

دستنامه روان‌پزشکی بالینی

کاپلان و سادوک

ویراست هفتم، ۲۰۲۵

تألیف

دکتر سامون احمد

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

متخصص روان‌پزشکی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محسن ارجمند

متخصص روان‌پزشکی

دکتر ابوذر گل‌ورز

دکتر فاطمه هداوندخانی

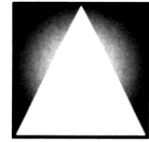
میترا علیزاده

با مقدمه

دکتر سید احمد جلیلی

رئیس سابق انجمن علمی روانپزشکان ایران

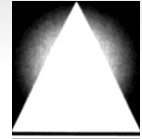




فهرست مطالب

.....	مقدمه بر ترجمه فارسی (ویراست هفتم)	۵
.....	مقدمه بر ترجمه فارسی (ویراست پنجم)	۷
.....	پیشگفتار	۹
.....	قدردانی	۱۱
.....	فصل ۱ طبقه‌بندی در روان‌پزشکی	۱۳
.....	فصل ۲ شرح حال روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی	۳۱
.....	فصل ۳ ارزیابی طبی و آزمون‌های آزمایشگاهی در روان‌پزشکی	۴۲
.....	فصل ۴ هم‌ابتلائی و درمان طبی	۵۹
.....	فصل ۵ تصویربرداری مغز در روان‌پزشکی	۷۷
.....	فصل ۶ اختلالات عصبی‌شناختی عمده	۸۲
.....	فصل ۷ اختلال عصبی‌شناختی عمده یا خفیف ناشی از یک بیماری طبی دیگر (اختلال نسیانی)	۱۰۶
.....	فصل ۸ اختلالات روانی ناشی از یک بیماری طبی دیگر	۱۱۱
.....	فصل ۹ اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد	۱۲۹
.....	فصل ۱۰ طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روان‌پریشی	۱۷۲
.....	فصل ۱۱ اختلالات اسکیزوفرنی فرم، اسکیزوافکتیو، هذیانی، و سایر اختلالات روان‌پریشانه	۱۹۷
.....	فصل ۱۲ اختلالات خلقی	۲۱۶
.....	فصل ۱۳ اختلالات اضطرابی	۲۵۸
.....	فصل ۱۴ اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط	۲۷۵
.....	فصل ۱۵ اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا	۲۸۹
.....	فصل ۱۶ اختلالات تجزیه‌ای	۳۰۵
.....	فصل ۱۷ اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط	۳۱۹
.....	فصل ۱۸ اختلالات شخصیت	۳۳۴
.....	فصل ۱۹ کژکاری جنسی	۳۵۷
.....	فصل ۲۰ نارضایتی جنسیتی	۳۷۸
.....	فصل ۲۱ اختلالات تغذیه و خوردن	۳۸۴

فصل ۲۳	اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک	۴۱۰
فصل ۲۴	روان پزشکی رابط - مشاور	۴۱۶
فصل ۲۵	خودکشی، خشونت، و فوریت های روان پزشکی	۴۳۰
فصل ۲۶	روان پزشکی کودک	۴۵۱
فصل ۲۷	روان پزشکی سالمندان	۴۹۵
فصل ۲۸	مشکلات مراقبت های پایان زندگی	۵۱۲
فصل ۲۹	روان درمانی ها	۵۲۰
فصل ۳۰	درمان های روان دارویی و مکمل های تغذیه ای	۵۳۷
فصل ۳۱	کانابیس	۶۴۵
فصل ۳۲	داروهای روان پریشی زا و انتاکتوزن ها	۶۶۲
فصل ۳۳	کتامین	۶۷۱
فصل ۳۴	درمان های تحریک مغزی	۶۷۷
فصل ۳۵	روان پزشکی قانونی و اصول اخلاقی در روان پزشکی	۶۸۴
فصل ۳۶	اختلالات حرکتی ناشی از داروها	۶۹۵
فصل ۳۷	همه گیری کووید - ۱۹	۷۰۶
فصل ۳۸	آینده روان پزشکی	۷۲۷
واژه نامه نشانه ها و علائم	۷۳۷	
نمایه	۷۵۸	
درباره نویسنده	۷۶۵	



۱ طبقه‌بندی در روان‌پزشکی

مقدمه

تشخیص، تشخیص افتراقی، ویژگی‌های بالینی و درمان هر کدام از آنها تشریح خواهد شد. در این بخش تنها به توصیفی مختصر از هر بیماری پرداخته می‌شود تا طرحی کلی از طبقه‌بندی روان‌پزشکی برای خوانندگان ارائه شود. همچنین این بخش شامل برخی از تغییرهایی است که DSM-5-TR نسبت به DSM-IV داشته است. بررسی کامل‌تر هر کدام از بیماری‌ها در فصل‌های پیش رو آورده شده است.

اختلالات عصبی‌رشدی^۱

این اختلالات معمولاً اولین بار در دوران شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند.

کم‌توانی ذهنی^۲ یا اختلال رشدی‌هوشی

کم‌توانی ذهنی (ID) یا اختلال رشدی‌هوشی (در DSM-IV «عقب‌ماندگی ذهنی» نامیده می‌شد، اصطلاحی که اکنون توهین‌آمیز محسوب می‌شود). مشخصه کم‌توانی ذهنی (ID) پایین‌تر بودن قابل ملاحظه هوش از حد متوسط و ضعف چشمگیر در عملکرد انطباقی است. منظور از عملکرد انطباقی آن است که افراد به چه میزان می‌توانند تکالیف معمول زندگی که متناسب با سن است مانند ارتباط، مراقبت از خود و مهارت‌های بین‌فردی را به شکل مؤثری برآورده کنند. کم‌توانی ذهنی در DSM-5-TR بر اساس عملکرد کلی در ۴ سطح خفیف، متوسط، شدید یا عمیق دسته‌بندی می‌شود: در DSM-IV این اختلال بر مبنای بهره هوشی (IQ) در ۴ دسته خفیف (۵۵- تا ۷۰)، متوسط (۴۰- تا ۵۵)، شدید (۲۵- تا ۴۰)، شدید (۳۵- تا ۴۰) یا عمیق (زیر ۲۵-۳۰) جای می‌گرفت.

نظام‌های طبقه‌بندی تشخیص‌های روان‌پزشکی اهداف مختلفی را دنبال می‌کنند: نخستین و مهم‌ترین هدف کمک به بالینگران برای ایجاد تمایز بین یک تشخیص روان‌پزشکی و تشخیص دیگر است تا بتوانند مؤثرترین درمان را ارائه دهند؛ افزون بر این، ایجاد چارچوب و زبانی مشترک بین متخصصان سلامت است که صرفاً اختلالات روان‌پزشکی را از یکدیگر متمایز نمی‌کند بلکه هر اختلال را درون یک بافت نظری بزرگ‌تر قرار می‌دهد و به بالینگران کمک می‌کند تا بفهمند که اختلالات چگونه با یکدیگر تفاوت دارند و همچنین دارای چه تعداد علامت مشترک هستند. نظام‌های طبقه‌بندی همچنین به علل احتمالی برخی از اختلالات روانی اشاره دارند.

دو مورد از مهم‌ترین طبقه‌بندی‌های روان‌پزشکی عبارت‌اند از راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها DSM (ICD) توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا با همکاری سایر گروه‌های متخصص سلامت روان تهیه شده و ICD توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شده است. آخرین ویراست DSM، موسوم به DSM-5 در تاریخ ۱۸ مه ۲۰۱۳ و نسخه به‌روزرشده آن یعنی متن بازنگری‌شده DSM-5 (DSM-5-TR) در ۱۸ مارس ۲۰۲۲ منتشر شد. جدیدترین نسخه ICD با عنوان ICD-11 در تاریخ یکم ژانویه ۲۰۲۲ عملیاتی شد.

طبقه‌بندی DSM-5

در DSM-5 بیست و دو طبقه اصلی اختلال‌های روانی فهرست شده‌اند که شامل بیش از ۱۵۰ بیماری مجزا هستند. تمامی بیماری‌های فهرست‌شده در DSM-5-TR در بخش‌های آتی کتاب به تفصیل توصیف می‌شوند و همه‌گیرشناسی، سبب‌شناسی،

1. Neurodevelopmental Disorders
2. Intellectual Disability

تأخیر کلی رشد

شکلی از کم‌توانی ذهنی که تأخیر کلی رشد خوانده می‌شود در کودکان زیر ۵ سالی دیده می‌شود که نقص‌های شدیدی فراتر از آنچه در بالا گفته شد دارند.

اختلال ارتباط عملی یا اجتماعی

اختلال ارتباط عملی یا اجتماعی عبارت است از مشکلات جدی در برقراری ارتباط و تعامل اجتماعی با همسالان.

اختلال طیف درخودماندگی

طیف درخودماندگی شامل دامنه‌ای از رفتارها است که با مشکلاتی شدید در حوزه‌های رشدی چندگانه مانند پیوند اجتماعی و ارتباط همراه است و همچنین دربرگیرنده دامنه‌ای از فعالیت‌ها و الگوهای رفتاری تکرارشونده و قالبی از جمله در تکلم است. در *DSM-5-TR* این نشانه‌ها به سه دسته تقسیم می‌شوند: سطح ۱ شامل توانایی صحبت کردن همراه با تعامل اجتماعی اندک است (این سطح مشابه اختلال آسپرگر است که در *DSM-5* نیامده است). بیماران این سطح ممکن است همچنان به حمایت نیاز داشته باشند و احتمالاً زبان بدن و سرنخ‌های اجتماعی معین را تشخیص نمی‌دهند. سطح ۲ که با کمترین میزان تکلم و تعامل اجتماعی مشخص می‌شود (در *DSM-IV* با عنوان اختلال رت شناخته می‌شد اما در *DSM-5* حذف شده است) و رفتارهای تکرارشونده و علایق محدود را نیز در بر می‌گیرد. سطح ۳ با یک نقص عمده یا تقریباً کامل در مهارت‌های اجتماعی کلامی و غیرکلامی و نقصان شدید در عملکرد مشخص می‌شود. افراد در این سطح به حمایت مداوم نیاز دارند.

عملکرد ذهنی مرزی

در *DSM-5-TR* از عبارت عملکرد ذهنی مرزی استفاده شده است اما به‌روشنی از کم‌توانی ذهنی خفیف متمایز نشده است و ملاک روشنی برای آن داده نشده است. این وضعیت در *DSM-IV* به‌صورت حالتی نزدیک یا در محدوده بالای «عقب‌ماندگی ذهنی خفیف» (یعنی بهره هوشی ۷۰) تعریف می‌شد، در حالی که در *DSM-5-TR* جزء سایر حالتی در نظر گرفته می‌شود که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرند.

اختلالات ارتباط

چهار نوع اختلال این دسته زمانی تشخیص داده می‌شوند که مشکلات ارتباطی سبب بروز نقصان چشمگیر در عملکرد و دستیابی به اهداف روزانه شود: اختلال زبان، اختلال صوت گفتار، اختلال فصاحت کلام با شروع در کودکی یا لکنت زبان و اختلال ارتباط عملی یا اجتماعی.

اختلال زبان

مشخصه اختلال زبان مشکلات رشدی در فهرست واژگان است که سبب می‌شود فرد در ساختن جملات متناسب با سن دچار مشکل شود.

اختلال صوت گفتار

مشخصه اختلال صوت گفتار اشکال در تلفظ است.

اختلال فصاحت کلام با شروع در کودکی یا لکنت زبان

مشخصه اختلال فصاحت کلام با شروع در کودکی که با عنوان لکنت زبان هم شناخته می‌شود، مشکلاتی در روانی، سرعت و آهنگ کلام است. بسیاری از افراد در بزرگسالی هم همچنان دارای لکنت هستند.

اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی

از دهه ۱۹۹۰ اختلال اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (ADHD) یکی از بحث‌برانگیزترین اختلالات روان‌پزشکی در رسانه‌های عمومی بوده است که علت این امر دو مورد است: ۱- فقدان مرز مشخصی بین رفتارهای عادی یا متناسب با سن کودک و ۲- رفتارهایی که به‌عنوان تظاهرات اختلال‌ها در نظر گرفته می‌شوند. از سوی بسیاری از افراد نگرانی‌هایی وجود دارد که کودکان بدون ابتلا به این اختلال، تشخیص اشتباه و درمان دارویی دریافت می‌کنند. طی یک دهه اخیر ADHD بزرگسالان به یک تشخیص متداول تبدیل شده است. ویژگی‌های اصلی این اختلال در کودکان و بزرگسالان عدم توجه پایدار یا مشکل در تمرکز، بیش‌فعالی و تکانشگری است که سبب نقصان چشمگیر بالینی در عملکرد می‌شود.

طیف اسکیزوفرنیا (روان‌گسیختگی) و سایر

اختلالات روان‌پریشی

این بخش که دربارهٔ اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی است دربرگیرندهٔ هشت اختلال معین است (اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی‌فرم، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال هذیانی، اختلال روان‌پریشی گذرا، اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد / دارو، اختلال روان‌پریشی ناشی از بیماری طبی دیگر و کاتاتونیا) که در هر کدام علائم‌های روان‌پریشی ویژگی‌های بارز نمای بالینی هستند. دسته‌بندی اختلالات تحت این عنوان در DSM-5-TR اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را نیز در بر می‌گیرد که اختلال روان‌پریشی به حساب نمی‌آید اما گاهی مقدم بر اسکیزوفرنی کامل است. اختلال اسکیزوتایپی در این کتاب به صورت جداگانه در گروه اختلالات شخصیت بررسی می‌شود (فصل ۱۸ را ببینید).

اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی اختلال مزمنی است که اغلب با هذیان‌ها و توهمات بارز همراه است. فرد باید برای حداقل ۶ ماه بیمار باشد هرچند لزومی ندارد در تمام طول این زمان روان‌پریشی فعالی داشته باشد. این اختلال در سه مرحله توسط بالینگران تشخیص داده می‌شود، اگرچه در DSM-5-TR این مراحل گنجانده نشده‌اند. مرحلهٔ مقدماتی مربوط است به زوال کارکرد قبل از آنکه مرحلهٔ روان‌پریشی فعال آغاز شود. علائم‌های مرحلهٔ فعال (هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار به شدت آشفته یا علائم منفی مانند عاطفهٔ یکنواخت، کاهش انگیزه و فقر کلامی) باید حداقل یک ماه وجود داشته باشند. مرحلهٔ باقیه‌ای به دنبال مرحلهٔ فعال می‌آید. ضعف عملکرد و ناهنجاری‌های عاطفه، شناخت و ارتباط از ویژگی‌های مراحل مقدماتی و باقیه‌ای هستند.

اسکیزوفرنی در DSM-IV و ICD-10 بر مبنای شدیدترین علائم موجود در زمان ارزیابی به چند زیرگروه تقسیم می‌شد (نوع بدگمان، نوع نابسامان، نوع کاتاتونیک، نوع نامتمایز و نوع باقیه‌ای). اگرچه این زیرگروه‌ها در نظام رسمی نام‌گذاری DSM-5-TR یا ICD-11 جایی ندارند، از نظر پدیدارشناسی دقیق هستند. این زیرگروه‌ها همچنان توصیفاتی سودمند هستند که بالینگران در تعاملات‌شان با یکدیگر از آنها استفاده می‌کنند.

اختلالات یادگیری اختصاصی

این اختلالات کاستی‌های رشی در رشد هستند که در ارتباط با کسب مهارت‌های خاص در خواندن (کترخوانی یا خوانش‌پریشی)؛ در ریاضیات (محاسبه‌پریشی)^۱ یا در بیان نوشتاری (نوشتارپریشی) به وجود می‌آید.

اختلالات حرکتی

همچون اختلال یادگیری، اختلالات حرکتی زمانی تشخیص داده می‌شوند که هماهنگی حرکتی با در نظر گرفتن سن و هوش به میزان چشمگیری پایین‌تر از انتظار است و مشکلات مربوط به هماهنگی به طور قابل ملاحظه‌ای با عملکرد فرد تداخل می‌کند. اختلالات حرکتی به سه دستهٔ اصلی تقسیم می‌شوند: اختلالات هماهنگی رشدی، اختلال حرکات قالبی و اختلال تیک.

اختلال هماهنگی رشدی

نقصان در رشد هماهنگی حرکتی است مانند تأخیر در خزیدن یا راه رفتن، انداختن اشیاء یا عملکرد ورزشی ضعیف.

اختلال حرکات قالبی

شامل فعالیت‌های حرکتی تکرارشونده مانند کوبیدن سر و حرکت دادن بدن است.

اختلالات تیک

مشخصهٔ اختلالات تیک حرکات یا اصوات ناگهانی، غیرارادی، عودکننده و قالبی است. سه نوع اختلال تیک وجود دارد: اختلال توره که شامل تیک‌های حرکتی و صوتی مانند کوپرولالیا^۲ (هرزه‌گویی) است؛ اختلال تیک مقاوم و مزمن حرکتی یا صوتی که مشخصهٔ آن وجود یک تیک حرکتی یا صوتی است؛ و اختلال تیک موقتی که با تیک‌های حرکتی و/یا صوتی به مدت کمتر از یک سال مشخص می‌شود.

1. dyscalculia

۲. Coprolalia: ادای غیرارادی کلمات زشت و مستهجن م.

اختلال هذیانی

مشخصه اختلال هذیانی بروز هذیان‌های پایداری مانند خودبزرگ‌بینی، حسادت، گزند و آسیب، جسمی، مختلط، اروتومانیک (شهوایی) و نامعین است. به‌طور کلی هذیان‌ها درباره موقعیت‌هایی هستند که ممکن است در زندگی معمول رخ دهند مانند خیانت، تعقیب شدن، ابتلا به بیماری یا حضور در رابطه با فردی با رتبه اجتماعی بالا که این موارد در گروه باورهای غیرغریب قرار می‌گیرند.

در این دسته نوع دیگری نیز وجود دارد که در *DSM-IV* با عنوان *اختلال هذیان/اشترکی (جنون دوتایی)* آورده شده بود اما در *DSM-5-TR* علائم هذیانی در شریک زندگی فرد مبتلا به *اختلال هذیانی* نام گرفت و مشخصه آن یک باور هذیانی است که در فردی که رابطه نزدیکی با فرد مبتلا به اختلال هذیانی دارد ایجاد می‌شود و فرد مبتلا ممکن است هذیان را تقویت کند.

پارانویا (عبارتی که در *DSM-5-TR* آورده نشده است) اختلال نادری است که در آن یک نظام هذیانی پیچیده و مفصل به‌تدریج شکل می‌گیرد و اغلب با افکار خودبزرگ‌بینی همراه است. این بیماری سیر مزمنی دارد و به‌شدت حول هذیان تثبیت می‌شود اما باقی شخصیت دست‌نخورده و سالم می‌ماند.

اختلال روان‌پریشی گذرا

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

اختلال اسکیزوفرنی فرم

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

اختلال اسکیزوافکتیو

در اختلال اسکیزوافکتیو علاوه بر علائم مرحله فعال اسکیزوفرنی (هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار به‌شدت آشفته یا علائم منفی) یک سندرم مانیا یا افسردگی نیز وجود دارد که اغلب فراتر از مدت زمان روان‌پریشی است. در نتیجه اختلال اسکیزوافکتیو را می‌توان به یکی از این دو صورت تشخیص‌گذاری کرد: نوع دوقطبی یا نوع افسرده.

برخلاف مبتلایان به اختلال خلقی همراه با علائم روان‌پریشی، افراد مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو هذیان‌ها یا توهمات را برای حداقل دو هفته بدون حضور علائم خلقی بارز تجربه می‌کنند.

اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد / دارو

در اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد/دارو علائم روان‌پریشی در اثر مواد روان‌گردان یا سایر مواد مانند داروهای توهم‌زا، کوکائین یا کانابیس با دلتا-۹-تتراهدروکانابینول (THC) بالا ایجاد می‌شوند. معمولاً در هنگام فروکش عوارض داروها/مواد، روان‌پریشی نیز برطرف می‌شود.

اختلال روان‌پریشی ناشی از بیماری طبی دیگر

بیماری‌های دیگری می‌توانند علائم مرتبط با روان‌پریشی را ایجاد کنند از جمله صرع لوب تمپورال، کمبود یکی از ویتامین‌ها در بدن^۱ یا مننژیت.

کاتاتونیا

ویژگی این اختلال ناهنجاری‌های حرکتی مانند کاتالپسی (انعطاف‌پذیری مومی شکل)، سکوت، وضعیت‌گیری بدن^۲ و منفی‌کاری است. این علائم می‌توانند با اختلالات رشدی-عصبی، روان‌پریشی، دوقطبی و افسردگی مرتبط باشند (تشخیص‌گذاری با عنوان *کاتاتونیایی مرتبط با اختلال روانی دیگر*) یا با بیماری طبی دیگری مثل نئوپلاسم، ضربه مغزی یا آنسفالوپاتی کبدی ارتباط داشته باشند (تشخیص‌گذاری با عنوان *کاتاتونیایی ناشی از یک بیماری طبی دیگر*). کاتاتونیایی نامعین در خصوص مواردی اعمال می‌شود که علائم کاتاتونیا وجود دارند اما علت زیربنایی نامشخص است.

1. Avitaminosis
2. posturing

متعدد هیپومانیا و افسردگی در طول حداقل ۲ سال رخ می‌دهند. در طول این دوره‌ها، علائم باید دست‌کم نیمی از اوقات وجود داشته باشند و در هر دوره‌ای مدت خلق باثبات از ۲ ماه فراتر نرود.

اختلال دوقطبی ناشی از بیماری طبی دیگر

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

اختلال دوقطبی ناشی از مواد / دارو

اگر علت اختلال خلقی عوارض یا ترک یک ماده (مانند آمفتامین) باشد، اختلال دوقطبی ناشی از مواد/ دارو تشخیص داده می‌شود.

اختلالات افسردگی

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

اختلال افسردگی اساسی

مشخصه ضروری برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی خلق افسرده یا فقدان علاقه یا لذت در فعالیت‌های معمول زندگی (آنهدونیا) است. برخی از علائم همچنین شامل افکار خودکشی، کاهش چشمگیر وزن، رفتار خواب افراطی (بی‌خوابی یا پرخوابی) و خستگی هستند. علائم باید تقریباً هر روز به مدت دو هفته وجود داشته باشند، به غیر از افکار خودکشی یا فکری‌هایی درباره مرگ که باید عودکننده باشند. اگر علائم در نتیجه یک فقدان معمول باشند یا علائم روان‌پریشی بدون علائم خلقی وجود داشته باشند این تشخیص رد می‌شود.

اختلال افسردگی پایدار یا دیس‌تایمی (افسرده‌خوبی)

اختلال افسردگی پایدار (که اغلب به آن دیس‌تایمی هم گفته می‌شود) شکلی خفیف و مزمن از افسردگی است که حداقل ۲ سال ادامه دارد و فرد در طول این زمان، در بیشتر روزها و تقریباً در

اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط

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

اختلال دوقطبی I

ویژگی اصلی اختلال دوقطبی I تاریخچه‌ای از دوره مانیا یا دوره‌های ترکیبی مانیا و افسردگی است. اختلال دوقطبی I بر اساس موارد متنوعی دسته‌بندی می‌شود: نوع دوره فعلی (مانیک، هیپومانیک، افسردگی یا مختلط)، شدت اختلال و وضعیت فروکش (خفیف، متوسط، شدید بدون روان‌پریشی، شدید با مشخصه‌های روان‌پریشی، فروکش نسبی یا فروکش کامل)، و وجود تندچرخشی^۱ در دوره اخیر (حداقل ۴ دوره در طول ۱۲ ماه). برای تشخیص‌گذاری، بیمار باید به مدت دست‌کم یک هفته مانیا را تجربه کند و طی این دوره در اغلب اوقات روز علائم را داشته باشد. مدت هیپومانیا حداقل ۴ روز متوالی همراه با وجود علائم در اغلب اوقات روز است، در حالی که افسردگی مستلزم تداوم علائم در دو هفته متوالی برای اغلب اوقات روز در این دوره است.

اختلال دوقطبی II

مشخصه اختلال دوقطبی II تاریخچه‌ای از دوره‌های هیپومانیا و افسردگی اساسی است. تفاوت عمده بین مانیا و هیپومانیا در شدت آسیب مرتبط با سندرم است. همانند اختلال دوقطبی I، دوره‌های هیپومانیا باید به مدت حداقل ۴ روز متوالی در اغلب اوقات روز ادامه داشته باشند، در حالی که دوره‌های افسردگی باید دست‌کم دو هفته متوالی و در اغلب اوقات روز در طی این دوره وجود داشته باشند.

اختلال سیکلوتایمی (خلق ادواری)

اختلال سیکلوتایمی معادل دوقطبی اختلال دیس‌تایمی است (بخش اختلال افسردگی پایدار یا افسرده‌خوبی را ببینید). خلق ادواری اختلال خلقی خفیف و مزمنی است که در آن دوره‌های

حداقل ۲ هفته را ایجاد کند اما واجد ملاک‌های سایر زیرانواع اختلالات افسردگی نیست.

اختلال افسردگی نامعین

اختلال افسردگی نامعین شامل ۴ نوع اصلی است.

ملانکولیا

ملانکولیا شکل شدیدی از افسردگی اساسی است و مشخصه آن ناامیدی، فقدان لذت و کندی روانی - حرکتی است و خطر بالای خودکشی را با خود دارد.

افسردگی غیرمتعارف

مشخصه افسردگی غیرمتعارف (آتیپیک) خلق افسرده‌ای است که به جای کاهش وزن با افزایش وزن، و به جای بی‌خوابی با پرخوابی همراه است.

افسردگی پیرازایمانی

افسردگی پیرازایمانی نوعی از افسردگی است که در نزدیکی زایمان یا در طول یک ماه پس از زایمان رخ می‌دهد (در DSM-IV افسردگی پس از زایمان خوانده می‌شد).

الگوی فصلی

برای برخی از بیماران، شروع خلق افسرده در زمان مشخصی از سال، معمولاً زمستان، رخ می‌دهد (با نام اختلال عاطفی فصلی [SAD]^۱ نیز شناخته می‌شود).

اختلال کُرنظیمی خلق / ایدایی

اختلال کُرنظیمی خلق ایدایی در DSM-5 معرفی شد و در کودکان بالای ۶ سال و زیر ۱۸ سال تشخیص داده می‌شود. مشخصه آن قشقرق‌های شدید، تحریک‌پذیری مزمن و خلق عصبانی است.

اختلالات اضطرابی

DSM-5-TR^۲ نه اختلال معین را در طبقه اختلالات اضطرابی در بر می‌گیرد (اختلال وحشت‌زدگی [پانیک]، ترس از مکان‌های باز،

تمامی روز خلق افسرده را همراه با حداقل دو علامت دیگر افسردگی تجربه می‌کند.

اختلال ملال پیش از قاعدگی

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

اختلال افسردگی ناشی از مواد / دارو

اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو ممکن است زمانی رخ دهد که علائم افسردگی بارز و طولانی‌مدت را بتوان به مصرف یک ماده (مثل الکل، بنزودیازپین، باربیتورات) نسبت داد و اختلال افسردگی دیگری توجیه بهتری برای آشفتگی خلق نباشد.

اختلال افسردگی ناشی از بیماری طبی دیگر

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

سایر اختلالات افسردگی معین

این طبقه تشخیصی زمانی قابل اعمال است که بیماران با علائم مشخصه یک اختلال افسردگی دچار مشکل می‌شوند اما واجد ملاک‌های زیرانواع ذکرشده اختلال افسردگی نیستند. این اختلال دارای سه زیرنوع است.

دوره افسردگی عودکننده

دوره افسردگی عودکننده (راجعه) افسردگی‌ای است که بین ۲ تا ۱۳ روز طول می‌کشد و حداقل یک‌بار در ماه رخ می‌دهد.

دوره افسردگی کوتاه‌مدت

دوره افسردگی کوتاه‌مدت خلق افسرده‌ای است که بین ۴ تا ۱۴ روز طول می‌کشد و عودکننده نیست.

دوره افسردگی با علائم ناکافی

دوره افسردگی با علائم ناکافی با خلق افسرده‌ای مشخص می‌شود که به اندازه کافی جدی است تا پریشانی بالینی چشمگیر به‌مدت

1. Seasonal Affective Disorder

اختلال وحشت‌زدگی با حملات تکرارشونده وحشت‌زدگی با ترس یا دلهره از داشتن حمله دیگر به مدت یک ماه مشخص می‌شود.

ترس از مکان‌های باز (آگورافوبی)

ترس از مکان‌های باز پیامد معمول اختلال پانیک است، اگرچه می‌تواند بدون حمله پانیک نیز رخ دهد. افراد مبتلا به این اختلال از موقعیت‌هایی اجتناب می‌کنند (یا سعی می‌کنند اجتناب کنند) که فکر می‌کنند ممکن است راه‌انداز حمله پانیک (یا علائم شبه پانیک) باشد یا موقعیت‌هایی که فکر می‌کنند اگر در آنها دچار حمله پانیک شوند احتمالاً فرار کردن از آنها سخت خواهد بود. این اختلال دیرپا است و اغلب بیش از ۶ ماه دوام دارد.

اختلال اضطراب فراگیر

اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی بیش‌ازحد و مزمنی شناخته می‌شود که به مدت حداقل ۶ ماه در اغلب روزها تجربه می‌شود و کنترل کردن آن دشوار است. این نگرانی با علائمی مانند مشکل در تمرکز، بی‌خوابی، تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، و بی‌قراری فیزیکی همراه است و باعث ناراحتی یا افت بالینی چشمگیر کارکرد می‌شود.

اختلال اضطراب ناشی از مواد / دارو

هنگامی اختلال اضطراب ناشی از مواد/دارو تشخیص داده می‌شود که علت اضطراب مصرف یک ماده (مثل کوکائین، کانابیس) باشد یا در نتیجه استفاده از برخی داروها (مانند کورتیزول، دکستروآمفتامین و آمفتامین) ایجاد شود.

اختلال اضطراب ناشی از بیماری طبی دیگر

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

اختلال اضطراب جدایی

اختلال اضطراب جدایی معمولاً در کودکان بروز می‌کند اما در بزرگسالان هم مشاهده شده است و مشخصه آن اضطراب

هراس اختصاصی^۱، اختلال اضطراب اجتماعی یا جمعیت‌هراسی^۲، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطرابی ناشی از بیماری طبی عمومی، و اختلال اضطرابی ناشی از مواد). در هر یک از این اختلالات، بیماران عمدتاً علائم اضطرابی را به نمایش می‌گذارند که در آنها علائم اضطرابی مشخصه‌های اصلی نمای بالینی هستند. از آنجا که اختلال اضطراب جدایی و سکوت انتخابی در کودکان بروز می‌کنند، به این دو اختلال در فصل ۲۶ پرداخته خواهد شد.

هراس/اختصاصی

هراس اختصاصی ترس بیش‌ازحد و غیرمنطقی از اشیاء یا موقعیت‌های خاص است که تقریباً همیشه در مواجهه با محرک ترس آور رخ می‌دهد. فرد معمولاً تلاش می‌کند تا از محرک ترس آور اجتناب کند و اگر موفق به اجتناب نشود معمولاً ناراحتی یا اضطراب شدیدی را تجربه خواهد کرد. هراس‌های متداول عبارت‌اند از ترس از ارتفاع (آگوروفوبیا)، ترس از عنکبوت‌ها (آراکنوفوبیا)، ترس از فضاهای بسته (کلاستروفوبیا) و ترس از خون (هموفوبیا).

اختلال اضطراب اجتماعی یا جمعیت‌هراسی

مشخصه جمعیت‌هراسی ترس از مورد تمسخر قرار گرفتن یا تحقیر شدن در حضور دیگران است. نوع عملکردی اختلال اضطراب اجتماعی ترس شدید از صحبت کردن یا انجام یک رفتار در حضور یک ناظر است که در موقعیت‌های اجتماعی روزمره رخ نمی‌دهد. اگر محرک ترس آور شامل موقعیت‌های اجتماعی معمول شود آن‌گاه این اختلال به عنوان جمعیت‌هراسی/فراگیر شناخته می‌شود.

اختلال پانیک (وحشت‌زدگی)

حمله پانیک تجربه احساس ترس شدید یا وحشتی است که به‌طور ناگهانی و در موقعیت‌هایی رخ می‌دهد که عامل ترسناکی در آن وجود ندارد. این حس وحشت‌زدگی اغلب با تاکی‌کاردی، درد قفسه سینه، نفس‌تنگی یا احساس خفگی، سرگیجه، لرزش یا احساس تکان خوردن، غش یا منگی، تعریق و حالت تهوع همراه است.

1. Specific phobia
2. Social phobia