

## سخنی با اساتید ارجمند

کتاب روان‌پرستاری و بهداشت روانی، در سال ۱۳۷۸، بر اساس سرفصل درس روان‌پرستاری و بهداشت روانی و مطابق با DSM-IV-TR، منتشر گردید و در سال ۱۳۸۲ مورد ویرایش قرار گرفت. با انتشار ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) که زبان مشترک متخصصین بالینی می‌باشد و مبنای تشخیص‌های روان‌پزشکی در مراکز درمانی قرار می‌گیرد؛ لازم بود کتاب روان‌پرستاری و بهداشت روانی ۲، مورد بازبینی قرار بگیرد. با توجه به تغییرات زیادی که در DSM-5 نسبت به ویرایش قبلی به وجود آمده است، تغییرات ویرایش جدید کتاب روان‌پرستاری و بهداشت روانی ۲، نسبت به ویرایش قبلی، جهت استحضار به شرح ذیل می‌باشد:

فصل اول طبقه‌بندی اختلالات روانی به روز شده است و محورهای که در DSM-5 حذف گردیده است و به نظر می‌رسد که دیگر کاربرد بالینی نداشته باشد از این فصل نیز حذف شد.

برای تسهیل یادگیری تغییرات مختصری در فصل درمان‌ها ایجاد شده است و داروهایی که در ویرایش قبلی نبود اضافه شده است؛ همچنین، درمان جدید «تحریک مغناطیسی فراجمجمه‌ایی» که امروزه در بعضی از مراکز درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، اضافه شده است.

فصل سوم با عنوان جدید «طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک»، مورد بحث قرار گرفته است. در DSM-5 انواع اسکیزوفرنی (پارانویید، آشفته، کاتاتونیک و باقی‌مانده) حذف شده است؛ اما چون در کاپلان که منبع اصلی روان‌پزشکی در ایران می‌باشد، حذف نشده است و هنوز کاربرد بالینی دارد، در ویرایش حاضر نیز به عنوان اشکال بالینی اسکیزوفرنی مورد بحث قرار گرفته است. در این فصل سایکوزهای پس از زایمان حذف شده است؛ زیرا، در فصل اختلالات افسردگی توضیح داده شده است.

عنوان اختلالات خلقی در DSM-5 وجود ندارد. در ویرایش حاضر نیز این عنوان حذف شده است. اختلالات خلقی در دو فصل مستقل با عنوان «اختلالات افسردگی» و «دوقطبی و اختلالات مرتبط» مورد بحث قرار گرفته است. اختلال بی‌نظمی خلقی مخرب که از اختلالات دوران کودکی است بر اساس DSM-5، در فصل اختلالات افسردگی و یکی از انواع این اختلالات آمده است.

در فصل اختلالات اضطرابی، فوبی اجتماعی به نام جدید «اختلال اضطراب اجتماعی» معرفی شده است و اختلال اضطراب جدایی و لالی انتخابی (از اختلالات دوران کودکی) به انواع اختلالات اضطرابی اضافه شده است. اختلال وسواس-جبری و اختلالات استرس حاد و استرس پس از سانحه از اختلالات اضطرابی تفکیک شده است.

بر اساس DSM-5، اختلال وسواسی-جبری با عنوان جدید «وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط»، در فصل ۷، ارائه شده است. اختلالات بد ریختی بدن که قبلاً زیر گروه اختلالات شبه‌جسمانی بود، به اختلالات



## فهرست مطالب

<p>اختلال هذیانی ..... ۷۶</p> <p>اختلال اسکیزوفرنی فرم ..... ۷۹</p> <p>اختلال اسکیزوافکتیو ..... ۷۹</p> <p>اختلال سایکوتیک گذرا ..... ۸۰</p> <p>اختلال سایکوتیک مشترک ..... ۸۰</p> <p>فرآیند پرستاری ..... ۸۰</p> <p><b>فصل ۴. اختلالات افسردگی ..... ۹۰</b></p> <p>اختلال افسردگی اساسی ..... ۹۶</p> <p>اختلال افسردگی مداوم یا افسرده خویی ..... ۹۹</p> <p>اختلال بی نظمی خلقی مخرب ..... ۹۹</p> <p>اختلال ملال پیش از قاعدگی ..... ۹۹</p> <p>فرآیند پرستاری ..... ۱۰۱</p> <p><b>فصل ۵. دو قطبی و اختلالات مرتبط ..... ۱۰۹</b></p> <p>اختلال دو قطبی I ..... ۱۱۰</p> <p>اختلال دو قطبی II ..... ۱۱۳</p> <p>اختلال خلق ادواری ..... ۱۱۳</p> <p>فرآیند پرستاری ..... ۱۱۴</p> <p><b>فصل ۶. اختلالات اضطرابی ..... ۱۱۸</b></p> <p>اختلال اضطراب فراگیر ..... ۱۱۹</p> <p>اختلال پانیک ..... ۱۲۳</p> <p>آگورافوبیا ..... ۱۲۵</p> <p>فوبی خاص ..... ۱۲۶</p> <p>اختلال اضطراب اجتماعی ..... ۱۲۸</p> <p>اختلال اضطراب جدایی ..... ۱۲۹</p> <p>لالی انتخابی ..... ۱۳۰</p> <p>فرآیند پرستاری ..... ۱۳۰</p>	<p><b>فصل ۱: طبقه‌بندی در روان‌پزشکی ..... ۹</b></p> <p><b>فصل ۲: درمان‌ها در روان‌پزشکی ..... ۲۴</b></p> <p>درمان‌های زیست‌شناختی ..... ۲۴</p> <p>داروهای روان‌پزشکی ..... ۲۵</p> <p>داروهای ضد جنون ..... ۲۶</p> <p>داروهای ضد افسردگی ..... ۳۵</p> <p>داروهای ضد مانیا یا تثبیت کننده خلق ..... ۴۰</p> <p>داروهای ضد اضطراب ..... ۴۳</p> <p>سایر داروهای مورد استفاده در روان‌پزشکی ..... ۴۵</p> <p>جراحی روانی ..... ۴۸</p> <p>درمان با تشنج الکتریکی ..... ۴۸</p> <p>درمان با تحریک مغناطیسی خارج جمجمه‌ای ..... ۵۴</p> <p>نور درمانی ..... ۵۵</p> <p>روان‌درمانی ..... ۵۵</p> <p>روان‌کاوی ..... ۵۵</p> <p>هیپنوتیزم ..... ۵۶</p> <p>روان‌درمانی تحلیل‌گرا ..... ۵۷</p> <p>روان‌درمانی کوتاه مدت ..... ۵۷</p> <p>مداخله در بحران ..... ۵۸</p> <p>رفتار درمانی ..... ۵۸</p> <p>شناخت درمانی ..... ۶۰</p> <p>درمان شناختی-رفتاری ..... ۶۰</p> <p>گروه درمانی ..... ۶۰</p> <p>سایکودرام ..... ۶۱</p> <p>روان‌درمانی خانواده ..... ۶۲</p> <p>زوج درمانی ..... ۶۲</p> <p><b>فصل ۳. طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک ..... ۶۴</b></p> <p>اسکیزوفرنی ..... ۶۴</p>
--	---



۱۹۰	اختلالات عملکرد جنسی	۱۳۶	فصل ۷. وسواسی-جبری و اختلالات مرتبط
۱۹۳	نابهنجاری‌های جنسی	۱۳۶	اختلال وسواسی-جبری
۱۹۴	نارضایتی جنسی	۱۴۰	اختلال بدریخت‌انگاری بدن
۱۹۶	فرآیند پرستاری	۱۴۱	اختلال وسواس‌کنند مو
۱۹۸	فصل ۱۳. اختلالات عصبی شناختی	۱۴۱	اختلال انبار کردن
۱۹۸	دلیریوم	۱۴۲	اختلال‌کنند پوست
۱۹۹	زوال عقل	۱۴۲	فرآیند پرستاری
۲۰۲	فراموشی	۱۴۴	فصل ۸. اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا
۲۰۳	فرآیند پرستاری	۱۴۴	اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه
۲۰۷	فصل ۱۴. اختلالات مرتبط با اعتیاد و مواد	۱۴۷	اختلالات سازگاری
۲۰۸	اختلالات مرتبط با الکل	۱۴۹	اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند
۲۱۳	اختلالات مرتبط با مواد افیونی	۱۴۹	فرآیند پرستاری
۲۱۵	اختلالات مرتبط با حشیش	۱۵۲	فصل ۹. اختلالات تجزیه‌ای
۲۱۷	اختلالات مرتبط با مواد محرک	۱۵۲	فراموشی تجزیه‌ای
۲۱۹	اختلالات مرتبط با مسکن‌ها، خواب‌آورها و ضد اضطراب	۱۵۴	گریز تجزیه‌ای
۲۱۹	اختلالات مرتبط با مواد توهم‌زا	۱۵۵	اختلال هویت تجزیه‌ای
۲۲۱	اختلالات مرتبط با مواد استنشاقی	۱۵۶	اختلال مسخ شخصیت/مسخ واقعیت
۲۲۲	اختلالات مرتبط با کافئین	۱۵۸	فرآیند پرستاری
۲۲۲	اختلالات مرتبط با نیکوتین	۱۶۰	فصل ۱۰. نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط
۲۲۳	اختلال قمار بازی	۱۶۰	اختلال نشانه جسمانی
۲۲۴	فرآیند پرستاری	۱۶۲	اختلال اضطراب بیماری
۲۲۹	فصل ۱۵. روان‌پزشکی کودک و نوجوان	۱۶۳	اختلال تبدیلی
۲۲۹	ناتوانی عقلانی (کم‌توانی عقلانی)	۱۶۵	عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی
۲۳۲	اختلال طیف اوتیسم	۱۷۰	اختلال ساختگی
۲۳۶	اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	۱۷۲	فرآیند پرستاری
۲۳۹	اختلالات ارتباط	۱۷۶	فصل ۱۱. اختلالات شخصیت
۲۴۰	اختلال یادگیری خاص	۱۷۷	اختلال شخصیت پارانویید
۲۴۰	اختلالات حرکتی	۱۷۸	اختلال شخصیت اسکیزوئید
۲۴۲	اختلال سلوک	۱۷۸	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
۲۴۲	اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه	۱۷۹	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۲۴۴	فصل ۱۶. فوریت‌های روان‌پزشکی	۱۷۹	اختلال شخصیت مرزی
۲۴۵	خودکشی	۱۸۰	اختلال شخصیت نمایشی
۲۵۰	خشونت و رفتار تهاجمی	۱۸۱	اختلال شخصیت خودشیفته
۲۵۳	منابع	۱۸۱	اختلال شخصیت وسواسی-جبری
۲۵۵	واژه‌نامه	۱۸۲	اختلال شخصیت دوری‌گزین
۲۶۱	واژه‌یاب	۱۸۳	اختلال شخصیت وابسته
		۱۸۴	فرآیند پرستاری
		۱۸۹	فصل ۱۲. اختلالات جنسی
		۱۸۹	تمایل و رفتار جنسی



# فصل



## طبقه‌بندی در روان‌پزشکی Classification in psychiatry

اختلالات سایکوتیک: ویژگی اصلی اختلالات سایکوتیک، از دست دادن توانایی واقعیت‌سنجی است که با هذیان و توهم مشخص می‌شود و باعث می‌شود که بیمار نتواند محرکات دریافتی را به‌طور منطقی تجزیه و تحلیل نماید؛ لذا، واکنش‌های غیر منطقی از خود نشان می‌دهد؛ مثلاً، با ظاهری غیرعادی در اجتماع ظاهر می‌شود. سایر خصوصیات اختلالات سایکوتیک عبارت است از:

- پسرفت ایگو
  - از هم پاشیده شدن شخصیت
  - فقدان بینش نسبت به ماهیت بیماری خود
  - تخریب شدید عملکرد اجتماعی و شخصی مشخص با مردم‌گریزی و ناتوانی برای انجام مسؤولیت‌های خانوادگی و شغلی
- اختلالات نوروتیک: ویژگی اصلی اختلالات نوروتیک، اضطراب است که یا به‌طور مستقیم احساس می‌شود و یا از طریق مکانیسم‌های دفاعی روانی به صورت وسواس فکری، عملی و فوبی تظاهر می‌کند.

طبقه‌بندی در روان‌پزشکی، به منظور مرتب‌کردن و نظم دادن به تنوع وسیع پدیده‌هایی که در کار بالینی مشاهده می‌گردد، به کار گرفته می‌شود. در طبقه‌بندی، اختلالات روانی که ویژگی‌های بالینی مشابه‌ای دارند، در یک گروه قرار می‌گیرند و با توجه به پیشرفت علم روان‌پزشکی در شناخت اختلالات روانی، طبقه‌بندی این گروه از اختلالات در حال تغییر و دگرگونی می‌باشد. در تاریخ روان‌پزشکی، برای اولین بار بقراط دو اختلال مانیا و هیستری را به عنوان اختلال روانی معرفی کرد. پس از او امیل کراپلین، روان‌پزشک آلمانی در اواخر قرن نوزدهم اختلالات روانی را به دو نوع سایکوزهای عضوی و کنشی تقسیم نمود. در دوره دیگری از تاریخچه روان‌پزشکی، نیز از اختلالات سایکوتیک<sup>۱</sup> در مقابل اختلالات نوروتیک<sup>۲</sup> و اختلالات کنشی یا عملکردی<sup>۳</sup> در مقابل اختلالات روانی-عضوی<sup>۴</sup> بحث شده است:

1. Psychotic disorders
2. Neurotic disorders
3. Functional disorders
4. Organic-Mental disorders



خیز رفتن یا راه رفتن)؛ اختلال حرکات کلیشه‌ای (مانند تکان دادن بدن، کوبیدن سر) و اختلال تیک در این گروه قرار دارد.

• سایر اختلالات عصبی - تکاملی: اختلالاتی هستند که علائم و نشانه‌های اختلالات عصبی - تکاملی را دارند؛ اما، ملاک‌های کامل هیچ کدام از اختلالات ذکر شده را ندارند. اختلالاتی که در این گروه قرار می‌گیرند شامل اختلال عصبی - تکاملی مشخص دیگر و اختلال عصبی - تکاملی نامشخص می‌باشند.

در DSM-IV، اختلالات این گروه، با عنوان اختلالاتی که برای نخستین بار در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شود، طبقه‌بندی می‌شد.

## ۲) طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک<sup>۶</sup>

ویژگی مهم اختلالات این طبقه، علائم سایکوتیک مانند هذیان، توهم، تکلم آشفته، رفتار آشفته یا کاتاتونیک و علائم منفی می‌باشد:

- اسکیزوفرنی: یک اختلال سایکوتیک مزمن که نشانه‌های سایکوتیک بیش از شش ماه دوام داشته باشد (انواع فرعی اسکیزوفرنی مانند پارانوئید و آشفته و کاتاتونیک در DSM-5 حذف شده است).
- اختلال (شخصیت) اسکیزوتایپی<sup>۷</sup>: براساس DSM-5، اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در این طبقه قرار گرفته است (زیرا، گاهی اوقات قبل از بروز اسکیزوفرنی وجود دارد)؛ اما، در بخش اختلالات شخصیتی مورد بحث قرار گرفته است.
- اختلال هذیانی<sup>۸</sup>: وجود یک یا چند هذیان
- اختلال سایکوتیک کوتاه مدت<sup>۹</sup>: شروع ناگهانی

بر اساس شدت اختلال کارکردهای انطباقی، به درجات عمیق، شدید، متوسط و خفیف تقسیم می‌شود.

- اختلالات ارتباطی<sup>۱</sup>: نقص در زبان، گفتار و برقراری ارتباط می‌باشد و شامل چهار اختلال می‌شود: (۱) اختلال در زبان (مشکل در فراگیری زبان و جمله‌سازی)؛ (۲) اختلال در گفتار (اشکال در تولید صدا یا تلفظ)؛ (۳) اختلال در سلیس صحبت کردن با شروع از کودکی یا لکنت زبان و (۴) اختلال تعامل اجتماعی (اشکال در رعایت آداب و رسوم اجتماعی مانند خوش آمدگویی، رعایت نوبت در گفت و گو).
- اختلال طیف اوتیسم<sup>۲</sup>: اختلال اوتیسم با مشکلات شدید در زمینه‌های مختلف رشد و تکامل (مانند ارتباطات اجتماعی) و رفتارهای کلیشه‌ای مشخص می‌شود. بر اساس میزان مشکلات در ارتباطات اجتماعی، در سه سطح قرار می‌گیرد: سطح یک، به حمایت نیاز دارند (مانند اختلال اسپرگر)؛ سطح دو، به حمایت بیشتری نیاز دارند (مانند اختلال رت) و سطح سه، به حمایت خیلی زیادی نیاز دارند.
- اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه<sup>۳</sup>: الگوی مداوم بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری سه ویژگی مهم این اختلال است.
- اختلال یادگیری خاص<sup>۴</sup>: در این اختلال، عملکرد تحصیلی کودک پایین‌تر از حد انتظار از نظر سن و هوش است. اختلال یادگیری خاص شامل اختلال در خواندن، نوشتن یا ریاضیات می‌باشد.
- اختلالات حرکتی<sup>۵</sup>: هماهنگی حرکتی کودک به‌طور چشمگیری ضعیف‌تر از حد انتظار از نظر سن و هوش است. اختلالات حرکتی عبارتند است از: اختلال تکاملی هماهنگی (مانند تأخیر در سینه

6. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders  
7. Schizotypal (personality) disorder  
8. Delusional disorder  
9. Brief psychotic disorder

1. Communication disorders  
2. Autism spectrum disorder  
3. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)  
4. Specific learning disorder  
5. Motor disorders



**۵) اختلالات اضطرابی<sup>۴</sup>**

ویژگی برجسته اختلالات اضطرابی نشانه‌های اضطراب است. این اختلالات عبارتند از:

- **اختلال اضطراب جدایی:**<sup>۵</sup> اضطراب شدید در زمان جدا شدن از والدین یا سایر کسانی که کودک به آن‌ها دلبستگی دارد؛ مثلاً زمان مدرسه رفتن
- **لالی انتخابی:**<sup>۶</sup> صحبت نکردن در موقعیت‌های خاص
- **فوبی خاص:**<sup>۷</sup> ترس یا اضطراب شدید و غیرمنطقی از یک شیء یا موقعیت خاص مانند ترس از ارتفاع
- **اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی):**<sup>۸</sup> ترس یا اضطراب شدید از شرم‌نده شدن یا تحقیر شدن در موقعیت‌های اجتماعی
- **اختلال پانیک:**<sup>۹</sup> حمله‌های ناگهانی وحشت، مشخص با نشانه‌های اضطراب بسیار شدید مانند طپش قلب شدید و کوبنده، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تعریق شدید و احساس سرگیجه
- **آگورافوبیا:**<sup>۱۰</sup> ترس یا اضطراب شدید از قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که در صورت بروز حمله پانیک یا رفتار خجالت آور (مانند بی‌اختیاری ادرار) امکان ترک آن‌جا دشوار است مانند ترس از فروشگاه یا اتوبوس. آگورافوبیا؛ ممکن است با اختلال پانیک یا به تنهایی روی دهد
- **اختلال اضطراب فراگیر:**<sup>۱۱</sup> اضطراب و نگرانی بسیار شدید در اکثر روزها حداقل به مدت شش ماه
- **اختلال اضطرابی ناشی از مواد/ دارو مانند اضطراب ناشی از مصرف کوکائین یا داروی کورتیزول**
- **اختلال اضطرابی ناشی از بیماری جسمانی**

4. Anxiety disorders

5. Separation anxiety disorder

6. Selective mutism

7. Specific phobia

8. Social anxiety disorder or social phobia

9. Panic disorder

10. Agoraphobia

11. Generalized anxiety disorder

شدید، تحریک‌پذیری مزمن و خشم تشخیص داده می‌شود.

- **اختلال افسردگی اساسی:**<sup>۱</sup> خلق افسرده تقریباً هر روز و فقدان علاقه یا لذت تقریباً از تمام فعالیت‌ها حداقل به مدت دو هفته از ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی اساسی می‌باشد.
- **اختلال افسردگی مداوم:**<sup>۲</sup> یا مزمن (افسرده خویی): افسردگی خفیف و مزمن که در بزرگسالان حداقل دو سال و در کودکان حداقل یک سال طول کشیده باشد.
- **اختلال ملال پیش از قاعدگی:**<sup>۳</sup> این اختلال با بی‌ثباتی هیجانی، تحریک‌پذیری، افسردگی یا اضطراب و سردرد پیش از دوره قاعدگی شروع می‌شود و حدود دوره قاعدگی یا کمی بعد از آن برطرف می‌شود.
- **اختلال افسردگی ناشی از مواد/ دارو مانند افسردگی ناشی از مصرف الکل و باربیتورات‌ها**
- **اختلال افسردگی ناشی از بیماری طبی دیگر مانند افسردگی ناشی از کم‌کاری تیروئید یا سندرم کوشینگ**
- **اختلال افسردگی مشخص دیگر مانند دوره افسردگی کوتاه مدت عودکننده (نشانه‌های افسردگی ۲ تا ۱۳ روز طول می‌کشد و حداقل هر یک ماه یک بار تکرار می‌شود)، دوره افسردگی کوتاه مدت (خلق افسرده برای ۴ تا ۱۴ روز) و دوره‌ی افسردگی با نشانه‌های ناکافی**
- **اختلال افسردگی نامشخص: اختلال افسردگی که ملاک‌های کامل اختلالات افسردگی ذکر شده‌ی قبلی را ندارد مانند ملانکولیا، افسردگی غیر معمول، افسردگی با شروع پیش از زایمان و افسردگی فصلی.**

1. Major depressive disorder

2. Persistent depressive disorder (Dysthymia)

3. Premenstrual dysphoric disorder



## کادر ۲-۳) ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اسکیزوفرنی

A - دو (یا بیشتر) از علائم زیر که هر کدام برای یک دوره یک ماهه به‌طور واضح دوام داشته باشد (اگر با موفقیت درمان شده باشد، کمتر). حداقل یکی از علائم (۱)، (۲) یا (۳) وجود داشته باشد:

۱ - هذیان‌ها

۲ - توهمات

۳ - تکلم آشفته (انحراف گفتار مکرر یا بی‌ربطی)

۴ - رفتار آشکار آشفته یا کاتاتونیک

۵ - نشانه‌های منفی (مانند کاهش ابراز هیجان یا فقدان اراده)

B - برای یک دوره زمانی چشمگیر از شروع اختلال، سطح عملکرد فرد در یک یا چند زمینه اساسی عملکرد، مانند کار، روابط بین فردی، مراقبت از خود، به‌طور قابل ملاحظه پایین‌تر از سطح قبل از شروع اختلال باشد (یا اگر اختلال در کودکی یا نوجوانی شروع شده‌است؛ ناتوانی در رسیدن به سطح مورد انتظار در روابط بین فردی، عملکرد تحصیلی یا شغلی وجود دارد).

C - نشانه‌های مداوم اختلال، حداقل به مدت ۶ ماه ادامه می‌یابد. در این دوره ۶ ماهه، باید علائم ملاک A حداقل به مدت یک ماه (یا کمتر، اگر درمان موفقیت‌آمیز باشد) وجود داشته باشد و ممکن است، علائم دوره مقدماتی و باقی‌مانده نیز شامل شود. ضمن دوره‌های مقدماتی یا باقی‌مانده، علائم اختلال ممکن است فقط علائم منفی و یا دو یا چند تا از علائم مذکور در ملاک A به صورت خفیف (مثل عقاید عجیب و غریب، تجارب ادراکی غیرعادی) باشد.

D - اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال افسردگی یا دو قطبی با خصوصیات سایکوتیک به یکی از دلایل زیر کنار گذاشته شده باشد:

۱ - دوره‌های افسردگی یا مانیا همزمان با علائم مرحله فعال روی نداده است.

۲ - اگر دوره‌های خلقی در جریان علائم مرحله فعال روی داده‌باشد؛ کل طول مدت آن‌ها، نسبت به طول دوره‌های فعال و باقی‌مانده کوتاه و گذرا بوده باشد.

E - اختلال ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثل سوءمصرف مواد، دارو) یا یک اختلال طبّی دیگر نمی‌باشد.

F - چنان‌چه سابقه اختلال طیف اوتیسم یا اختلال ارتباط که از دوران کودکی شروع شده‌است، وجود داشته باشد؛ تشخیص اضافی اسکیزوفرنی، فقط زمانی گذاشته می‌شود که علاوه بر سایر نشانه‌های ضروری اسکیزوفرنی، هذیان‌ها یا توهمات برجسته، حداقل به مدت یک ماه (یا کمتر، اگر درمان موفقیت‌آمیز صورت گرفته باشد)، وجود داشته باشد.

مشخص شود اگر:

دوره‌های سیر که ذکر شده‌است فقط زمانی منظور شود که یک سال از آغاز اختلال گذشته شود و با ملاک‌های تشخیصی سیر بیماری منافات نداشته باشد.

اولین دوره، هم اکنون در دوره حاد؛ اولین تظاهرات اختلال، ملاک‌های نشانه‌های تشخیصی و زمان را بر آورده می‌کند. دوره حاد، مدت زمانی است که ملاک‌های تشخیصی وجود دارد.

اولین دوره، هم اکنون در بهبود نسبی: بهبود نسبی زمانی است که دوره قبلی بهبود یافته و ملاک‌های تشخیصی تا حدودی وجود دارد.

اولین دوره، هم اکنون در حالت بهبود کامل: بهبود کامل، زمان بعد از دوره قبلی است که در آن نشانه اختلال



## کادر ۲-۴) ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی براساس DSM-5

A - پنج تا (یا بیشتر) از نشانه‌های زیر در یک دوره دو هفته‌ای وجود داشته‌اند و نشان‌دهنده تغییر از سطح عملکرد قبلی هستند؛ حداقل یکی از نشانه‌ها یا (۱) خلق افسرده و یا (۲) از دست دادن علاقه و احساس لذت است.

توجه: نشانه‌هایی را که به وضوح ناشی از یک اختلال طبی است را به حساب نیاورید.

(۱) خلق افسرده در اکثر مواقع روز، تقریباً هر روز، یا با گزارش ذهنی (مثل احساس غمگینی، پوچی و ناامیدی) یا مشاهدات دیگران (مثلاً، ظاهر گریان). (توجه: در کودکان و نوجوانان ممکن است، به صورت خلق تحریک‌پذیر باشد).

(۲) کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس لذت نسبت به تمام یا تقریباً تمام فعالیت‌ها در قسمت عمده روز، تقریباً هر روز (به طوری که شرح ذهنی بیمار یا مشاهدات دیگران نشان می‌دهد).

(۳) کاهش قابل ملاحظه وزن بدون پرهیز یا رژیم غذایی یا افزایش وزن (مثلاً، بیش از ۵ درصد وزن بدن در یک ماه) یا کاهش و یا افزایش اشتها تقریباً هر روز. (توجه: در کودکان عدم بالا رفتن مورد انتظار وزن را در نظر بگیرید).

(۴) بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز.

(۵) تحریک یا کندی روانی - حرکتی تقریباً هر روز (قابل مشاهده برای دیگران، نه صرفاً احساس ذهنی بی‌قراری یا کندی).

(۶) خستگی یا فقدان انرژی، تقریباً هر روز.

(۷) احساس بی‌ارزشی یا گناه بیجا (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هر روز (نه فقط خود ملامت‌گری و احساس گناه در مورد بیمار بودن).

(۸) کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، یا بلاتصمیمی، تقریباً هر روز (چه به صورت گزارش ذهنی بیمار یا مشاهده دیگران).

(۹) افکار مکرر مرگ (نه فقط به صورت ترس از مرگ)، افکار انتحاری تکراری بدون نقشه خاص، یا اقدام به خودکشی یا طرح خاص برای خودکشی.

B - نشانه‌ها باعث ناراحتی چشمگیر بالینی یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم می‌شود.

C - این دوره از بیماری ناشی از تأثیر فیزیولوژیک یک ماده یا یک اختلال طبی دیگر نمی‌باشد.

توجه: ملاک‌های A تا C نشان‌دهنده دوره افسردگی اساسی است.

توجه: پاسخ به فقدان‌های مهم (مانند داغدیدگی، ورشکستگی، فقدان‌های ناشی از بلایای طبیعی، بیماری جسمانی جدی و ناتوانی) ممکن است شامل احساس غمگینی شدید، نشخوارهای ذهنی در مورد فقدان، از دست دادن اشتها و کاهش وزن باشد که در ملاک A ذکر شده‌است و شبیه یک دوره افسردگی باشد. اگر چه این نشانه‌ها قابل درک است یا متناسب با فقدان می‌باشد علاوه بر پاسخ طبیعی به یک فقدان مهم، وجود دوره افسردگی اساسی نیز مورد توجه قرار بگیرد. این تصمیم ضرورت به کارگیری قضاوت بالینی مبتنی بر تاریخچه قبلی و هنجارهای فرهنگی برای نشان دادن بیماری در زمینه فقدان، ایجاب می‌کند.

D. وقوع یک دوره افسردگی اساسی با اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی-فرم، اختلال هذیانی یا طیف اسکیزوفرنی مشخص و نامشخص دیگر و سایر اختلالات سایکوتیک بهتر توجیه نمی‌شود.



## واژه‌یاب

اختلالات شناختی، ۱۹-۱۹۸  
 اختلالات هذیانی، ۱۱-۷۹  
 اختلال افسردگی اساسی، ۱۳-۹۶  
 اختلال افسردگی فصلی، ۱۳-۹۶  
 اختلال افسرده‌خویی، ۱۳-۹۹  
 اختلال انفجاری متناوب، ۲۵۷  
 اختلال بیش‌فعالی (با) کمبود توجه، ۱۱-۲۳۶  
 اختلال توره، ۲۴۱  
 اختلال درد، ۱۶۱  
 اختلال دوقطبی I، ۱۰۹ - ۱۲  
 اختلال سلوک، ۱۸-۲۲۹-۲۴۲  
 اختلال شخصیت افسرده، ۱۸۳  
 اختلال شخصیت منفعل - مهاجم، ۱۸۳  
 اختلال کنترل تکانه، ۱۸-۲۵۷  
 اختلال کنشی جنسی، ۱۱-۱۹۰  
 اختلال ملال پیش از قاعدگی، ۱۳-۹۹  
 اختلال منش، ۲۵۶  
 استرس پس از سانحه، ۱۴۴  
 استرس حاد، ۱۴۴  
 اسکیزوئید، ۱۷۸  
 اسکیزوتایپال، ۱۷۸  
 اسکیزوفرنی، ۱۱-۶۴

### آ

آپومورفین، ۲۱۳  
 آرام‌سازی، ۱۳۳  
 آشفته، ۱۱-۱۲-۷۱-۷۲  
 آکاتریا، ۲۱-۳۱-۳۲  
 آگرانولوسیتوز، ۳۰  
 آلزایمر، ۱۹۹  
 امانت‌دین، ۳۱-۴۵  
 امفتامین، ۴۶-۲۱۷  
 آموکسایین، ۳۶  
 آمی‌تریپ‌تیلین، ۳۶  
 آنتاگونیست‌های گیرنده بتا - آدرنرژیک، ۴۶  
 آنتی‌کولینرژیک‌ها، ۴۵  
 آنتی‌هیستامین‌ها، ۴۵

### الف

اجبار برای دزدی، ۲۵۷  
 اختلالات اضطرابی، ۱۳-۱۱۸  
 اختلالات پسیکوتیک، ۹  
 اختلالات جنسی، ۱۱ - ۱۸۹  
 اختلالات خواب، ۱۶  
 اختلالات شخصیتی، ۲۰-۱۷۶