و یا جلوگیری از اتفاق افتادن چیزهای بد است.

نکته: تفاوت افکار وسواسی و رفتارهای وسواسی:
افکار وسواسی رنج‌آور و ناراحت‌کننده هستند و فرد را در معرض اضطراب قرار می‌دهند درحالی‌که رفتارهای وسواسی (اجبارها)، معمولاً آرام‌بخش و تسکین‌دهنده هستند.

مهمترین وسواس‌های رفتاری به چک کردن و شستن افراطی ربط داده شده است.



رابطه بین وسواس و اجبار

وسواس

افکار منفی تکرارشونده، تخیلات یا تکانه‌ها



تشویش

اضطراب، ترس، تنفر، شرمساری



اجبار

افکار تکرارشونده، تخیلات یا توسل به اعمال اجباری



آرامش

تسکین موقتی اضطراب

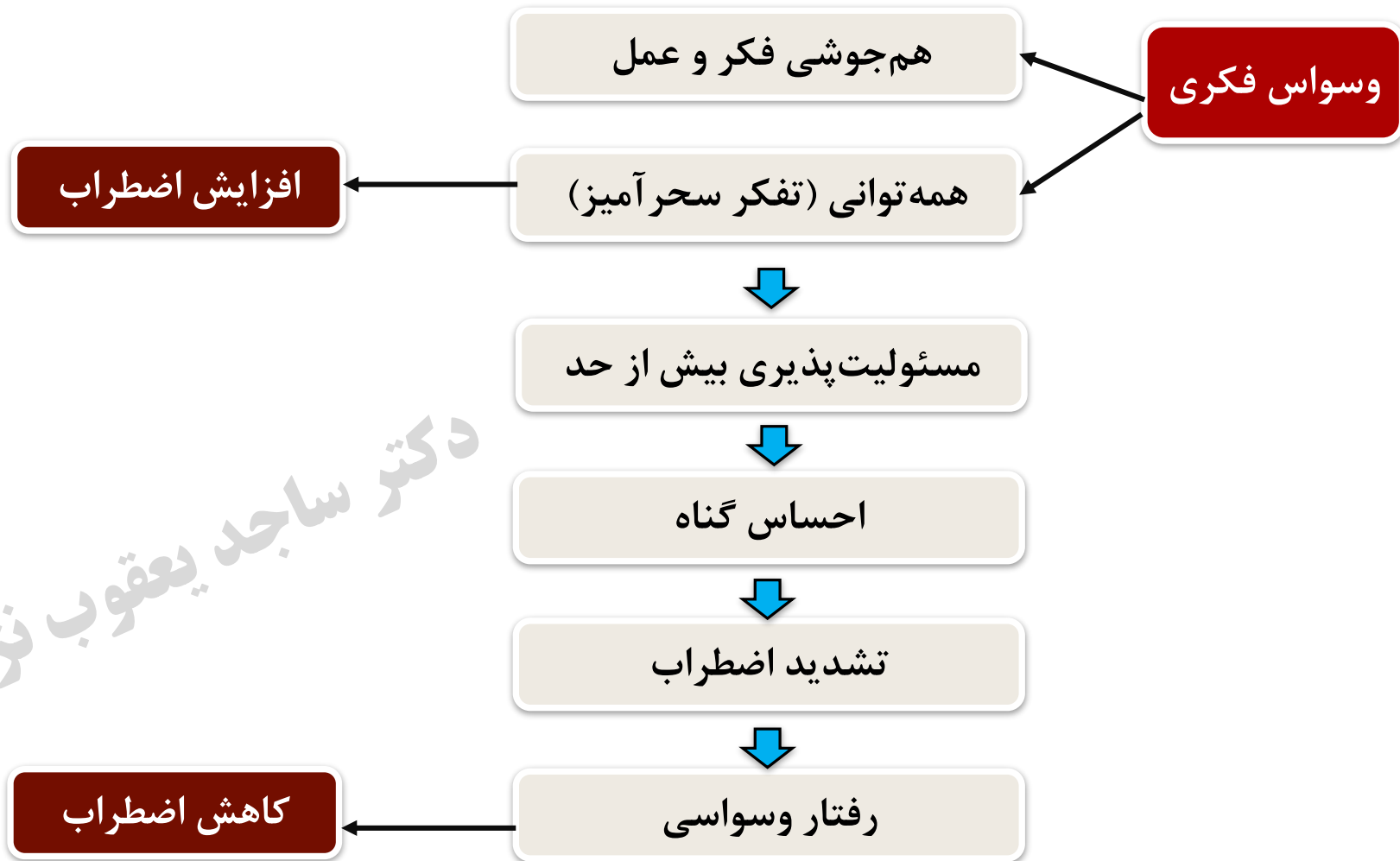
دکتر ساجد یعقوب نزهاد



نکته: برخی وسواس‌های عملی (اجبارها) با وسواس‌های فکری خاص همراه هستند. به عنوان مثال وسواس رفتاری شستن به دنبال وسواس فکری آلودگی و وسواس رفتاری شمارش تا رسیدن به عددی خاص با وسواس فکری نگرانی درباره یک آسیب دیدگی ارتباط دارند.

ویژگی‌های افراد مبتلا به وسواس فکری – عملی (OCD)

- اضطراب، نشانه عاطفی و هیجانی این افراد است.
- وسواس‌های عملی (اجبارها) تا اندازه‌ای (حداقل در کوتاه مدت) اضطراب را کاهش می‌دهند.
- تقریباً همه افراد مبتلا به OCD می‌ترسند که اتفاق وحشتناکی برای آن‌ها یا دیگران رخ دهد که آن‌ها مسئول این اتفاق باشند. به عبارت دیگر، این افراد گرایش به سمت قضاوت کردن نامعقول درباره مخاطرات دارند.



دکتر ساجد یعقوب نژاد

- **نقص و آسیب‌های مغزی:** لوب پیشانی و عقده‌های پایه (به‌ویژه کدیت یا هسته دمی)

- **انتقال دهنده عصبی درگیر در وسواس:** سروتونین

- **دیدگاه رفتاری در تبیین وسواس:** نظریه دو فرایندی ماورر

- **دیدگاه روانکاوی:** تحول (من) پیشرفته‌تر از نیروهای کشاننده (نهاد) می‌باشد.

بازگشت مرحله مقعدی:

علت‌شناسی
اختلال
وسواس
فکری - عملی

- **دوسوگرایی:** یکی از ویژگی‌های مرحله مقعدی آزارگرانه، شک و دودلی است که در افراد مبتلا به وسواس هم شاهد هستیم.

- **تفکر جادویی:** یکی دیگر از پیامدهای واپس روی به مرحله مقعدی آزارگرانه، تفکر جادویی است. بر اساس تفکر جادویی، فرد احساس قدرت مطلق خواهد کرد و خیال می‌کند که صرفاً با اندیشیدن درباره وقایع جهان خارج، بدون هیچ دخالتی این اتفاق رخ خواهد داد.

- احساس دانستن

- سرکوب افکار

- نقص حافظه

- مسئولیت اغراق‌آمیز

ساجد یعقوب نژاد

- مواجهه و پیشگیری از واکنش: مهم‌ترین و موفق‌ترین

درمان برای این اختلال، مواجهه و پیشگیری است.

- درمان شناختی - رفتاری

- دارو درمانی

درمان اختلال
وسواسی - اجباری

دکتر ساجد یعقوب نژاد



تست بنزیم ۴۳

- کارشناسی ارشد ۹۷: طبق نظر راچمن، مهمترین علت روانشناختی افراد با علائم OCD کدام است؟
۱. سرکوب افکار مزاحم
 ۲. نقصان حافظه کوتاه مدت
 ۳. آمیختگی فکر و عمل
 ۴. احساس مسئولیت افراطی

تست بنزیم ۴۴

دکتری ۹۷: میزان شیوع همزمان کدام اختلال با OCD بیشتر است؟

۱. افسردگی اساسی - اختلالات شخصیت
۲. افسردگی اساسی - جمعیت هراسی
۳. جمعیت هراسی - اختلالات شخصیت
۴. خودبیمارانگاری - جمعیت هراسی

تست بنزیم ۴۵

کارشناسی ارشد ۹۹: نقایص هسته‌های قاعده‌ای در علت شناسی کدام اختلال دوره کودکی و نوجوانی نقش دارد؟

1. وحشت زدگی
2. اضطراب جدایی
3. اضطراب فراگیر
4. وسواس فکری - عملی

تست بنزیم ۴۶

کارشناسی ارشد ۹۸: در نظریه یادگیری «ماور» در مورد علت وسواس، عامل اول ایجاد وسواس، براساس کدام فرایندهای شرطی سازی عمل می کند؟

1. تقابلی
2. کنشگر
3. کلاسیک
4. معنایی



اختلال بد ریخت انگاری بدن (اختلال خود زشت انگاری یا اختلال بد شکله بدن)

نکته: اختلال بد شکلی بدن در چهارمین نسخه راهنمای اختلالات روانی (نسخه تجدید نظر شده) DSM-IV-TR، زیر شاخه ای از اختلالات شبه جسمی بود اما در DSM-5 زیر مجموعه اختلالات وسواس طبقه بندی می شود.

مبتلایان به اختلال بد ریخت انگاری بدن که در گذشته **هراس از بد ریختی** نامیده می شد، **مشغولیت ذهنی با یک یا چند نقص یا عیب تصویری در ظاهرشان دارند** که بر اساس آن ها زشت، غیر جذاب، ناهنجار و یا بد شکل به نظر می رسند. این عیب و نقص ها از دید دیگران **نامحسوس و یا جزئی** است.

اختلال بد ریخت انگاری بدن به طور شایعی همراه با دیگر اختلالات روانی دیده می شود (درصد مبتلا به افسردگی اساسی، درصد مبتلا به اختلال اضطرابی به ویژه هراس اجتماعی و درصد مبتلا به نوعی اختلال سایکوتیک).

اختلال احتکاری یا انبار کردن

نکته: اختلال احتکار در DSM-IV-TR وجود نداشت اما در DSM-5 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.
- آنها نمی توانند یا نمی خواهند که 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.



اختلال موکندن یا وسوسه کندن مو (تريکوتيلومانيا):

اختلال موکندن، یکی دیگر از اختلال‌های وسواسی اجباری است که در هر سنی ممکن است فرد به آن دچار شود. کندن مو، کشیدن مو، خوردن مو از دید افرادی که به این اختلال روانی دچار نیستند، رنج‌آور است. جالب است بدانید کسانی که به اختلال موکندن دچار هستند، این کار را انجام می‌دهند تا از وسواس و فکرهای آزاردهنده جلوگیری کنند یا آن‌ها را کاهش دهند.

به عبارت دیگر، کندن مو یک رفتار اجباری در پاسخ به افکار وسواسی و آزارنده است. بهترین شیوهی درمان اختلال موکندن، **آموزش معکوس‌سازی عادت** است. در این شیوهی روان‌درمانی، روان‌شناس به فرد یاد می‌دهد تا میل شدید به موکندن را بشناسد و این میل را به چیز دیگری معطوف کند.



اختلال کندن پوست

اختلال وسواس کندن پوست یک مشکل مزمن است که به وسیله دستکاری و کندن افراطی و عودکننده پوست که ناشی از امراض پوستی نیست، مشخص می شود. بیماران به طور مشخص میل و اصرار به کندن پوست خود دارند و کنترل و توقف این رفتارها برایشان مشکل است. پوست کنی معمولاً منجر به آسیب بافتی و بدشکلی ظاهری در این افراد می شود.

- کنار آمدن با سطوح بالای استرس درونی یا برانگیختگی
- نتیجه‌ی خشم واپس رانده
- کارکرد نادرست دوپامین

دلایل اختلال پوست کندن



اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس زا در DSM-5

اختلال دل بستگی واکنشی

اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده

اختلال استرس پس از سانحه

اختلال استرس حاد

اختلالات سازگاری

اختلالات مرتبط
با آسیب و
عوامل استرس زا



ملاک A: الگوی مداوم رفتار بازتری شده و 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 است.

ملاک‌های تشخیص
اختلال دل بستگی واکنشی

اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده به الگوی رفتاری اشاره دارد که بر اساس آن کودک تعامل و ارتباطی بیش از حد خودمانی با بزرگسالانی که غریبه هستند، از خود نشان می‌دهد.

ملاک A: الگوی مداوم برقراری ارتباط اجتماعی با بزرگسالان آشنا به گونه‌ای که به بزرگسال پیشنهاد فرار می‌دهد.

ملاک B: اختلال اجتماعی و هیجانی مداوم

ملاک C: کودک الگوی مراقبت ناکافی مفرط را تجربه کرده است.

اختلال آمیختگی
اجتماعی بازداری نشده

معیارهای اختلال استرس پس از سانحه

ملاک A: قرار گرفتن در معرض مرگ یا تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی

ملاک B: حضور یک یا چند نشانه 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 رویدادهای 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 و E بیش از یک ماه است.



نکته: اختلال PTSD، دارای سه نشانه اصلی است:

- **تجربه مجدد:** شخص آسیب را در رؤیاها، بازگشت‌های ناگهانی خاطره و عالم خیال بارها مجسم می‌کند.
- **اجتناب:** شخص نسبت به دنیا بی‌حس می‌شود و از محرک‌هایی که آسیب را به یاد او می‌آورند، اجتناب می‌کند.
- **بیش‌انگیختگی:** نشانه‌های اضطراب و انگیختگی را تجربه می‌کند که قبل از آسیب وجود نداشته است.

نکته: افراد پس از یک رویداد آسیب‌زا، یک رشته پاسخ‌های شاخص را انجام می‌دهند که در دو

مرحله روی می‌دهند:

۱. مرحله اعتراض: فرد با حالت هشدار و هیجان قوی واکنش نشان می‌دهد.

۲. مرحله انکار/ مزاحمت: فرد بین فراموش کردن رویداد یا وانمود کردن به اینکه اتفاقی نیفتاده و

مزاحمت یعنی تجربه افکار و احساسات مزاحم، در نوسان است.

نکته: یکی از مهمترین اقدامات درمانی برای افراد مبتلا به PTSD، گرفتن گزارشی سریع و بلافاصله پس از

سانحه از قربانیان و آسیب‌دیدگان است. این گزارش اصطلاحاًای بریفینگ نامیده می‌شود.

وجود آسیب در دوران کودکی
صفات مربوط به اختلالات شخصیتی مرزی، پارانویید، وابسته، یا
ضد اجتماعی
ناکافی بودن نظام حمایتی از جانب خانواده یا همتایان
جنسیت مؤنث
آسیب‌پذیری ارثی به بیماری‌های روانی
تغییرات پراسترس اخیر در زندگی
ادراک یک موقعیت کنترل کننده بیرونی (علت طبیعی) به‌عوض
یک عامل درونی (علت انسانی)
سابقه اخیر افراط در مصرف الکل



اختلال استرس حاد

در ملاک‌های تشخیصی PTSD، مشخصاً ذکر شده است که علائم تجربه مجدد، اجتناب و افزایش انگیختگی باید حداقل یک‌ماه طول کشیده باشند. در مورد بیمارانی که علائمشان کمتر از یک‌ماه 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، عصبی‌بودن، خستگی، اضطراب، از دست‌دادن تمرکز، 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.

نکته: این بیماری افسردگی و واکنشی، برون‌زاد، موقعیتی یا وضعیتی هم نامیده می‌شود.

تست بنزیم ۴۷

دکتری وزرات بهداشت ۹۴: درچه اختلالی کودک درمواقع ناراحتی به ندرت یا درحد خیلی کم به دنبال تسلی می گردد؟

1. مشغولیت اجتماعی مهارگسسته
2. اختلال طیف اوتیسم
3. اختلال دلبستگی واکنشی
4. اختلال افسردگی

تست بنزیم ۴۸

دکتری ۹۸. در نظریه کدگذاری دوگانه در مورد اختلال استرس پس از ضربه، کدام نوع "حافظه" منشا علائم این اختلال قلمداد می شود؟

1. با قابلیت دسترس پذیری کلامی
2. اتوبیوگرافیک (سرگذشتی)
3. با قابلیت دسترس پذیری موقعیتی
4. کدپذیر دوگانه

تست بنزیم ۴۹

دکتری ۹۸: کدام مورد جزء عوامل خطر (Risk Factors) اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، محسوب نمی شود؟

1. شخصیت نمایشی

2. شخصیت پارانویید

3. زن بودن

4. کانون کنترل بیرونی

تست بنزیم ۵۰

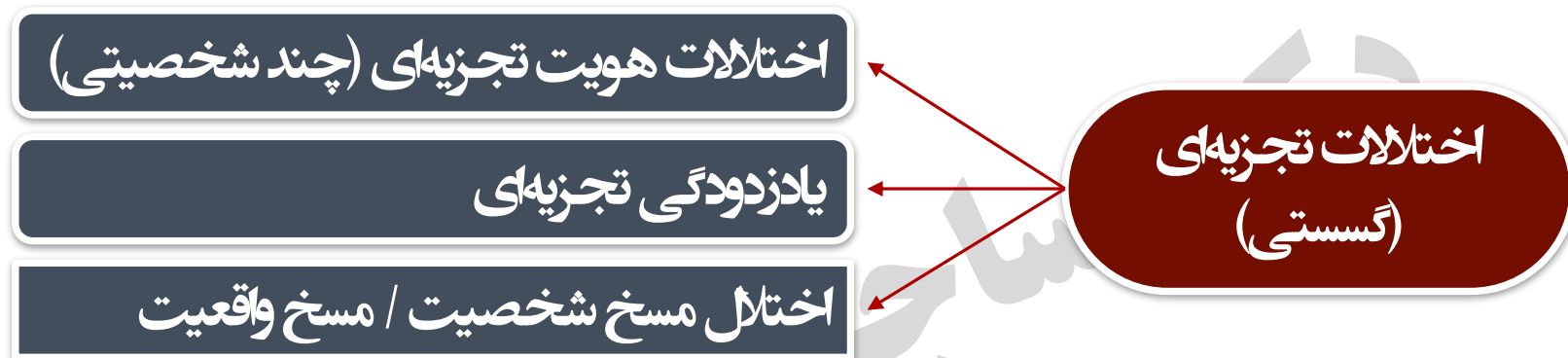
عواملی که در اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از آسیب مشترک و متفاوت هستند به ترتیب عبارتند از:

۱) طول مدت نشانه‌ها و میزان سلامت روانی قبل از تجربه رویداد آسیب‌زا

۲) تجربه رویداد آسیب‌زا و طول مدت نشانه‌ها کمتر از یک‌ماه و بیشتر از یک‌ماه

۳) سن بروز نشانه‌ها و نوع درمان‌های مناسب برای اختلال

۴) درمان زیستی و درمان روان‌شناختی



اختلال‌های تجزیه‌ای

- تجزیه یا گسست، یکی از مکانیسم‌های دفاعی است که افراد در رویارویی با حوادث آسیب‌زننده و پراسترس به کار می‌برند. درواقع، فرد با استفاده از این مکانیسم دفاعی می‌خواهد با تجزیه یا گسست بخشی از ادراک، افکار و احساسات مرتبط با آن، شرایط را از ذهن خود دور نگه دارد یا به شکلی تغییر یافته با آن روبرو شود.

- اگر میزان به کارگیری این مکانیسم دفاعی، زیاد و شدید باشد، به طوری که باعث ناراحتی و کاهش عملکرد فرد و روابط اجتماعی‌اش شود در این حالت می‌گوییم او دچار اختلال تجزیه‌ای شده است.

تفاوت اختلال تجزیه‌ای در DSM-IV-TR و DSM-5

در DSM-IV-TR در طبقه اختلال‌های تجزیه‌ای، اختلالی با عنوان فرار تجزیه‌ای (گریز روان‌زاد) وجود دارد که در DSM-5 در اختلال تجزیه هویتی ادغام شده است.

اختلال چندشخصیتی (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 هویت تجزیه‌ای در DSM-5

ملاک A: گسیختگی هویت برحسب دو یا چند حالت متمایز مشخص می‌شود که ممکن است در برخی فرهنگ‌ها به‌عنوان تسخیرشدگی تعبیر شود. گسیختگی هویت موارد زیر را در برمی‌گیرد: وقفه چشمگیر در احساس خویشتن و احساس عاملیت، همراه با تغییرات در عواطف، رفتار، هشیاری، حافظه، ادراک، شناخت و یا کارکرد حسی - حرکتی. این علائم و نشانه‌ها را ممکن است دیگران مشاهده کنند یا خود فرد آن‌ها را شرح دهد.

ملاک B: خال‌های مکرر در یادآوری رویدادهای روزمره، اطلاعات شخصی مهم و یا رویدادهای آسیب‌زا که با فراموشی عادی همخوانی ندارد.

گریز تجزیه‌ای (گریز روان‌زاد)

همان‌طور که اشاره شد، در DSM-IV-TR در طبقه اختلال‌های تجزیه‌ای، اختلالی با عنوان فرار تجزیه‌ای (گریز روان‌زاد) وجود دارد که در DSM-5 حذف شده است. در این قسمت، این اختلال را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

بیماری گریز تجزیه‌ای عبارت است از: از دست دادن ناگهانی و شدید حافظه همراه با دور شدن از خانه و مسافرت به نقاط دور و اخذ هویتی تازه. بیمار قسمت‌های مهم شخصیت خود (هویت شخصی) نظیر اسم، خانواده و شغل را فراموش نموده و برای خود هویت و شغل جدیدی اختیار می‌کند. این بیماری نادر بوده و در زمان جنگ و بلایای طبیعی به‌عنوان نمودی از تضادهای درونی فرد دیده می‌شود.

فراموشی تجزیه‌ای (یادزدودگی روان‌زاد یا فراموشی گسسته یا آمنزیا)

ویژگی اصلی اختلال فراموشی تجزیه‌ای (یادزدودگی روان‌زاد)، به‌عنوان شایع‌ترین نوع اختلالات تجزیه‌ای، **ناتوانی در یادآوری اطلاعات مهم شخصی** که معمولاً ماهیت استرس‌زا یا تروماتیک دارند، می‌باشد. البته این نوع افت حافظه با فراموش کاری یا حواس‌پرتی ارتباط ندارد و نتیجه آسیب به مغز نیز نباشد.

نکته: خصوصیات افراد مبتلا به فراموشی تجزیه‌ای:

- افسانه‌سازی: جعل و ابداع اطلاعات غلط به منظور پر کردن خلأهای حافظه
- نظارت بر خود: استفاده از روش‌هایی همچون، یادداشت‌برداری برای رهایی از شر فراموشی
- آگاهی نسبت به از دست دادن حافظه



انواع فراموشی تجزیه‌ای

➤ **فراموشی موضعی (مکان یافته):** این نوع فراموشی زمانی رخ می‌دهد که فرد نمی‌تواند رویدادهای یک محدوده زمانی مشخص را مخصوصاً بعد از یک حادثه ناگوار، به‌خاطر بیاورد.

➤ **فراموشی گزینشی (فراموشی انتخابی):** زمانی رخ می‌دهد که فرد می‌تواند بعضی رویدادهای یک محدوده زمانی خاص، ولی نه همه آنها، را به یاد بیاورد، یعنی ناتوانی در یادآوری بعضی از جزئیات یک رویداد (مثلاً سرباز از جنگ برگشته می‌تواند بعضی رویدادهای یک نبرد نظامی پرحادثه و تروماتیک را به یاد بیاورد، اما بعضی دیگر را نه). کسانی که به جنایات شنیع متهم شده‌اند معمولاً از فراموشی گزینشی کمک می‌گیرند.

➤ **فراموشی فراگیر (تعمیم یافته):** در این نوع فراموشی فرد نمی‌تواند هیچ‌چیزی از زندگی‌اش را به یاد آورد.

➤ **فراموشی پیوسته (دوام دار):** عبارت است از ناتوانی در یادآوری رویدادها از تاریخ به خصوصی تا زمان حال



نکته: در تقسیم بندی دیگر، ۲ نوع یادزدودگی مطرح شده است:

- **یادزدودگی پس گستر:** فرد تمام رویدادهایی که بلافاصله قبل از آسیب واقع شد مدت را فراموش می کند.
- **یادزدودگی پیش گستر:** طی آن، فرد موارد جدید بعد از سانحه را به یاد نمی آورد که تقریباً همیشه علت جسمانی دارد.

اختلال مسخ شخصیت (مسخ واقعیت)

اختلال مسخ شخصیت (مسخ واقعیت)، نوعی تغییر و دگرگونی در ادراک و تجربه ما نسبت به دنیای بیرونی مان است. هنگامی که فرد بارها و بارها احساس کند که از بدن خود خارج شده و یا احساس کند که همه چیز در اطرافش غیر واقعی است و یا ترکیبی از هر دو حس را دارد، دچار اختلال مسخ شخصیت است. احساس مسخ شخصیت و مسخ واقعیت می تواند بسیار نگران کننده باشد و ممکن است شما احساس کنید که در رؤیا زندگی می کنید.

معیارهای اختلال مسخ شخصیت / واقعیت

ملاک A: وجود تجربه مکرر و مداوم از مسخ شخصیت، مسخ واقعیت یا هردو. مسخ شخصیت: تجاربی از احساس غیرواقعی بودن و جدایی از خود، یا این که فرد به عنوان یک ناظر خارجی افکار، احساسات، هیجانات، بدن یا فعالیت‌های خود را مشاهده می‌کند.

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

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

انواع حالت‌های
مسخ شخصیت /
مسخ واقعیت

➤ **مسخ شخصیت یک طرفه**

بیمار احساس می‌کند که نیمی از بدنش غیر واقعی است و یا وجود ندارد. این حالت ممکن است با آسیب لوب آهیانه طرف مقابل بدن مرتبط باشد.

➤ **پدیده دوگانگی**

فرد احساس می‌کند که مرکز هوشیاری او خارج از بدن و اغلب چند قدم جلوتر قرار دارد و از آنجا خودش را مشاهده می‌کند.

➤ **تحریف حافظه تکراری**

بیمار معتقد است که در آن واحد در دو مکان متفاوت حضور دارد.

تست بنزیم ۵۱

دکتری ۹۹: وجود دویا چند شخصیت در یک فرد، که هر یک به اندازه کافی منسجم هستند که زندگی نسبتاً پایداری برای خود داشته باشند و کنترل کامل رفتار فرد را در اختیار بگیرند، نشانگر کدام اختلال روانی است؟

۱. هویت تجزیه‌ای
۲. شخصیت اسکیزوئید
۳. یادزدودگی تجربی
۴. شخصیت اسکیزوفرنی گونه

تست بنزیم ۵۲

ارشد وزرات بهداشت ۹۶: ویژگی اساسی در فراموشی تجزیه‌ای کدام گزینه است؟

۱. ناتوانی در به یاد آوردن اطلاعات مهم شخصی
۲. احساس بیگانگی و جدایی از خود
۳. عزیمت ناگهانی و غیرمنتظره از منزل
۴. وجود دویا چند حالت شخصیتی

تست بنزیم ۵۳

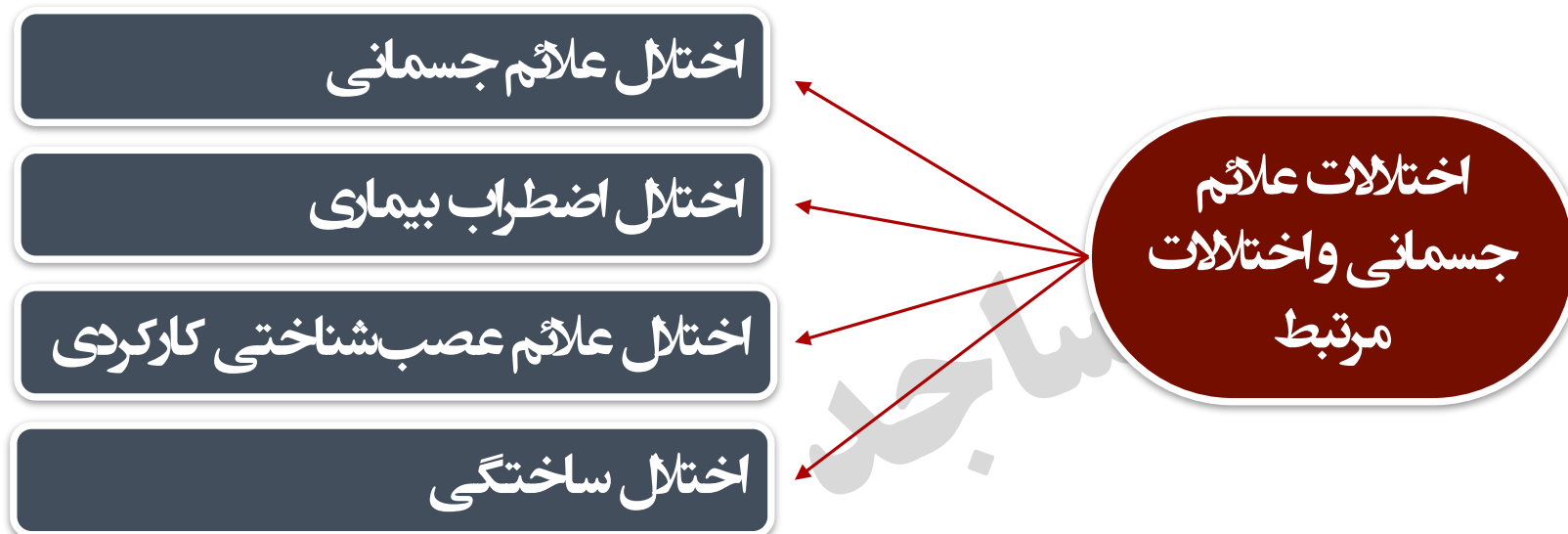
ارشد ۹۵: کدام اختلال عبارت است از تغییر مستمر و عودکننده ادراک شخص از خود به طوری که احساس واقعیت خود موقتاً از بین می‌رود؟

۱. خواب‌واره تجزیه‌ای

۲. گریز تجزیه‌ای

۳. مسخ شخصیت

۴. هویت تجزیه‌ای



تفاوت‌های اختلالات علائم جسمانی و اختلالات مرتبط در

DSM5 و DSM-IV-TR

- ❖ DSM-5، این اختلالات در قالب اختلالات علائم جسمانی و اختلالات مرتبط نامگذاری شده‌اند.
- ❖ اختلال هیپوکندریازیس در DSM-IV-TR به اختلال اضطراب بیماری در DSM-5 تغییر نام داده شده است. اختلال علائم جسمانی
- ❖ اختلال تبدیلی در DSM-IV-TR به نشانگان عصب‌شناختی کارکردی در DSM-5 تغییر نام داده شده است.
- ❖ اختلال بدشکلی بدنی از این طبقه حذف و در DSM-5 در طبقه اختلالات وسواس اراکه شده است.

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 با 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.



اختلال اضطراب بیماری (خودبیمارانگاری، هیپوکندریازیس)

این اختلال درواقع **هراس از احتمال بیمار بودن** است. فرد مبتلا به این اختلال، مشغولیت فکری مداوم به داشتن، یا احتمال ابتلا به یک بیماری طبی جدی تشخیص داده نشده را دارد. هرچند که نگرانی ممکن است به خاطر یک علامت یا حس غیرجسمی غیرمرضی باشد، ناراحتی فرد اصولاً ناشی از شکایت جسمی نیست بلکه بیشتر ناشی از اضطراب درباره معنا، اهمیت یا علت شکایت است؛ به عبارتی نگرانی فرد از این است که ممکن است یک بیماری در او تشخیص داده شود.

در صورتی که علامت یا نشانه‌ای جسمی وجود داشته باشد، اغلب احساس فیزیولوژیک طبیعی مثل سرگیجه، یک اختلال کارکردی خوش‌خیم موقت مثل وزوز گوش، یا یک احساس ناراحتی جسمی که عموماً دلالت بر وجود بیماری نمی‌کند مثل آروغ زدن، بروز می‌کند. اگر یک بیماری طبی قابل تشخیص وجود داشته باشد، اضطراب و مشغولیت ذهنی فرد به وضوح افراطی و نامتناسب با شدت بیماری خواهد بود. اشتغال خاطر با فکر بیمار بودن، با اضطراب قابل توجهی درباره سلامتی و بیماری همراه است.



نوع فرعی تیمارجو: افراد تیمارجو (نیازمند محبت، رسیدگی، تیمارداری) از دارو و خدمات درمانی به‌طور فراوان استفاده می‌کنند.

نوع فرعی تیمارگریز: افراد تیمارگریز به‌ندرت به دنبال دوا و درمان می‌روند زیرا ملاقات با پزشکان و تحت آزمایش‌های پزشکی مختلف قرار گرفتن در آزمایشگاه و عبور از یک سری مراحل دیانوستیک باعث اضطراب آن‌ها و رسیدن این اضطراب به سطوح غیرقابل تحمل می‌شود.

انواع فرعی اختلال
اضطراب بیماری

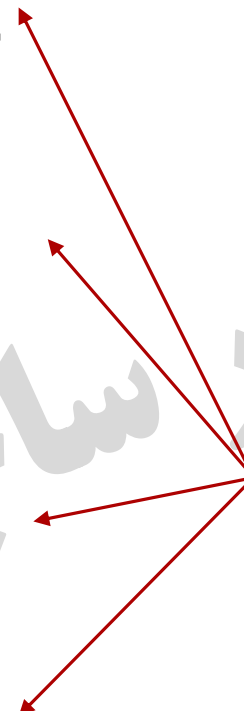
ملاک A: وجود یک یا چند علامت حرکتی یا کارکردی حسی که به صورت عمدی تغییر یافته است.

ملاک B: شواهد بالینی بیانگر ناهمخوانی علائم و بیماری‌های عصبی یا جسمی است که با عارضه جسمی و بیماری‌های عصبی شناخته شده مطابقت ندارد.

ملاک C: اختلال جسمی یا روانی دیگری توجیه بهتری برای این نشانگان نمی‌باشد.

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 تبدیلی
(اختلال علائم عصب
شناختی کارکردی)



ویژگی های افراد مبتلا به اختلال علائم عصب شناختی کارکردی (اختلال تبدیلی)

- ❖ اختلال تبدیلی اغلب با اختلال شخصیت وابسته، ضداجتماعی، نمایشی و پرخاشگرا/انفعالی ارتباط دارد.
- ❖ تشنج های کاذب
- ❖ نفع اولیه
- ❖ بی تفاوتی زیبا
- ❖ پنفع ثانویه
- ❖ همانندسازی
- ❖ آزمون MMPI-2 و آزمون رورشاخ در این افراد، افزایش سائق های غریزی، واپس زنی جنسی و مهار پرخاشگری را نشان می دهد.

ملاک‌های تشخیص
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 به عنوان 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 سایکوتیک دیگر) نمی‌تواند توضیح بهتری برای این رفتار باشد.

ملاک‌های تشخیص
اختلال ساختگی
(تحمیل شده به دیگران)

ملاک A: فرد یک نفر دیگر را به دروغ مبتلا به سمپتوم‌های علائم فیزیکی یا سایکولوژیک نشان می‌دهد، یا عمداً او را دچار جراحت، آسیب یا بیماری می‌کند، و همه این کارها را 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 (مثل اختلال هذیانی یا یک اختلال سایکوتیک دیگر) نمی‌تواند توضیح بهتری برای این رفتار باشد.

ملاک E: فرد خاطی مبتلا به اختلال ساختگی تشخیص داده می‌شود نه فرد قربانی.

تست شماره ۵۴

دکتری ۹۶: ویژگی اصلی کدام اختلال، اضطراب شدید درباره بیماری جدی است و اعتقاد راسخ به بیمار بودن است؟

1. اضطراب فراگیر
2. اضطراب بیماری
3. وحشت زدگی (پتیک)
4. هراس (فوبیا)

تست شماره ۵۵

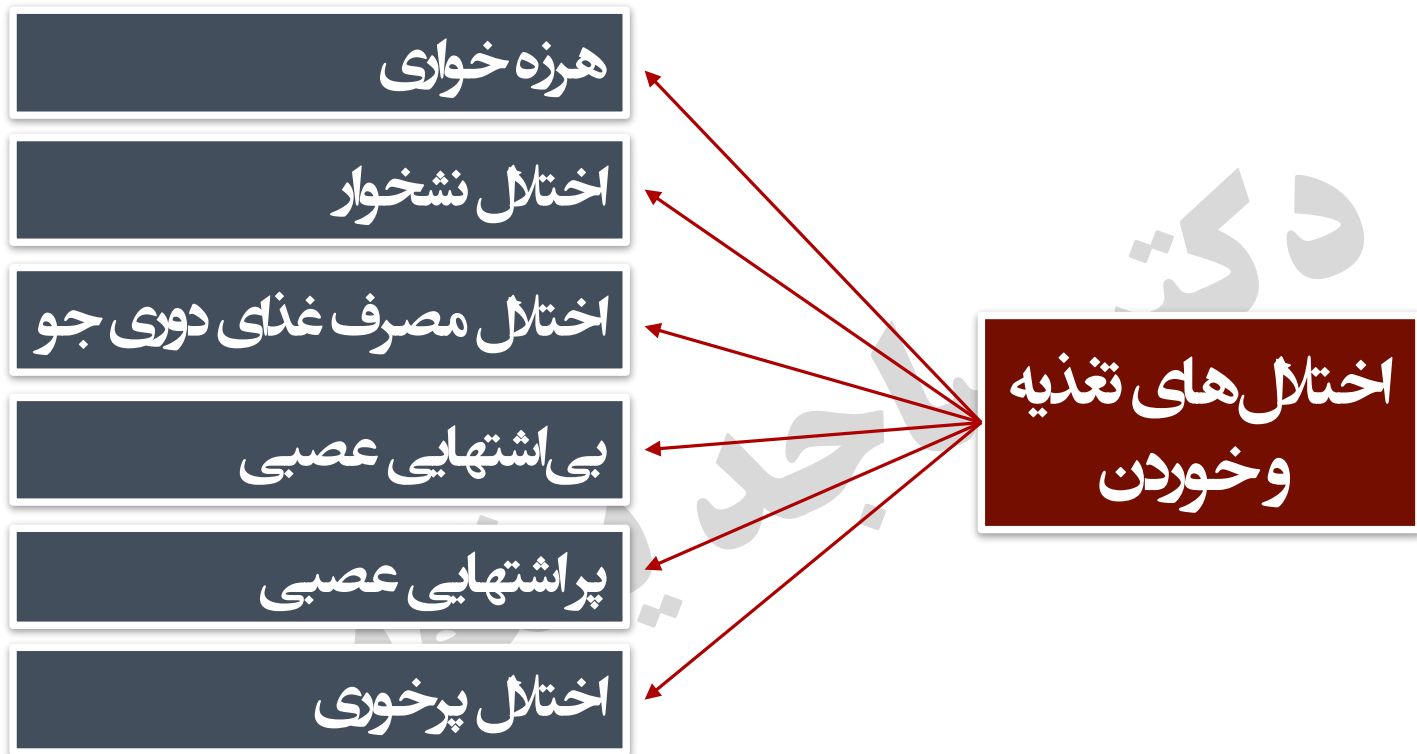
دکتری ۹۷: تفاوت عمده اختلال ساختگی و تمارض کدام است؟

1. نبود انگیزه برای ایفای نقش بیمار در اختلال ساختگی
2. نبود علایم و نشانه های جسمی در اختلال ساختگی
3. نبود مشوق های بیرونی در اختلال ساختگی
4. فرار از مسئولیت و نفع ثانوی در اختلال ساختگی

ساجد یعقوب نژاد



SAJED. Y AGHOOBNEZHAD



تست شماره ۵۶

دکتری ۹۴: به کدام دلیل در دو تا سه دهه گذشته، موارد ابتلا به آنورکسیا و بولومیا افزایش چشمگیر داشته است؟

- الف) معلوم شده افراد خیلی چاق بیماری قند دارند.
- ب) مردم در اثر افزایش اطلاعات، متوجه این بیماری ها شده اند.
- ج) کار در بیرون از خانه و در نتیجه رقابت افزایش یافته است.
- د) رسانه های عمومی اندام ایده آل را به ذهن مردم تحمیل کرده اند

اختلال هرزه‌خواری (پیکا)

- خوردن مداوم مواد غیرمغذی، غیرغذایی در طول دوره حداقل ۱ ماه.
- خوردن مواد غیرمغذی، غیرغذایی با سطح رشد فرد نامناسب است.
- این رفتار خوردن بخشی از شیوه هنجاری که از لحاظ فرهنگی یا اجتماعی تأیید شده باشد نیست.
- اگر رفتار خوردن در زمینه اختلال روانی دیگر (مثل کم‌توانی ذهنی، اختلال طیف اتیسم، اسکیزوفرنی) یا بیماری جسمی (از جمله حاملگی) روی دهد، به قدر کافی شدید هست که توجه بالینی اضافی را موجه سازد.



اختلال نشخوار

- شخص (معمولاً نوزاد یا کودک) غذای خورده شده‌اش را به دهان بازمی‌گرداند و دوباره آن را می‌جود. در بیشتر موارد غذای دوباره جویده شده بلعیده می‌شود اما گاهی نیز کودک آن را تف می‌کند.
 - برای این که این رفتار تشخیص اختلال دریافت کند باید
 - در کودکی رخ بدهد که قبل از آن به صورت نرمال غذا می‌خورده
 - به صورت منظم تکرار شود
 - حداقل به مدت یک ماه این رفتار دیده شود.
- ممکن است این رفتار درست در حین غذا خوردن مشاهده شود یا بعد از آن.

اختلال مصرف غذای اجتناب / محدودیت غذا

- اختلال مصرف غذای اجتناب / محدودیت غذا، که جدیداً به DSM-5 اضافه شده است، در چهارمین ویرایش DSM به نام **اختلال غذایی یا اختلال خورد و خوراک در نوزادی و خردسالی** شناخته می‌شد.
- در این اختلال، فرد از غذا خوردن اجتناب می‌ورزد یا مقدار غذای خود را آنقدر محدود می‌کند که نیازهای غذایی برطرف نمی‌شوند و در نتیجه مقدار زیادی از وزن و انرژی خود را از دست می‌دهد. این اختلال بیشتر در نوزادی یا خردسالی ایجاد می‌شود و ممکن است در بزرگسالی ادامه یابد.



معیارهای بی‌اشتهایی عصبی در DSM-5

ملاک A. فرد از خوردن غذای مناسب و در نتیجه، کسب انرژی لازم خودداری می‌کند و این موضوع به کاهش وزن شدید (از لحاظ سنی، جنسی، مسیر رشدی، و سلامت جسمی) منجر می‌شود.

ملاک B. فرد از افزایش وزن یا چاق شدن به شدت می‌ترسد، یا به‌طور دائم رفتارهایی پیش می‌گیرد که مانع افزایش وزن می‌شوند، حتی زمانی که کمبود وزن چشمگیر دارد.

ملاک C. از وزن بدن یا شکل اندام خود برداشت غلط دارد، ارزشی که برای خودش قایل می‌شود بیش‌ازحد و به‌طور غیرمنطقی تحت تأثیر وزن بدن یا شکل اندامش است. و باینکه کمبود وزن دارد، قبول نمی‌کند که این کمبود وزن برای سلامتش جداً ضرر دارد.



بی‌اشتهایی عصبی از نوع محدود (محدودکننده) که در آن گرسنگی دادن به خود با تصفیه " (purging) " همراه نیست به عبارت دیگر فرد خود را به استفراغ نمی‌اندازد یا از مواد ملین استفاده نمی‌کند.

انواع بی‌اشتهایی عصبی

بی‌اشتهایی عصبی از نوع پرخوری پاک‌سازی/تصفیه که در آن فرد به‌طور مرتب خود را به استفراغ واهی دارد یا از مواد ملین (مسهل) استفاده می‌کند تا بتواند بر وزن خود کنترل داشته باشد.

معیارهای پراشتهایی عصبی در DSM-5

حمله‌های مکرر پرخوری افراطی. حمله‌های پرخوری افراطی دو مشخصه دارد که هر دو باید وجود داشته باشند:

➤ در یک دوره زمانی مستقل (مثلاً در عرض ۲ ساعت، فرقی نمی‌کند در چه زمانی از شبانه‌روز)، مقدار غذایی که فرد می‌خورد از مقدار غذایی که اکثر افراد در همان دوره زمانی و تحت شرایط مشابه می‌خورند، بسیار بیشتر است.

➤ در طول این دوره‌های زمانی پرخوری، فرد احساس می‌کند بر خوردن خود کنترل ندارد (مثلاً احساس می‌کند نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا نوع غذا یا مقدار آن را کنترل کند).

2. فرد، برای جبران پرخوری‌های خود و جلوگیری از افزایش وزن، به‌طور مکرر به **رفتارهای جبرانی نامناسب** اقدام می‌کند.

3. هم پرخوری افراطی و هم رفتارهای جبرانی نامناسب، به‌طور متوسط، **حداقل یک بار در هفته و به مدت سه ماه** روی می‌دهند.



نکته: هدف بیمار هم در بی‌اشتهایی عصبی و هم در پراشتهایی عصبی لاغری مفرط است.

تفاوت‌های اساسی بین بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی

نوع تفاوت	بی‌اشتهایی عصبی	پراشتهایی عصبی
تصویر بدنی	تصویر بدنی منحرف شده	برداشت دقیق از بدن خود با وجود نگرانی از افزایش وزن
وزن	از دست دادن بسیار زیاد وزن	وزن متوسط و یا بالای وزن (اغلب در ۱۰ درصد بالایی وزن هستند)
میل جنسی	میل جنسی پایین	میل جنسی معمولی

تست شماره ۵۷

دکتری ۹۲: ویژگی اصلی بی‌اشتهایی عصبی کدام است؟

1. اختلال در تصور بدنی
2. فقدان قاعدگی پس از نخستین قاعدگی
3. ناتوانی در مقاومت در برابر میل به انجام رفتارهای نامعقول
4. از دست دادن زبان و مهارت‌های حرکتی و عملکرد انطباقی

تست شماره ۵۸

دکتری ۹۳: وجه اشتراک بیماران مبتلا به اختلال مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی کدام است؟

1. استفرغ کردن
2. ورزش کردن
3. برخورداری از وزن طبیعی
4. ترس از چاق شدن

ملاک‌های تشخیص پرخوری افراطی در DSM5

ملاک A. دوره‌های مکرر پرخوری افراطی. هر اپیزود پرخوری افراطی دو مشخصه اصلی دارد (هر دو باید وجود داشته باشند)

- فرد در یک دوره زمانی مستقل (مثلاً در عرض دو ساعت) مقداری غذا می‌خورد که بسیار بیشتر از غذایی است که اکثر مردم در همان دوره زمانی و تحت شرایط مشابه می‌خورند.
- احساس می‌کند در طول این دوره نمی‌تواند رفتار "خوردن" را کنترل کند (برای مثال، احساس می‌کند نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا نوع غذا یا مقدار آن را کنترل کند).

ملاک B. دوره‌های پرخوری افراطی با سه مورد (یا بیشتر) از موارد زیر همراه است:

- فرد با سرعتی بسیار بیشتر از سرعت عادی می‌خورد.
- آن قدر می‌خورد که احساس سری ناخوشایندی به او دست می‌دهد.
- حتی زمانی که احساس نمی‌کند به‌طور فیزیکی گرسنه است، مقدار زیادی غذا می‌خورد.
- در تنهایی می‌خورد زیرا از این که دیگران ببینند چقدر زیاد می‌خورد خجالت می‌کشد.
- بعد از پرخوری، از خودش بدش می‌آید، به شدت ناراحت و غمگین می‌شود، یا به شدت احساس عذاب وجدان می‌کند.

بی اختیاری ادرار

اختلالات دفعی

بی اختیاری دفع



بی‌اختیاری ادرار

- ملاک A. تخلیه‌ی مکرر ادرار در رختخواب یا لباس (چه غیرارادی و چه ارادی)؛
- ملاک B. این رفتار زمانی از لحاظ بالینی قابل ملاحظه است که حداقل دو بار در هفته و در یک دوره‌ی سه‌ماهه به‌طور متوالی وجود داشته باشد یا در عملکردهای مختلف مانند وضع تحصیلی، اجتماعی، شغلی و وظایف دیگر به گونه‌ای معنادار اختلال ایجاد کند؛
- ملاک C. سن کودک حداقل ۵ سال باشد؛
- ملاک E. رفتار کودک به تأثیر مستقیم فیزیولوژیکی یک ماده یا دارو یا بیماری جسمانی مربوط می‌شود و به شرایط عمومی و آسیب پزشکی ارتباط ندارد.

انواع بی‌اختیاری ادرار

➤ نوع فقط شبانه

- شایع‌ترین نوع بی‌اختیاری ادرار
- اغلب در طی یک سوم نخست شب/ خواب با حرکت سریع چشم (REM) رخ می‌دهد و کودک ممکن است رؤیایی در زمینه‌ی عمل ادرار کردن تعریف کند، اتفاق می‌افتد.

➤ نوع روزانه

- در نوع فقط روزانه، بی‌اختیاری ادرار در طی ساعات روز مشاهده می‌شود.
- بی‌اختیاری ادرار روزانه در دختران شایع‌تر از پسران است و پس از ۹ سالگی نیز بسیار نادر است.
- این روادید اغلب در اوایل بعدازظهر به‌ویژه در مدرسه رخ می‌دهد.
- گاهی بی‌اختیاری ادرار روزانه بر اثر امتناع از رفتن به دستشویی به دلیل اضطراب اجتماعی یا اشتغال به بازی و فعالیت‌های مدرسه‌ای است.

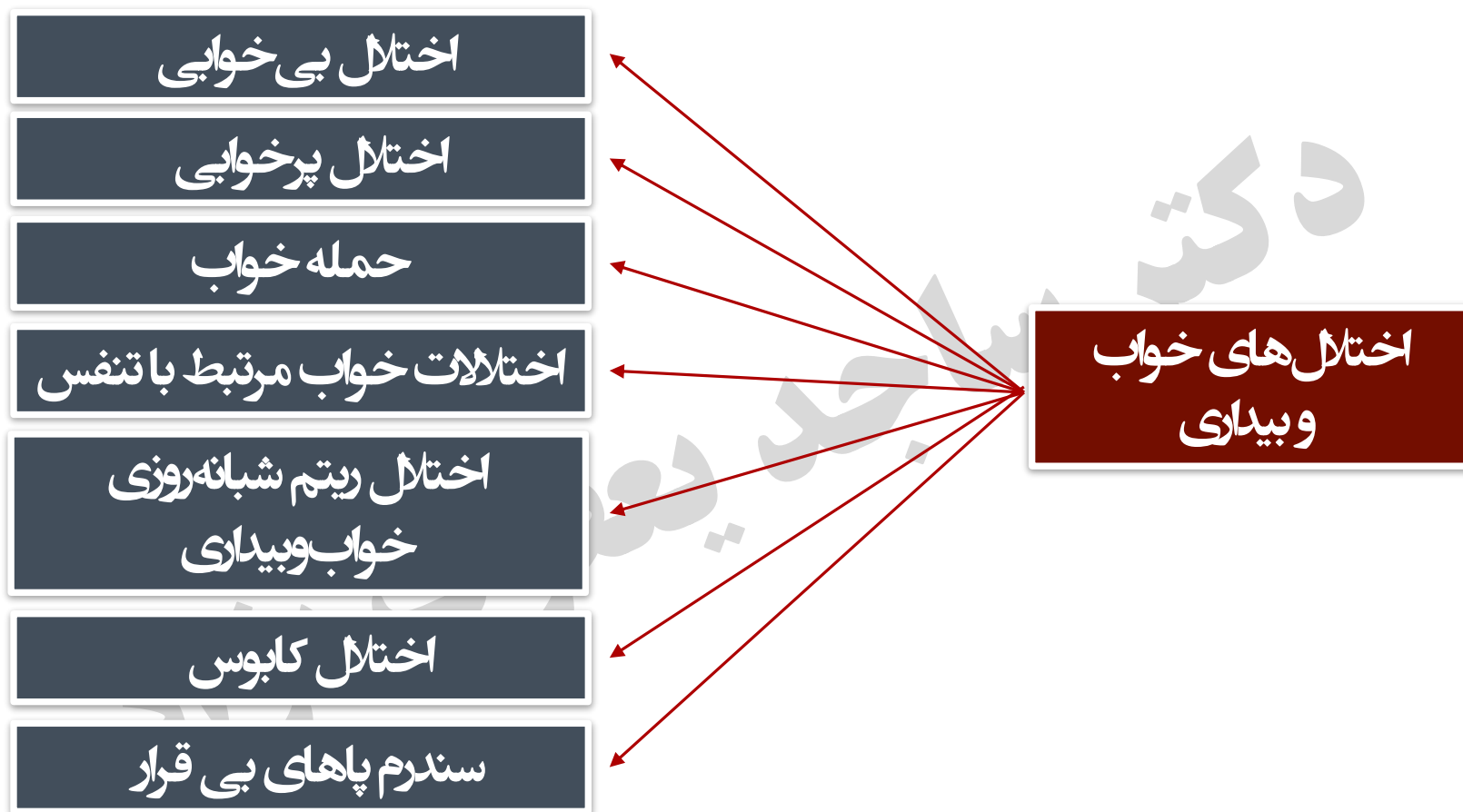
ملاک‌های تشخیصی بی‌اختیاری مدفوع در DSM

ملاک A. دفع مکرر مدفوع به صورت ارادی یا غیرارادی در مکان‌های نامناسب.

ملاک B. این عمل باید حداقل به مدت سه ماه و ماهیانه حداقل یک بار رخ دهد.

ملاک C. سن تقویمی فرد باید حداقل چهار سال باشد.

ملاک D. این اختلال از تأثیر فیزیولوژیکی مواد یا داروها یا بیماری جسمانی ناشی نشود



اختلال بی خوابی (اشکال در شروع یا دوام خواب)

بی خوابی شایع ترین نوع شکایت از خواب است که بر اساس آن در شروع و دوام خواب مشکل دارد و یا پس از خواب احساس راحتی نمی کند. این مشکلات برای حداقل ۳ ماه وجود دارند. این افراد تلاش زیادی برای به خواب رفتن دارند ولی نتیجه عکس می گیرند.



ساجد یعقوب نزهادر
SAJED. Y AGHOOBNEZHAD

نکته: شکایت عمده افراد مبتلا به بی خوابی، خواب غیر نیروبخش و سرحال نبودن در طول روز است.

پرخوابی (خواب زدگی)

مشخصه اصلی این اختلال، خواب‌آلودگی مفرط، با خواب شبانه طولانی، اشکال در حفظ حالت هشیاری در خلال روز، دوره‌های خواب ناخواسته در روز است به رغم این که فرد ۷ ساعت در روز خوابیده است. این مشکل حداقل ۳ ماه و هر هفته ۳ بار رخ می‌دهد.

نکته: درمان اختلال پرخوابی عمدتاً با تجویز داروهای روان محرک صورت می‌گیرد.

حمله خواب

حمله خواب عبارت است از حمله‌های خواب که فرد نمی‌تواند نسبت به آن‌ها مقاومت کند و ممکن است در هر مکانی رخ دهند. به عبارت بهتر، نارکولپسی یا همان خواب‌زدگی عبارت است از خواب-آلودگی مفرط روزانه و تظاهرات غیرطبیعی خواب REM که، حداقل به مدت ۳ ماه و هر هفته ۳ بار روی می‌دهد.

گاهی نارکولپسی با کاهش تنود عضلانی و یا فقدان تنود عضلانی همراه است که فرد مبتلا برای چند ثانیه تا چند دقیقه بر زمین می‌افتد، ولی کاملاً هشیار است. به این نوع از حمله خواب، کاتاپلکسی گفته می‌شود که با خواب متناقض با فلج عضلانی همراه است.

تست شماره ۵۸

ارشد وزرات بهداشت ۹۷: خواب آلودگی مفرط روزانه همراه با علائم فرعی معرف نفوذ خواب REM در حالت بیداری اشاره به اختلالی است؟

1. پر خوابی
2. حمله خواب
3. بی خوابی
4. اختلال ریتم شبانه روزی خواب

دکتر ساجد یعقوب نژاد

اختلالات خواب وابسته به تنفس

- آپنه انسدادی خواب (تنفس سطحی وقفه تنفسی انسدادی هنگام خواب)
- وقفه تنفسی مرکزی حین خواب
- هیپوونتیلیاسیون مرتبط با خواب

اختلال ریتم چرخه خواب

ویژگی اصلی اختلال آهنگ خواب شبانه‌روزی، قطع مداوم یا متفاوت خواب است که در نتیجه عدم مطابقت سیستم چرخه‌ای درونزاد که مسئول تناوب بیداری- خواب خاص هر فرد است با اجبارهای بیرونی در مورد وقت خوابیدن و طول مدت خواب به وجود می‌آید. به عبارت دیگر در این اختلال شاهد عدم همخوانی دوره‌های خواب با دوره‌های واقعی خواب هستیم.

انواع فرعی اختلال ریتم چرخه خواب

نوع مرحله خواب تأخیری	الگوی پایدار تأخیر در شروع خواب و بیداری دیر هنگام، یا ناتوانی در به خواب رفتن و بیدار شدن و در زمان زودتر.
نوع پرواززدگی (درنگ جت)	خواب‌آلودگی و بیداری در یک زمان نامناسب از روز نسبت به وقت محلی، که پس از مسافرت مکرر در بیش از یک منطقه زمانی، روی می‌دهد.
نوع کار شیفتی (نوبت کاری)	بی‌خوابی طی یک دوره اساسی خواب یا خواب‌آلودگی مفرط در دوره بیداری اساسی که با کار شیفتی شب یا تغییر مکرر کار شیفتی همراه است.
نوع مرحله خواب پیشرفته	افراد مبتلا به این نوع، بسیار سحرخیز بوده و زودتر از زمان مطلوب بیدار می‌شوند.



اختلال کابوس

علامت اساسی اختلال کابوس وقوع مکرر رؤیاهای ترسناک است که منجر به بیداری از خواب می‌شود. رؤیاهای ترسناک یا انقطاع در خواب به علت بیدار شدن موجب ناراحتی قابل ملاحظه فرد یا نارسایی در کارکرد اجتماعی یا شغلی می‌شود. این اختلال در صورتی تشخیص داده نمی‌شود که کابوس‌ها منحصراً طی اختلال روانی دیگر روی دهد یا ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم یک ماده (ماده مخدر یا دارو) یا یک حالت طبی عمومی می‌باشد.

ساجد یعقوب نژاد

نکته: کابوس‌ها معمولاً در اواخر شب و در جریان خواب REM رخ می‌دهند و با بیدار شدنی که با بازگشت سریع به هشیاری کامل و احساس ترس یا اضطراب باقیمانده همراه است، به پایان می‌رسند.

210

اختلال وحشت خواب

مشخصه اصلی وحشت خواب، برخاستن از خواب در یک سوم اول شب در ضمن مراحل خواب عمیق (NREM)، به علت یک رویای وحشتناک است. اختلال وحشت خواب توام با رفتارهای هیجانی بسیار شدید است به گونه ایکه تقریباً همیشه با فریاد یا گریه‌ای گوش‌خراش، همراه با تظاهرات رفتاری اضطراب شدید تا حد حمله هراس آغاز می‌شود به‌طور معمول، بیمار باحالتی وحشت‌زده در بستر می‌نشیند، مدتی بلند جیغ می‌کشد، و گاهی بلافاصله بیدار شده و احساس وحشت شدید به او دست می‌دهد. گاهی بیمار در حالتی فاقد احساس جهت‌یابی بیدار می‌ماند.

خوابگردی

علامت اساسی اختلال خوابگردی دوره‌های مکرر رفتار حرکتی پیچیده، از جمله برخاستن از بستر و راه رفتن، است که طی خواب شروع می‌شود. دوره‌های خوابگردی طی خواب با موج کوتاه شروع و لذا بیشتر اوقات طی یک سوم اول شب و خواب NREM، پدیدار می‌شوند.

نکته: معمولاً خوابگردی با چشم باز و هماهنگی نسبی دستگاه‌های حسی و حرکتی صورت می‌گیرد که در کودکان شایع‌تر از بزرگسالان (اوج شیوع ۱۲ سالگی) و در پسران بیش از دختران دیده می‌شود. خوابگردی معمولاً در اوایل خواب و در وهله‌های سوم و چهارم مرحله خواب متعارف اتفاق می‌افتد و ارتباطی با رؤیا ندارد.

سندرم پاهای بی‌قرار

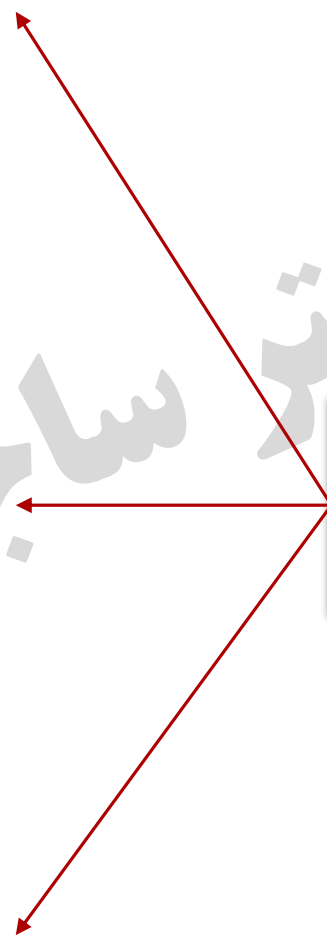
مشخصه اصلی سندرم پاهای بی‌قرار اختلال خواب حرکتی - عصبی است که با میل به حرکت دادن پاها و دست‌ها مشخص می‌شود. در سندرم پاهای بی‌قرار، فرد احساس می‌کند که حشرات روی پایش راه می‌روند (به عنوان مثال گمان می‌کند مورچه روی پای او حرکت می‌کند و راه می‌رود). این نشانه‌ها در افراد میان سال بسیار زیاد دیده می‌شود.

کژکازی های جنسی

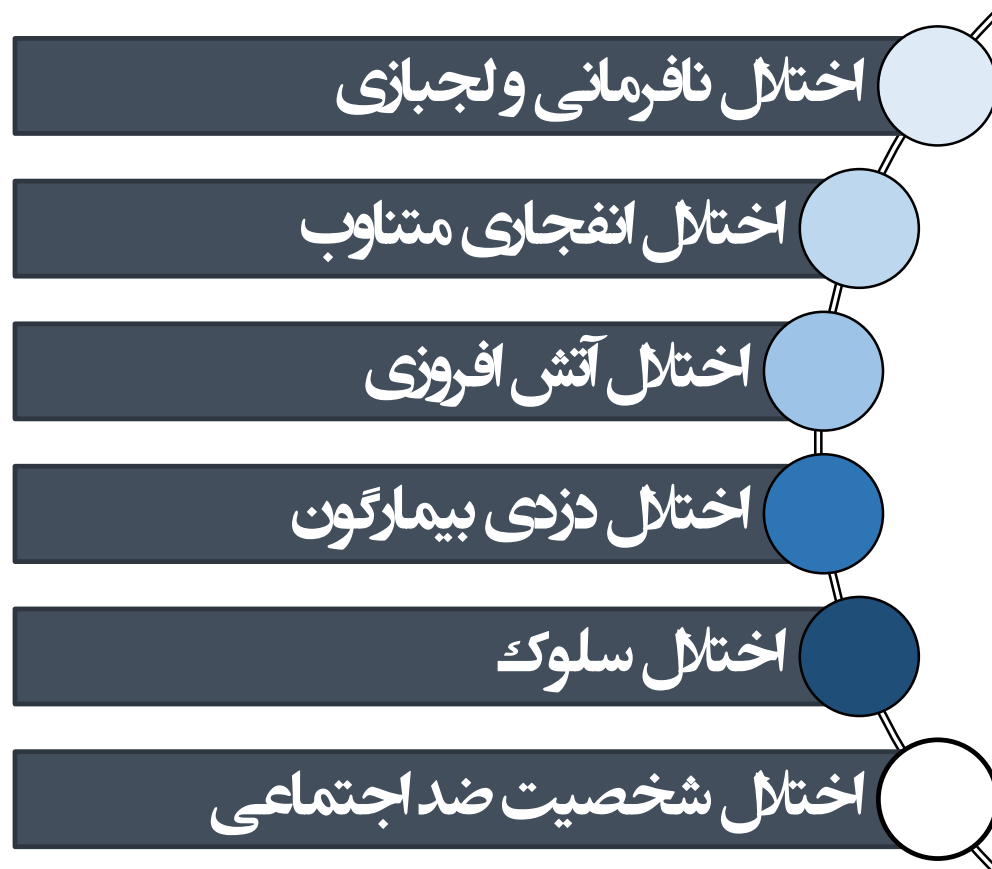
مالل جنسی

نابهنجاری های
جنسی

اختلالات
جنسی



ساختار شاخه‌ای اختلال اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک در DSM-5



ساختار شاخه‌ای
اختلال اخلاک‌گر،
کنترل تکانه و
سلوک

- ✓ در DSM-IV-TR، اختلال‌های این طبقه با عنوان اختلال‌های کنترل تکانه طرح شده‌اند اما در DSM5، این اختلال‌ها تحت عنوان اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک طرح شده‌اند.
- ✓ اختلال‌های سلوک و نافرمانی مقابله‌ای که در DSM-IV-TR، "در قالب اختلال‌های ایذایی و در طبقه اختلال‌هایی که برای نخستین بار در دوره کودکی دیده می‌شوند" قرار داشتند در DSM5، در این طبقه طرح شده‌اند.
- ✓ اختلال شخصیت ضداجتماعی، نیز که در DSM-IV-TR در طبقه اختلال‌های شخصیت قرار داشت، در DSM5، در هر دو طبقه اختلال‌های کنترل تکانه و اختلال‌های شخصیت، جایگذاری شده است.
- ✓ اختلال وسواس مو کردن، که در DSM-IV-TR، در طبقه اختلال‌های کنترل تکانه قرار داشت در DSM5، از این طبقه حذف و در طبقه اختلال‌های وسواس قرار گرفته است.
- ✓ اختلال قماربازی بیمارگون نیز در DSM5، از این طبقه حذف شده است.

اختلال لجبازی و نافرمانی (ODD)

مشخصه اصلی اختلال لجبازی و نافرمانی، الگوی رفتاری مکرر منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت که حداقل ۶ ماه دوام یافته است و وجود حداقل ۴ مورد از نشانه‌های مشاجره با بزرگسالان، زودرنجی، حساسیت و دلخوری سریع از اعمال دیگران، عصبانیت و اوقات تلخی و کینه‌توزی و انتقام‌جویی است.

نکته: تفاوت اختلال لجبازی و نافرمانی مقابله‌ای با اختلال سلوک: اختلال لجبازی و نافرمانی مقابله‌ای از نظر ماهیت نسبت به اختلال سلوک از شدت کمتری برخوردار است و به‌طور اخص شامل پرخاشگری، تخریب اموال دیگران، دزدی و حيله‌گری نمی‌شود.

اختلال سلوک

مشخصه اصلی اختلال سلوک، الگوی پایدار از رفتار تکراری است که در آن **حقوق اساسی دیگران** یا هنجارها و قواعد عمده اجتماعی متناسب با سن نادیده گرفته می‌شود. این رفتارها در ۴ گروه اصلی **پرخاشگری، صدمه به اموال دیگران، تقلب و سرقت و تخلف جدی از قواعد** قرار می‌گیرد. برای تشخیص باید ۳ (و یا بیش از ۳) مورد از رفتارهای شاخص طی ۱۲ ماه و یا حداقل ۱ مورد طی ۶ ماه گذشته مشاهده شده باشد.

نکته: تفاوت‌های بین اختلال ADHD و اختلال سلوک

تخریب اموال که در اختلال سلوک دیده می‌شود کاملاً عمدی است، در صورتی که در کودکان بیش‌فعال غیرعمدی و تصادفی است و اکثراً معذرت‌خواهی را به دنبال دارد.

نشانه‌های اختلال سلوک در بیشتر موارد برای نخستین بار از سن ۷ یا ۸ سالگی به بعد، و در مخالفت و نافرمانی در خانه و با اعضای خانواده شروع می‌شود و به تدریج به سایر زمینه‌ها سرایت می‌کند. در صورتی که سن شروع بیش‌فعالی در اکثر موارد سنین شیرخوارگی و یا کودکی (پیش از دبستان) است.

کارشناسی ارشد ۹۵: بارزترین تفاوت اختلال‌های نافرمانی مقابله‌ای و سلوک، شامل کدام مورد است؟

1. میزان شیوع کمتر نافرمانی مقابله‌ای در پسران نسبت به دختران
2. اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به اختلال سلوک نیاز به درمان طولانی‌تری دارد.
3. میزان شیوع متفاوت و تمایل به پرخاشگری کمتر در دانش‌آموزان با اختلال سلوک
4. سن بروز متفاوت و تمایل کمتر کودکان نافرمانی به پرخاشگری نسبت به کودکان با اختلال سلوک.

ساجد یعقوب نزهاد

اختلال انفجاری متناوب

اختلال انفجاری متناوب یک اختلال رفتاری است که از طریق انفجار ناگهانی خشم و خشونت، اغلب تا مرز غیظ، که نسبت به وضعیت پیش‌آمده نامناسب است (برای مثال جیغ زدن ناگهانی نسبت به رویدادهایی که نسبتاً بی‌اهمیت هستند) شناسایی می‌شود. در این اختلال انفجار خشم، ناگهان و پیش‌بینی نشده است و توسط واکنش نامتناسب به هر نوع واقعه تحریک‌آمیز واقعی یا درک شده تعریف می‌شود.

معیارهای اختلال انفجاری متناوب DSM-5

ملاک A. فوران‌های رفتاری مکرر و عودکننده که نشانگر نقص در کنترل تکانه‌های پرخاشگری است و به صورت یکی از موارد زیر نمایان می‌شود:

پرخاشگری کلامی (مانند از کوره دررفتن، ایرادگیری، جروبحث یا جنگ کلامی) (یا پرخاشگری فیزیکی نسبت به اموال، حیوانات یا سایر افراد که به صورت دوبار در هفته و به طور متوسط برای یک دوره سه ماهه روی می‌دهد. این پرخاشگری فیزیکی باعث آسیب دیدن یا تخریب اموال و جراحت جسمانی حیوانات یا دیگر افراد نمی‌گردد. سه فوران رفتاری مرتبط با آسیب زدن یا تخریب اموال یا حمله جسمانی به حیوانات یا دیگر افراد که در یک دوره ۱۲ ماهه روی می‌دهد.

ملاک C. این فوران‌های پرخاشگری از پیش برنامه‌ریزی شده نیست (یعنی تکانشی یا مبتنی بر خشم است) و به قصد دستیابی به هدف‌های ملموس (مانند پول، قدرت، ارباب) صورت نمی‌گیرد.



اختلال جنون آتش افروزی

این اختلال به معنی برپا کردن آتش به صورت مکرر، عمدی و هدفمند است. خصوصیات مرتبط با این اختلال عبارتند از: احساس تنش یا انگیزتگی عاطفی پیش از آتش افروزی، شیفتگی، علاقه یا کنجکاوی در مورد آتش و مجذوبیت نسبت به آتش و فعالیت‌ها و تجهیزات مرتبط با آتش‌نشانی، احساس لذت، رضایت یا تسکین هنگام آتش افروزی یا هنگام مشاهده حریق یا شرکت در پیامدهای آن. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است پیش از شروع آتش افروزی تدارکات پیشرفته قابل ملاحظه‌ای در نظر بگیرند.

نکته: فروید آتش را نمادی از تمایلات جنسی می‌دانست. روانکاوان دیگر جنون آتش افروزی را با میل غیرعادی برای قدرت و حیثیت اجتماعی ربط داده‌اند. به عبارت دیگر در دیدگاه روانکاوی، آتش افروزی راهی برای تخلیه خشم متراکم ناشی از ناکامی‌های مربوط به احساس حقارت جنسی یا جسمانی و یا اجتماعی است.

اختلال جنون دزدی

خصوصیت اصلی جنون دزدی ناتوانی مکرر برای مقاومت در مقابل تکانه های دزدی اشیائی است که:

✓ برای مصرف شخصی ضرورتی ندارند یا ارزش مادی خاصی ندارند.

✓ اشیاء دزدیده شده اغلب دور انداخته می شوند و یا به طور پنهانی بازگردانده می شوند و یا در خفاء نگهداری می شوند.

✓ بیماران مبتلا به جنون دزدی معمولاً توانایی خرید اشیائی که به طور تکانشی می دزدند را دارند.

✓ در اختلال جنون دزدی مثل سایر اختلالات تکانه، شخص قبل از ارتکاب عمل تنش قابل ملاحظه ای دارد و پس از انجام آن احساس رضایت و کاهش تنش می کند و ممکن است با احساس گناه، پشیمانی و یا افسردگی همراه باشد یا نباشد.

✓ دزدی برنامه ریزی شده نبوده و شخص کسی را در آن درگیر نمی کند.

✓ هر چند سرقت ها در مواردی که احتمال دستگیری فوری وجود دارد روی نمی دهند ولی مبتلایان به جنون دزدی همیشه به احتمال گرفتارشدن خود نمی اندیشند حتی اگر دستگیری های مکرر منجر به رنج و تحقیر شود.

اختلال‌های شخصیت

خوشه A: افراد عجیب و غریب.

اسکیزوئید
اسکیزوتایپال
پارانوئید.

خوشه B: افراد هیجانی، نمایشی،
نامتعادل و تحریک‌پذیر.

مرزی
هیستریک
ضداجتماعی
خودشیفته

خوشه C: افرادی پراز ترس و
اضطراب.

وسواسی - جبری
اجتنابی
وابسته



ساجد یعقوب نژاد
SAJED. Y AGHOOBNEZHAD

اختلال‌های شخصیت

تعریف شخصیت: مجموعه‌ای از رفتار و شیوه‌های تفکر شخص در زندگی روزمره

شخصیت

ویژگی‌های شخصیت

- بی‌همتایی و تفاوت
- ثبات داشتن (پایداری)
- قابلیت پیش‌بینی

مجموعه‌ای بادوام از تجربه‌های درونی رفتارها که با آنچه از فرهنگ و جامعه فرد انتظار می‌رود بسیار تفاوت دارد/ فراگیر، و انعطاف‌ناپذیر هستند و در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع شده و در طول زمان ثبات داشته و به رنج و نابسامانی

تعریف بر اساس DSM5

اختلال
شخصیت

دو ویژگی مهم افراد مبتلا

- برون دگرساز
- خود همخوان

بی‌اعتمادی و شکاکیتی
نافذ و فراگیر نسبت به دیگران

اختلال شخصیت پارانویید

بدون دلیل کافی، شک داشته باشد که دیگران دارند آن را استثمار می‌کنند، به وی ضرر می‌رسانند، یا سرش کلاه می‌گذارند. مشغولیت دائم ذهنیش شکی اثبات نشده در مورد وفاداری یا قابل اعتماد بودن دوستان و اطرافیانش باشد.

به دلیل ترسی ناموجه از اینکه اطلاعاتی را به دیگران می‌دهد مغرضانه بر ضد خودش بکار ببرند، از اطمینان کردن به دیگران اکراه داشته باشد.

در پس اظهار نظرهای بی‌غرضانه یا اتفاق‌های بی‌خطر، معانی تحقیرکننده یا تهدیدکننده پنهانی بیابد همیشه دلخور و ناخشنود باشد، یعنی اگر کسی توهین کرده باشد، صدمه‌ای رسانده باشد، یا بی‌احترامی کرده باشد هیچ وقت او را نبخشد.

با کوچک‌ترین چیزی احساس کند به اعتبارش لطمه وارد شده است، حال آنکه دیگران چنین معنایی را در آن چیزها به‌طور آشکار نیابند؛ فوراً واکنشی خشمگینانه نشان دهد یا به مقابله بپردازد.

مکرراً و بدون هیچ دلیل به وفاداری همسر یا شریک جنسی خود شک کند.

اختلال شخصیت اسکیزوئید

- نه میلی به برقرار کردن روابط صمیمی و نزدیک داشته باشد و نه از این گونه روابط لذت ببرد، از جمله عضویت در یک خانواده.
- تقریباً همیشه فعالیتهای انفرادی را ترجیح می دهد.
- به داشتن روابط جنسی با کس دیگر هیچ علاقه ای نداشته باشد یا علاقه بسیار کمی داشته باشد.
- از هیچ کاری لذت نبرد، یا فقط از کارهای معدودی خوشش بیاید.
- بجز بستگان درجه اول هیچ دوست صمیمی یا مورد اطمینانی نداشته باشد.
- به تمجید، تشویق یا خرده گیری و حرف دیگران بی اعتنا و بی تفاوت به نظر برسد (بعضاً وضع پوشش خاص یا ژولیده این افراد را توضیح میدهد).
- سردی هیجانی، بی اعتنایی، یا حالت عاطفی تخت از خود نشان دهد.

ویژگی های مهم افراد مبتلا به این اختلال شخصیت

- در اموری مثل ریاضیات و نجوم، سرمایه عاطفی قابل توجهی صرف می کنند.
- دلبستگی بسیاری به حیوانات پیدا می کنند.
- شیفته اشیای بی جان، مدهای غذایی و بهداشتی (مثل گیاهخواری و خامخواری)، نهضت های فلسفی، مفاهیم ماورالطبیعه و طرح های مربوط به بهبود وضعیت اجتماعی می شوند.
- با وجود اینکه در عالم واقع، با دیگران ارتباط چندانی ندارند، اما به طور ذهنی صمیمیت عجیبی با کسانی که خوب نمی شناسند و یا مدت زیادی آنها را ندیده اند دارند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

- افکار انتساب به خود؛ نه هذیانهای انتساب به خود
- اعتقادات عجیب یا افکار جادویی که بر رفتار اثر بگذارند و با هنجارهای برآمده از خرده فرهنگ فرد همخوانی نداشته باشند.
- تجارت غیر معمول ادراکی، از جمله خطاهای ادراکی جسمی.
- تفکر و تکلمی عجیب
- شکاکیت یا فکر بدگمانانه.
- حالت عاطفی نابجا یا محدود.
- رفتار یا وضع ظاهری عجیب، نامتعارف، یا مخصوص به خود.
- فقدان دوستان صمیمی یا مورد اطمینان، بجز بستگان درجه اول.
- اضطراب مفرط در میان جمع به طوری که با آشنا شدن هم کاهش نیابد؛ این اضطراب بیشتر به ترس توأم با بدگمانی فرد مرتبط است نه به قضاوت منفی در مورد خودش.

عدم رعایت حقوق دیگران

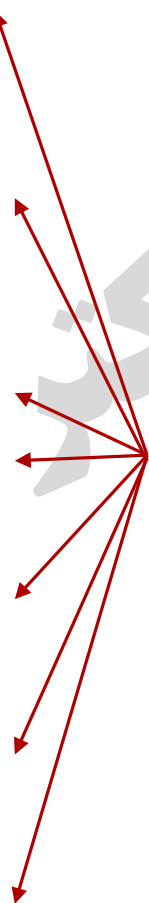
- فرد با پیش نگرفتن رفتارهای قانونی، هنجارهای اجتماعی را رعایت نمی‌کند، و این موضوع را تکرار ارتکاب اعمال مجرمانه‌ای که به دستگیری او منجر می‌شوند نشان می‌دهد.

- مکار و فریبکار است، و این موضوع را دروغ‌گویی‌های مکرر، استفاده از نام‌های مستعار، یا کلاهبرداری از دیگران به منظور سودجویی شخصی یا لذت بردن نشان می‌دهند.

- فرد بدون فکر و بلافاصله بر اساس امیال ناگهانی خود عمل می‌کند
- زود رنج، زودخشم، و تحریک پذیر، یا پرخاشگر است، و این موضوع را تکرار دعواها یا تهاجم‌های فیزیکی نشان می‌دهند.
- با کارهای خطرناکی که انجام می‌دهد، ایمنی خود یا دیگران را رعایت نمی‌کند.

- تقریباً در همه امور بی مسئولیت است، و این موضوع را تکرار قانون شکنی‌ها در محل کار یا رعایت نکردن مسئولیت‌های مالی نشان می‌دهند.
- پشیمانی و عذاب وجدان ندارد، و این موضوع را بی تفاوتی او نسبت به ناراحت کردن دیگران، بدرفتاری با آنها، یا دزدیدن اموال آنها، یا تلاش برای توجیه این اعمال، نشان می‌دهند.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی





افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی دارای
چهار نشانه خودمحوری، فقدان وجدان، رفتار
تکانشی و جاذبه سطحی هستند.

نکات مهم شخصیت
ضداجتماعی

بیماران دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی،
بالینگران جنس مخالف خود را اغلب تحت تاثیر
جنبه‌های مبالغه‌آمیز و اغواگرانه شخصیت خود قرار
می‌دهند، اما به چشم بالینگران جنس موافقشان
ممکن است افرادی فریبکار و پرتوقع جلوه کنند.

بی‌ثباتی در روابط بین
فردی، خودانگاره، و
حالت عاطفی

اختلال شخصیت مرزی

- انجام تلاش‌های مضطربانه توأم با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا تصویری.
- بی‌ثبات و شدید بودن روابط فردی به صورت الگویی که مشخصه‌اش تناوب میان دو قطب افراطی است: آرمانی‌نمایی و بی‌ارزش‌نمایی.
- اختلال و اشکال در هویت؛ بی‌ثبات بودن واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش.
- تکانشی بودن لاقل در دو حوزه از حوزه‌هایی که بالقوه به فرد صدمه می‌زنند.
- بی‌ثباتی در حالت عاطفی به صورت واکنش‌پذیری آشکار خلق
- احساس پوچی مزمن.
- نامتناسب و شدید بودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم (مثلاً تندخو شدن‌های پیاپی، خشمگین بودن دائمی، نزاع کردن‌های مکرر).
- بروز افکار بدگمانانه (پارانوید) یا علایم شدید تجزیه‌ای به صورت گذرا و در مواقع فشار روانی (استرس).



مکانیسم دفاعی: همانندسازی فرافکنانه

نکات مهم شخصیت
مرزی

هراس عام (همه چیز هراسی)، اضطراب عام (از
همه چیز مضطرب شدن)، دودلی عام (در همه کار
دودل بودن)، و رفتار جنسی آشوبناک

اختلال شخصیت نمایشی

- در موقعیت‌هایی که مرکز توجه نیست، ناراحت باشد و در رنج و مشقت به سر برد.
- مشخصه تعاملش با دیگران، رفتار نامتناسب به صورت اغواگری جنسی یا تحریک‌کنندگی جنسی باشد.
- ابراز احساساتش به سرعت تغییر کند و سطحی باشد.
- همواره از ظاهر جسمی خود برای جلب توجه دیگران استفاده کند.
- سبک تکلمش به نحوه افراطی مبتنی بر حدس و گمان و فاقد جزئیات باشد.
- خودنما و نمایشی باشد و در ابراز احساسات مبالغه کند.
- القاپذیر باشد، یعنی به راحتی تحت تأثیر افراد یا موقعیت‌ها قرار گیرد.
- روابط را خودمانی‌تر از آنچه واقعاً هستند، بیندارد.

مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده افراد دچار اختلال شخصیت‌نمایشی، واپس‌زنی و تجزیه است.

خودبزرگ‌بینی، نیاز به
مقبولیت، فقدان
حس همدلی

اختلال شخصیت خودشیفته

- احساس خودبزرگ بینانه‌ای به صورت مهم پنداشتن خود داشته باشد
- مشغولیت ذهنیش خیالاتی از قبیل موفقیت، قدرت، استادی و ذکاوت، زیبایی یا محبوب و دوست‌داشتنی بودن در حد نامحدود باشد.
- معتقد باشد که «استثنایی» است و تنها سایر افراد (یا موسسات) استثنایی یا رده بالا می‌توانند او را درک کنند یا او باید تنها با این افراد رابطه داشته باشد.
- احتیاج داشته باشد که به شکلی افراطی تحسین شود.
- احساس محق بودن بکند.
- در روابط بین فردی استثمارگر باشد.
- فاقد حس همدلی باشد
- اغلب به دیگران حسودی کند یا معتقد باشد که دیگران به او حسادت می‌کنند.
- رفتارها و نگرش‌هایش پرافاده و تکبرآمیز باشند.



اختلال شخصیت اجتنابی

- با انتقاد و عدم قبول دیگران به آسانی رنجیده خاطر می گردد.
- غیر از بستگان درجه یک خود دوست نزدیک یا محرم ندارد
- بدون اطمینان از اینکه مورد صحبت قرار خواهد گرفت میل به معاشرت ندارد.
- از مشاغل و فعالیت های اجتماعی که مستلزم تماس بین فردی مورد نیاز است دوری می کند، مثلاً از قبول ارتقائی که توقعات اجتماعی را بالا می برد امتناع می ورزد.
- در موقعیت های اجتماعی از ترس این که مبادا حرفی نامتناسب و احمقانه بزند، یا نتواند به سوالی پاسخ دهد خاموش می ماند.
- می ترسد که به علت سرخ شدن ، گریه یا نشان دادن آثار اضطراب در پیش دیگران دچار شرمندگی شود.
- مشکلات، خطرات فیزیکی یا خطرات مربوط به کاری معمول اما خارج از برنامه روزمره را پیش خود بزرگ می کند، مثلاً ممکن است برخوردهای اجتماعی را از ترس این که ممکن است رسیدن به محل مربوطه او را فرسوده سازد رد می کند.



نیاز قوی به مراقبت توسط دیگران

اختلال شخصیت وابسته

- ۱. بدون راهنمایی و اطمینان بخشی مفرط دیگران قادر به اخذ تصمیمات روزمره نیست.
- ۲. احتیاج دارد که دیگران مسئولیت اکثر زمینه‌های مهم زندگی او را بپذیرد.
- ۳. در ابراز مخالفت با دیگران به دلیل ترس از قطع حمایت و مقبولیت آنان دچار اشکال است (ترس‌های واقع‌گرایانه از عقوبت یا تلافی منظور نمی‌شود).
- ۴. در شروع برنامه‌ها و انجام کارها به تنهایی دچار اشکال است (به دلیل اعتماد به نفس در قضاوت یا توانایی تا فقدان انگیزش و انرژی).
- ۵. در طلب محبت و حمایت دیگران افراط می‌کند. تا حدی که داوطلب انجام کارهایی می‌شود که ناخوشایند هستند.
- ۶. وقتی تنها است به دلیل ترس مبالغه‌آمیز از ناتوانی برای مراقبت از خود، احساس ناراحتی و درماندگی می‌کند.
- ۷. وقتی یک رابطه نزدیک در هم می‌گسلد فوراً در پی آن رابطه دیگری به عنوان منبع حمایت و مراقبت درمی‌آید.
- ۸. اشتغال ذهنی غیر واقع‌گرایانه با ترس از رها شدن به حال خود دارد.

فکر نظم، ترتیب،
کمال گرایی، کنترل
شخصی و کنترل میان
فردی

اختلال شخصیت
وسواسی-جبری

- ۱. فرد دائماً به فکر جزئیات، قواعد، فهرست‌ها، نظم، سازمان، یا جدول‌های زمانی است، تا جایی که هدف اصلی فعالیت مورد نظر فراموش می‌شود.
- ۲. کمال گرایی باعث می‌شود در به پایان رسیدن پروژه‌ها اختلال ایجاد شود.
- ۳. به شدت خود را وقف کار می‌کند و شدیداً در تلاش است تا عملکرد خوبی در شغلش داشته باشد تا جایی که فعالیت‌های تفریحی و دوستی‌های خود را کنار می‌گذارد
- ۴. بیش از حد وجدان کاری دارد، مته به خشخاش می‌گذارد و درباره رعایت اخلاق، اصول، یا ارزش‌ها انعطاف‌پذیری ندارد.
- ۵. نمی‌تواند اشیای کهنه یا بی‌ارزش را دور بیندازد، حتی اگر هیچ ارزش معنوی برایش نداشته باشد.
- ۶. دوست ندارد قسمتی از کارش را به دیگران بسپارد یا با دیگران همکاری کند مگر این که کارها را دقیقاً همان‌طور که او می‌خواهد انجام دهند.
- ۷. در خرج کردن پول، هم برای خود و هم برای دیگران خسیس است و اعتقاد دارد که پول را برای روز مبادا جمع کرد.
- در افکار و عقایدش سرسخت است و اصلاً حاضر نیست کوتاه بیاید.

مکانیسم‌های دفاعی: لیل تراشی، جداسازی، ذهنی سازی،
وارونه سازی و ابطال.

شایع ترین اختلال شخصیت

اغلب خود می دانند که بیمارند و لذا خودشان را به جستجوی
درمان برمی آیند.

نکات اختلال
شخصیت
وسواسی-جبری

تست شماره ۶۰

دکتری ۹۸: فردی اعتقاد دارد هر وقت به کارواش می رود، روز بعد یک بای طبیعی در دنیا اتفاق می افتد. این جمله بیانگر کدام مورد است؟

۱. توهم فانتزی ۲. هذیان به خود بستن ۳. عقاید بیش بها داده شده ۴. تفکر جادویی

تست شماره ۶۱

اصطلاح اسکیزوفرنی شبه نوروتیک، توصیف کننده کدام اختلال شخصیت است؟

الف) اسکیزوتایپال

ب) مرزی

ج) اسکیزوئید

د) پارانوئید

تست شماره ۶۲

مطابق DSM5، افراد دارای کدام نوع اختلال شخصیت، اغلب نشانه اضطراب نشان می دهند؟

- الف) خودشیفته ب) اجتنابی ج) مرزی د) هیستریک

تغییرات در اختلالات شخصیت در DSM-5

- در طرح پیشنهادی کار گروه بخش شخصیت و اختلالات شخصیت DSM-5، انواع اختلال شخصیت از ۱۰ طبقه به ۶ طبقه خاص کاهش یافته است:
 - ضداجتماعی
 - اجتنابی
 - مرزی
 - خودشیفته
 - وسواسی / جبری
 - اسکیزوتایپال
- برای دریافت تشخیص از بین این طبقه‌های توصیفی، چندین شرط باید وجود داشته باشد.

درون فردی: هویت و خودجهت دهی

بین فردی: همدلی و صمیمیت

سنجش سطح تخریب
در کارکردهای شخصیت

اختلال
شخصیت

• هیجان پذیری منفی

• کناره گیری یا گسستگی

• خصومت

• بازداری زدایی

• روان پریشی گرایی

ارزیابی صفات شخصیتی
آسیب شناختی

