

دوره فشرده آسیب شناسی روانی

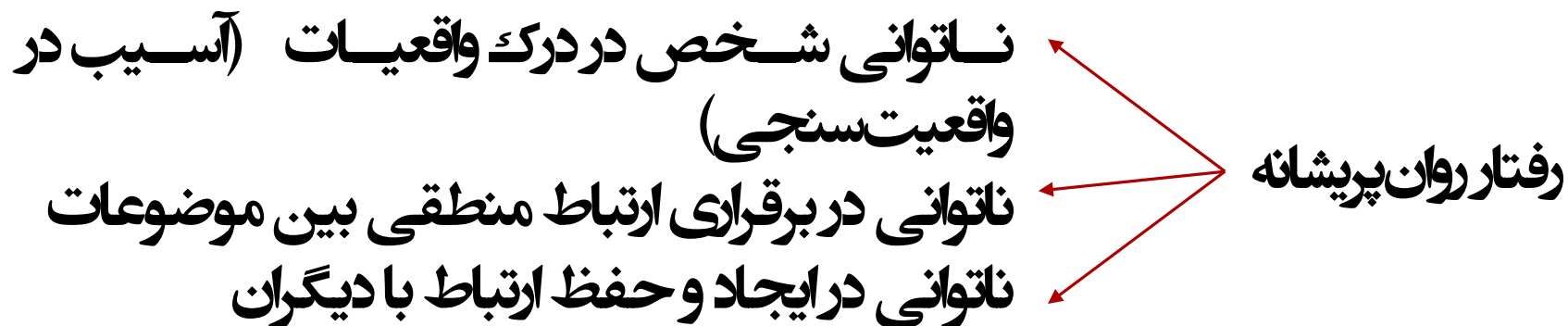
دکتر ساجد یعقوب نژاد

عضو هیات علمی دانشگاه

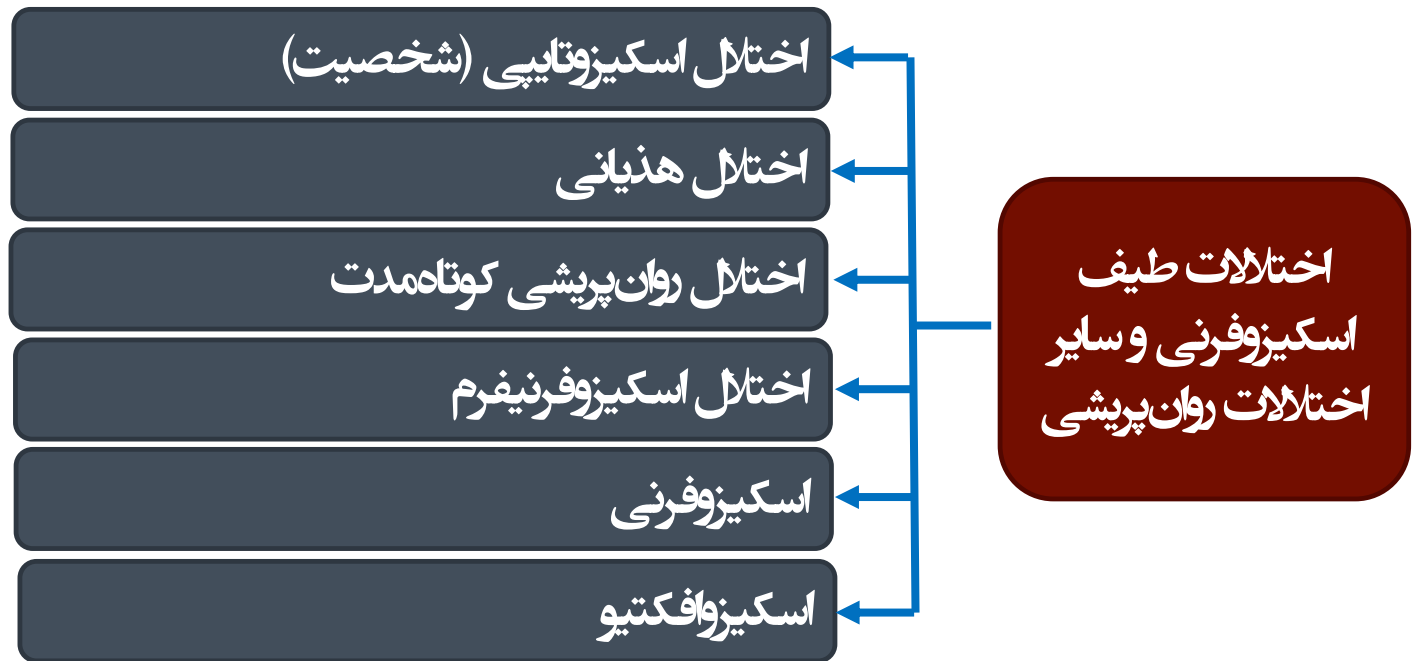
دارای پروانه اشتغال تخصصی از سازمان نظام روانشناسی



«اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های مرتبط»



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



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

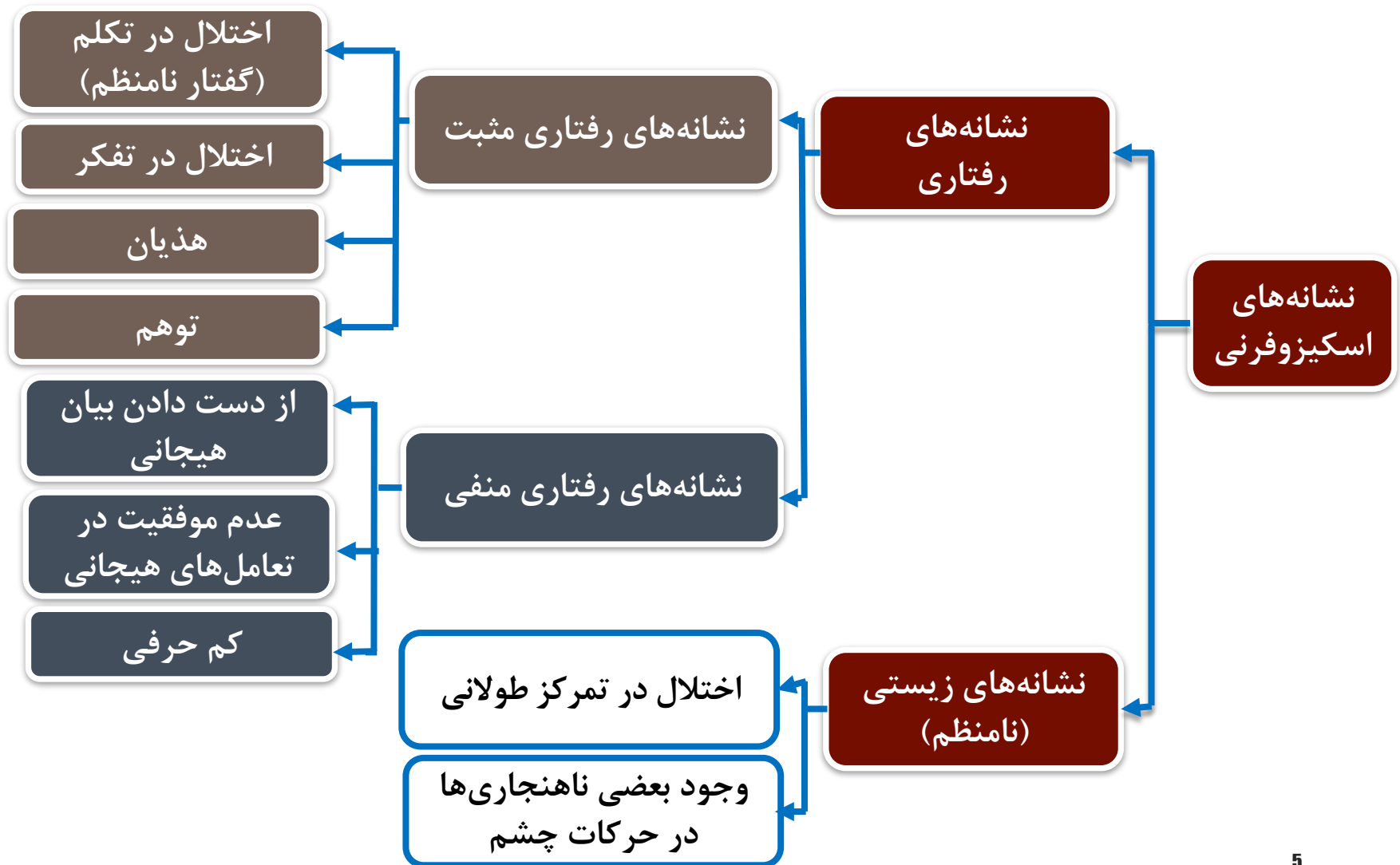
(3) گفتار آشفته (مثل انحراف گفتار یا گسیختگی مکرر)

(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.

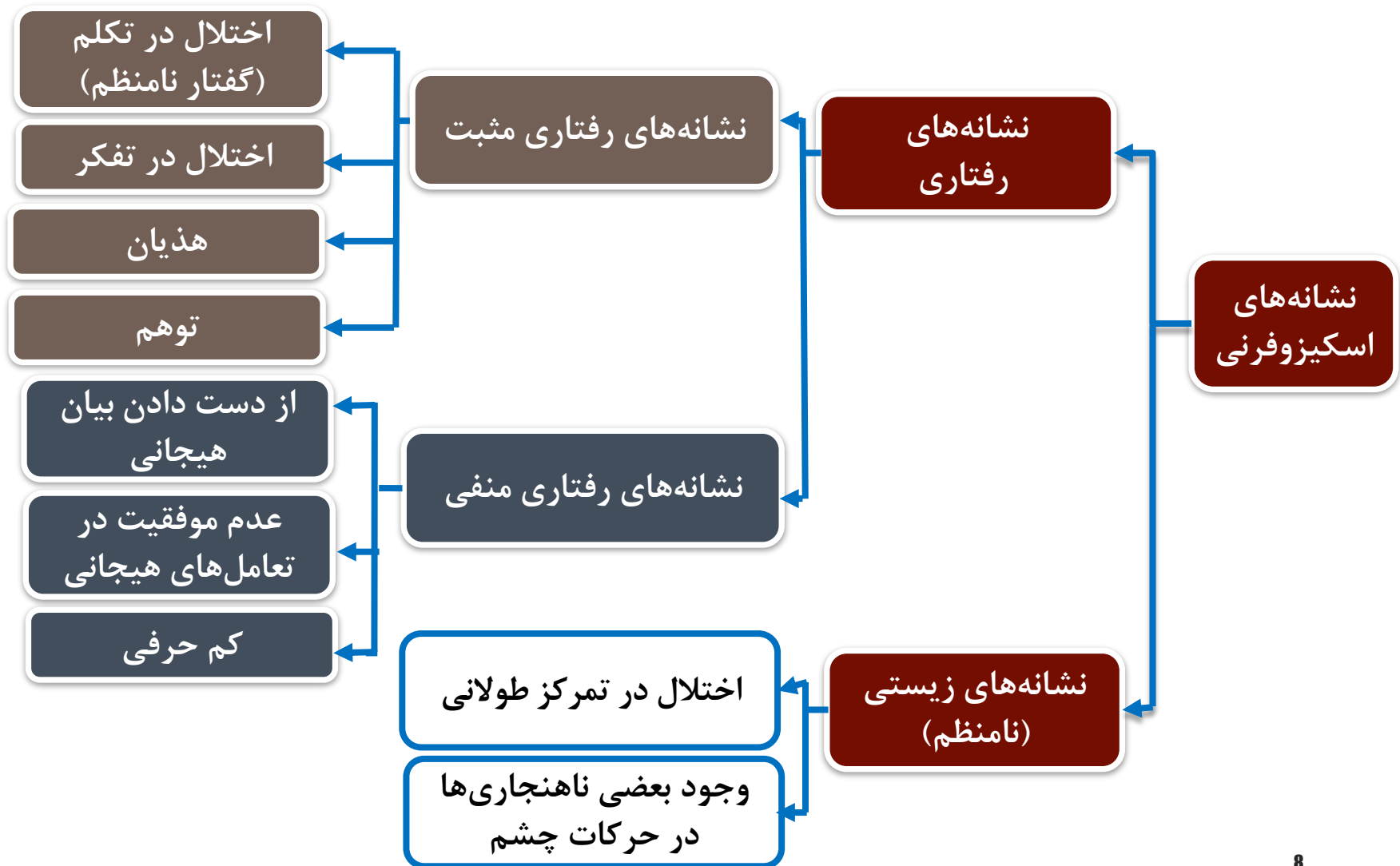
تداعی آوایی (تفکر آهنگی): نوعی الگوی گفتاری است که در آن آوایا آهنگ بر کلمات تأثیر می‌گذارد؛ برای مثال جناس و قافیه ممکن است باعث شوند که فرد فکر کند بین کلمات روابط منطقی وجود دارد در حالی که این چنین نیست.

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

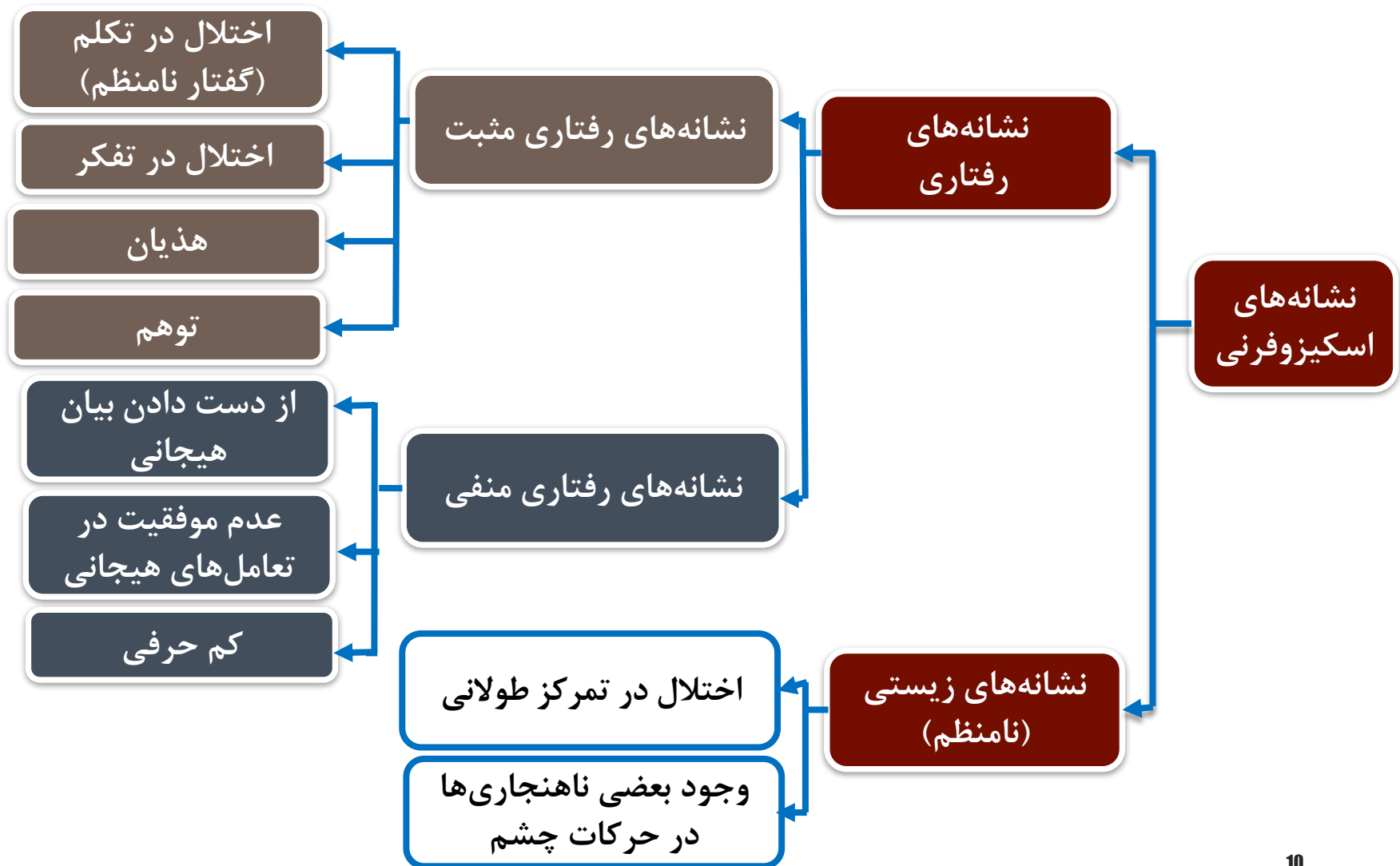
هذیان

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 (بی‌انگیزگی) (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

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

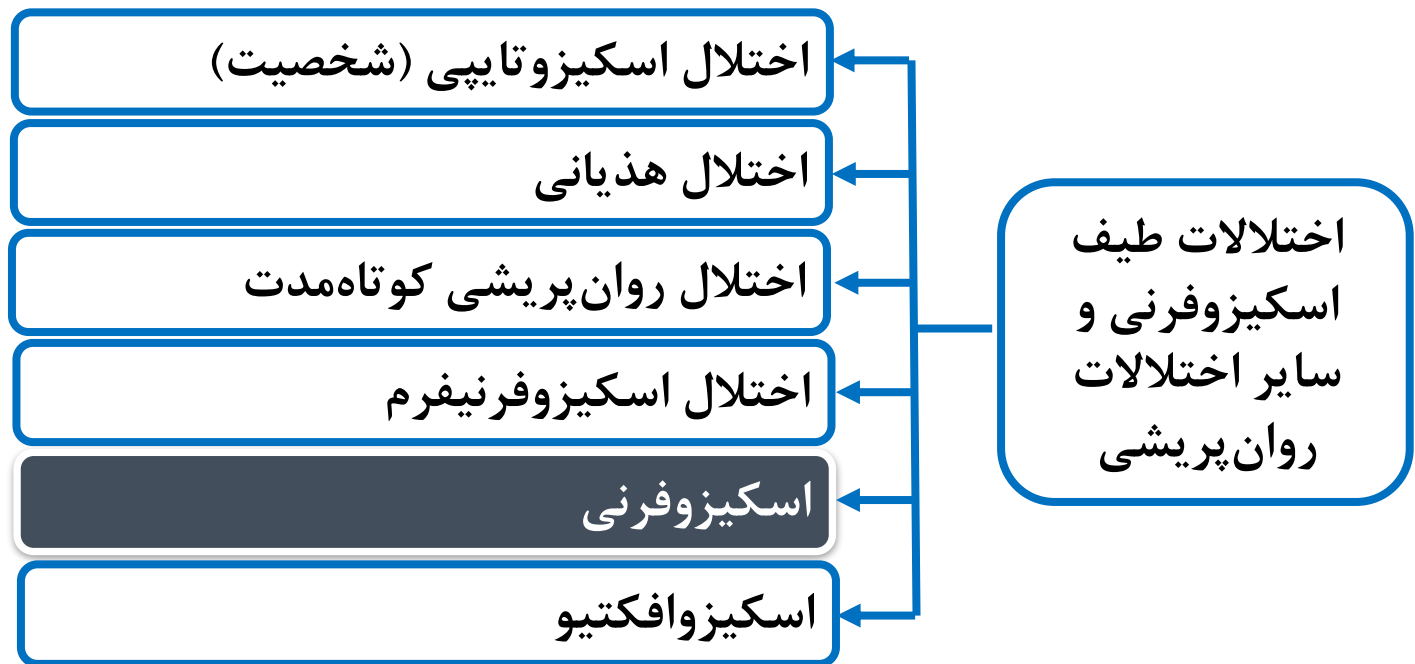
علت شناسی

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

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

دکتر ساجد یعقوب نژاد



اختلال اسکیزوفرنی فرم

نشانه‌های مخصوص اختلال اسکیزوفرنیفرم شبیه نشانه‌های اسکیزوفرنی هستند. با این حال اختلال اسکیزوفرنیفرم 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 اسکیزوفرنیفرم، فقدان ملاکی است که عملکرد اجتماعی و شغلی معیوب را ایجاب می‌کند.

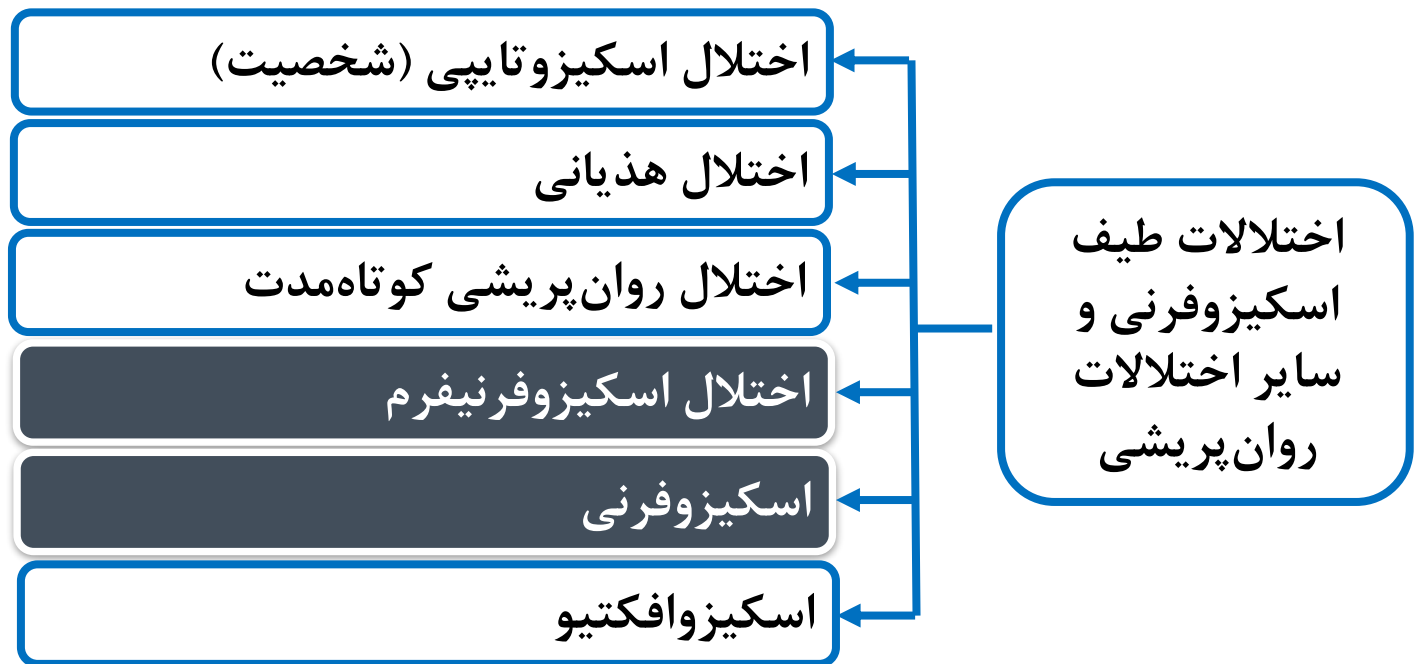
اختلال اسکیزوفرنی فرم در دو موقعیت تشخیص داده می‌شود:

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).

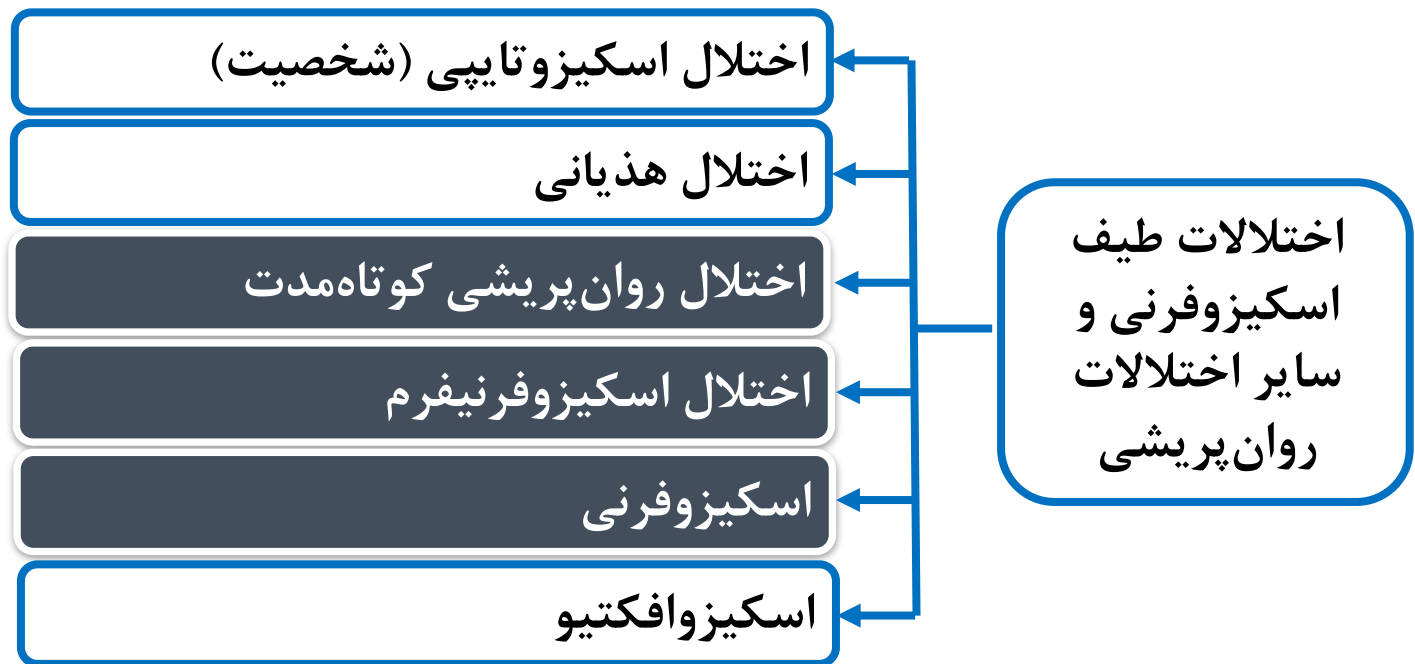
۴. رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک.

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

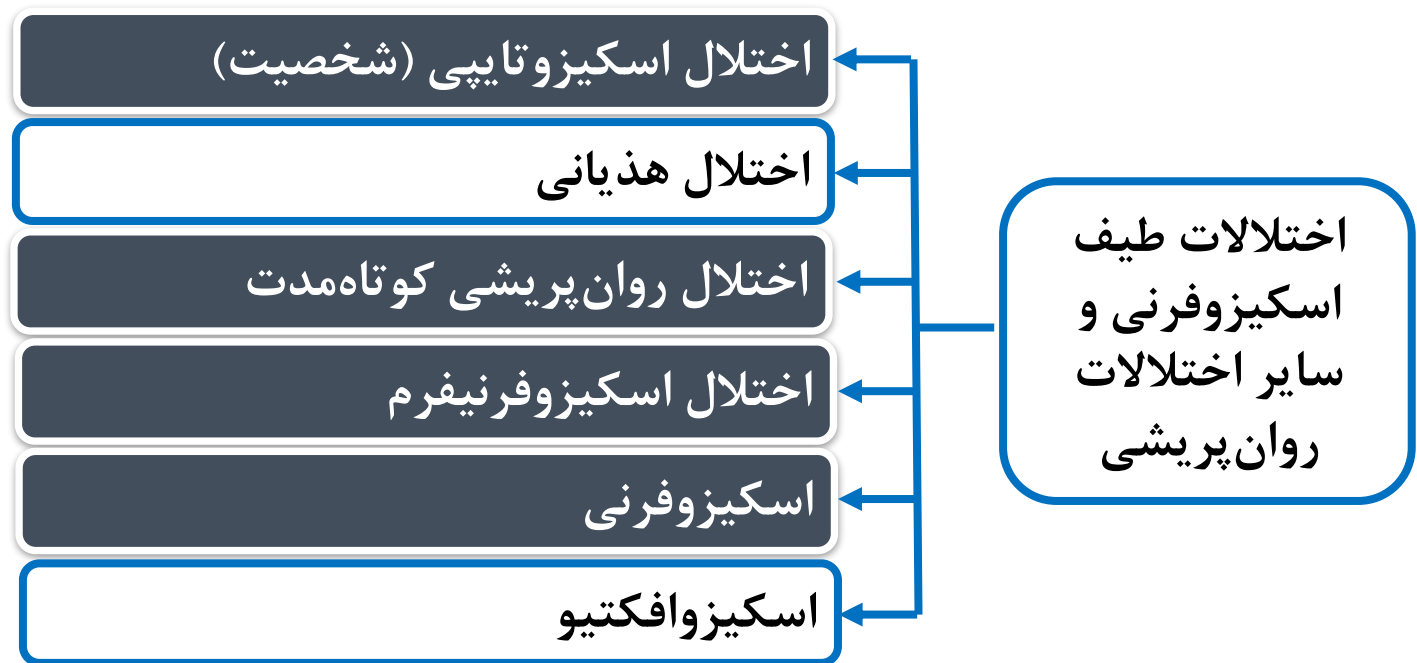
۴ تفکر و تکلم عجیب

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

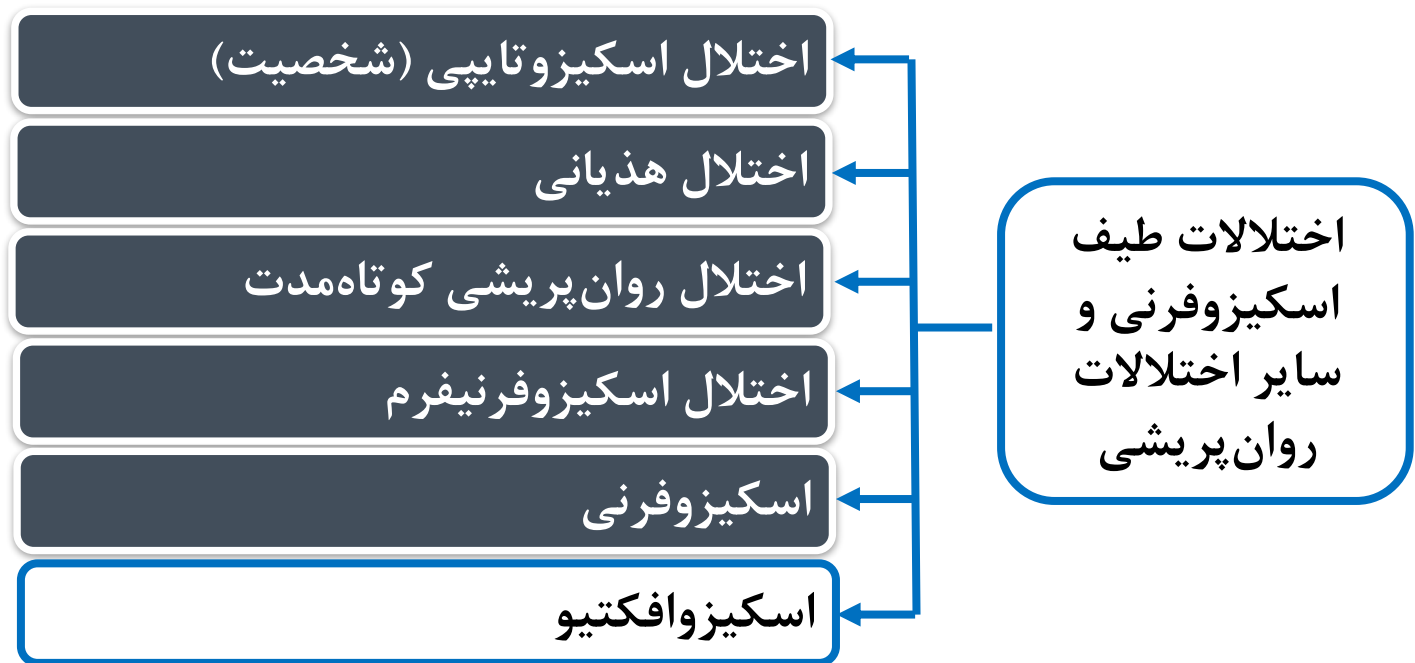
- آسیب در دستگاه لیمبیک یا عقده‌های قاعده‌ای
- حساسیت بیش از حد
- مکانیسم‌های دفاعی
- انزوای حسی و اجتماعی، محرومیت اجتماعی -
اقتصادی و آشفتگی شخصیت

دکتر سید یعقوب نژاد



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

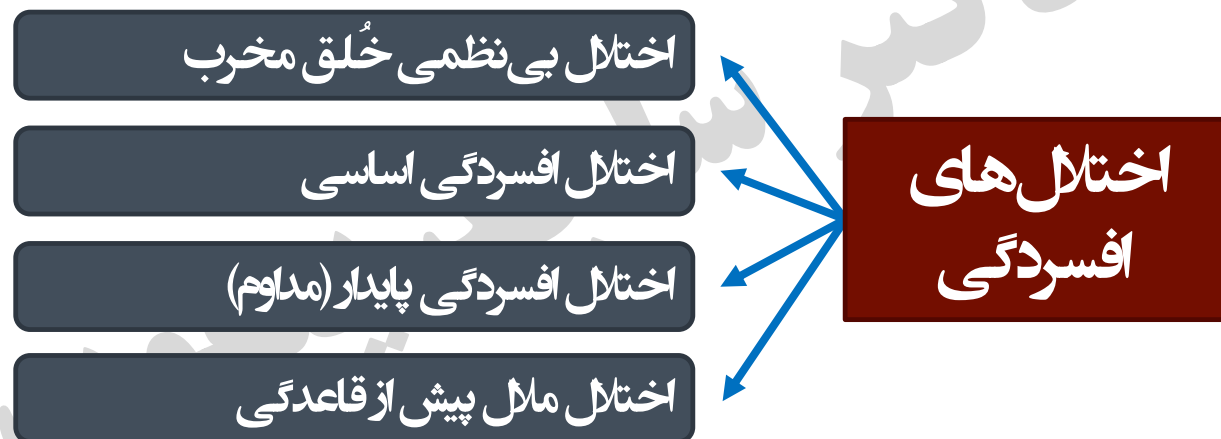
ملاک **A**. سه (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر در تصویر بالینی غالب هستند:

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



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 اختلال گریه به 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)، اندیشه‌پردازی 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، مالیت 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 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.

افسردگی مالی‌خولیایی

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

افسردگی غیرمتعارف

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

افسردگی کاتاتونیک

کندی روانی - حرکتی

افسردگی پس‌از زایمان

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

اختلال عاطفی فصلی

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 روانکاوی: ۴ رکن اساسی

نظریات روانشناختی

دیدگاه شناختی: تحریف های شناختی

دکتر ساجد یعقوب نژاد



ساجد یعقوب نژاد
SAJED. Y AGHOOBNEZHAD

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.

ساجد یعقوب نژاد

SAJED. Y AGHOOBNEZHAD



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.
- با وجود 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.

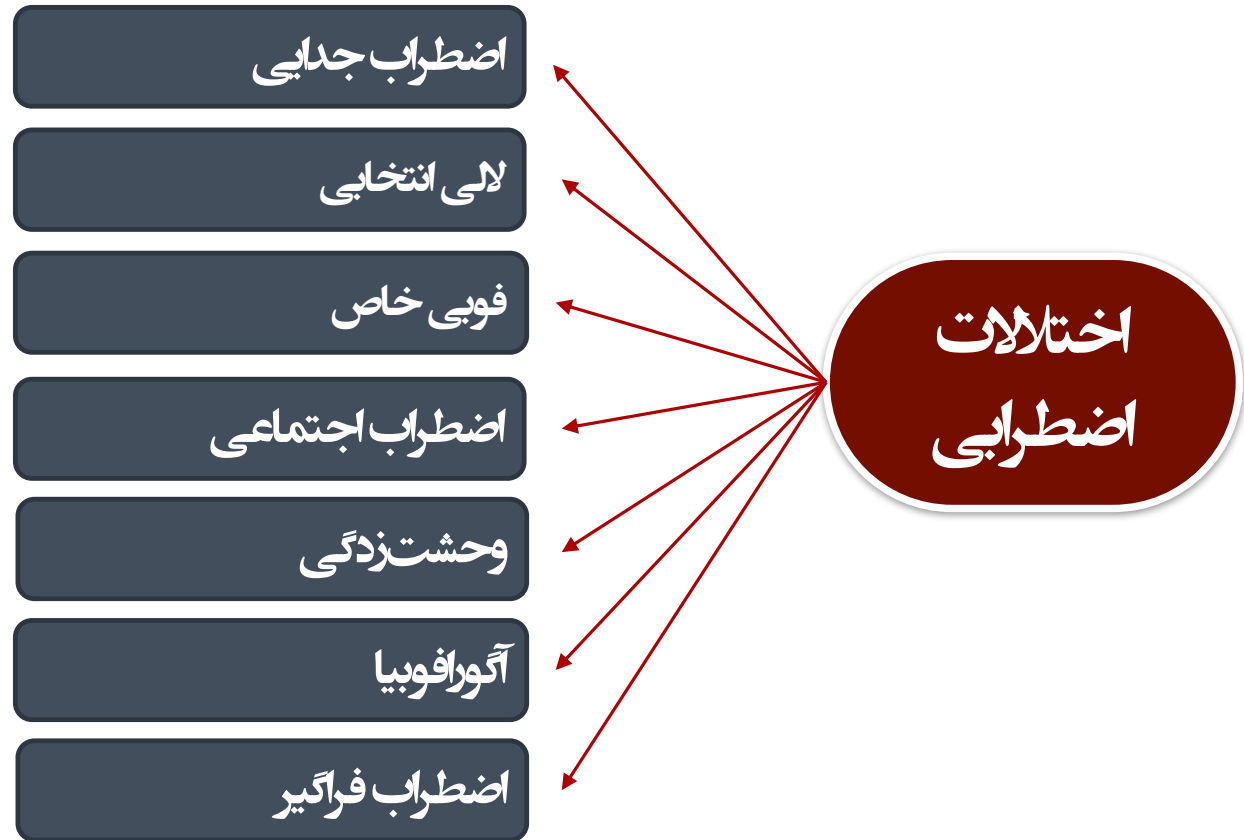
ملاک‌های اختلال ادواری (سیکلوتیمی) در DSM-5

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.

اختلالات اضطرابی در DSM-5



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 لالی 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.

✓ لالی 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.



- 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

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

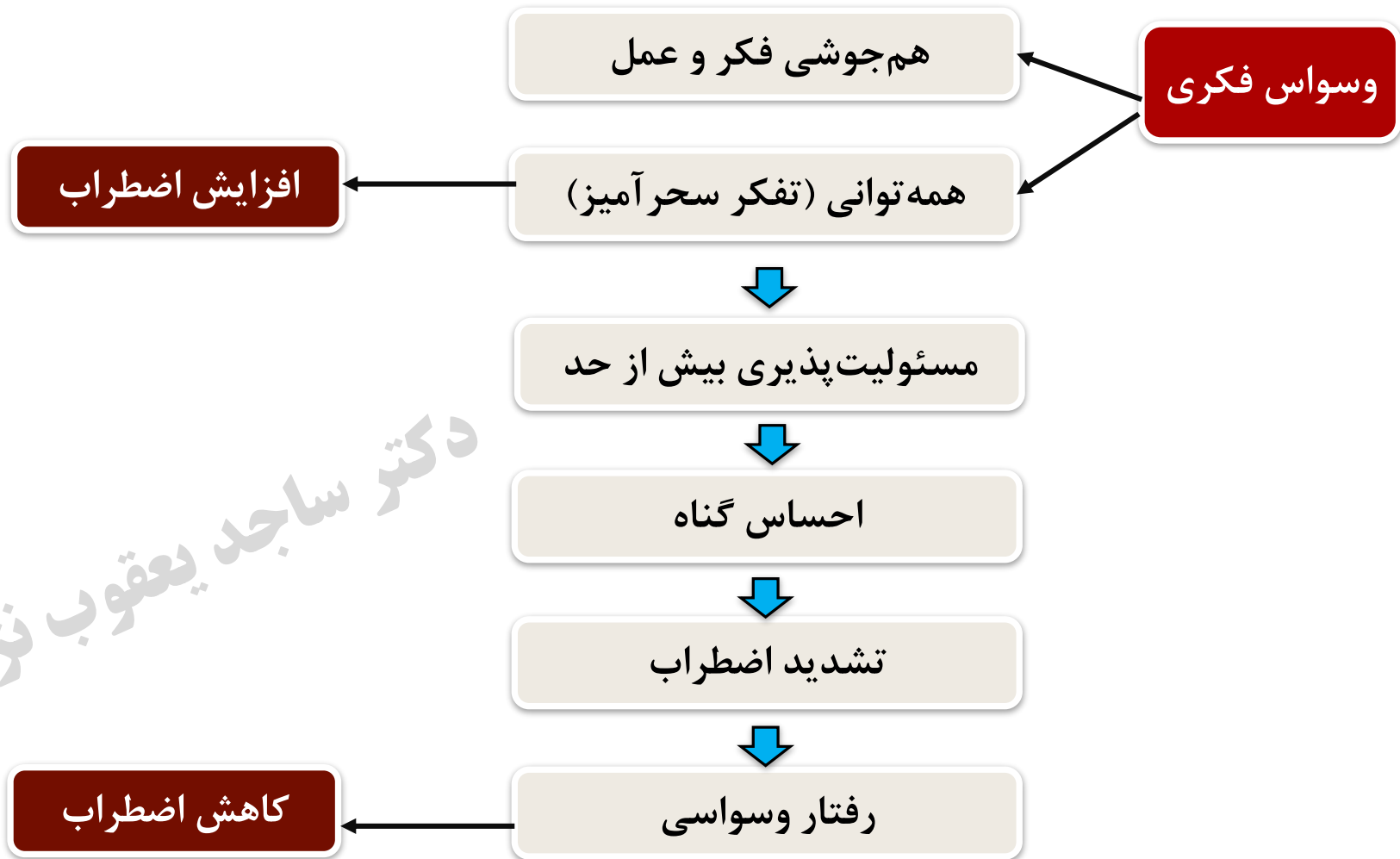


آرامش

تسکین موقتی اضطراب

دکتر ساجد یعقوب نزهاد





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:

- **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

علت‌شناسی
اختلال
وسواس
فکری - عملی

- نقص حافظه

- مسئولیت اغراق‌آمیز

- 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



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 اصطلاحاً ی 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.



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



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**

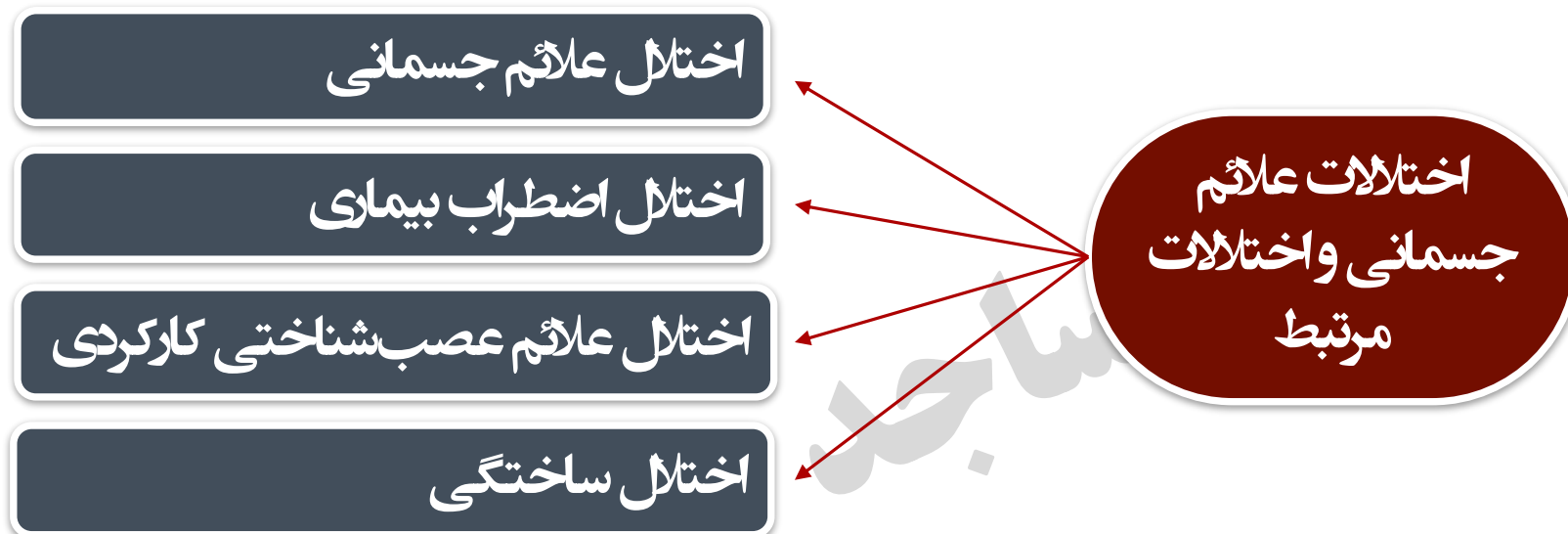
بیمار احساس می‌کند که نیمی از بدنش غیر واقعی است و یا وجود ندارد. این حالت ممکن است با آسیب لوب آهیانه طرف مقابل بدن مرتبط باشد.

➤ **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.



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.

ساجد یعقوب نرزار

SAJED. Y AGHOOBNEZHAD



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

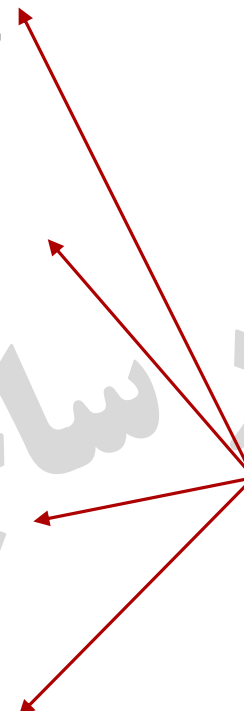
ملاک A: وجود یک یا چند علامت حرکتی یا کارکردی حسی که به صورت عمده تغییر یافته است.

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، ضد اجتماعی، نمایشی و پر خاشگرا/ انفعالی ارتباط دارد.
- ❖ تشنج های کاذب
- ❖ نفع اولیه
- ❖ بی تفاوتی زیبا
- ❖ پنفع ثانویه
- ❖ همانند سازی
- ❖ آزمون MMPI-2 و آزمون رورشاخ در این افراد، افزایش سائق های غریزی، واپس زنی جنسی و مهار پر خاشگری 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.

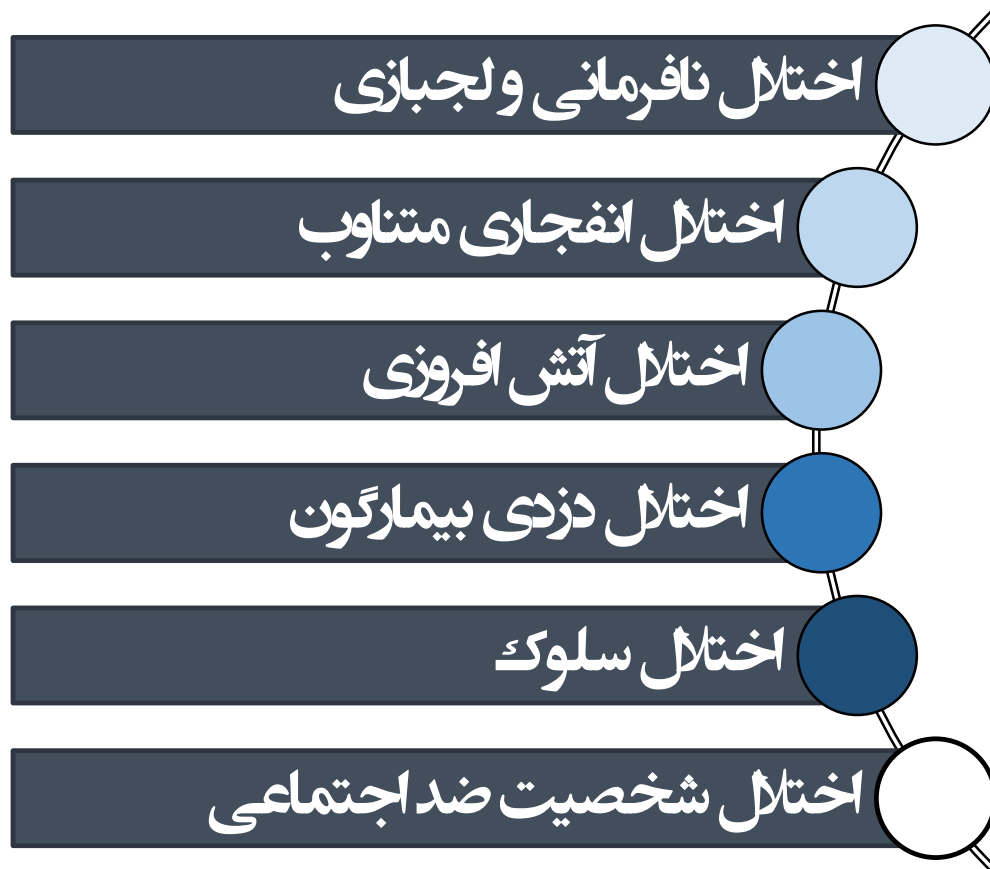
ملاک B: فرد یک نفر دیگر (قربانی) را به دیگران به عنوان بیمار، معلول جسمی یا مجروح معرفی می‌کند.

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.

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



ساختار شاخه‌ای
اختلال اخلاک‌گر،
کنترل تکانه و
سلوک

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.

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 پردازد.
- 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 (پارانویید) 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

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