

آسیب‌شناسی روانی (روانشناسی مرضی)

(بر مبنای DSM5)

سری کتاب‌های کمک آموزشی کارشناسی ارشد و
دکتری

مجموعه روانشناسی

مؤلفین:

علیرضا محمدی

سوسن هدایتی دانا

ریحانه عشقی‌فر

سرشناسه	: محمدی، علیرضا (۱۳۵۵)
عنوان	: آسیب شناسی روانی
مشخصات نشر	: تهران: مشاوران صعود ماهان، ۱۴۰۰
مشخصات ظاهری	: ۴۰۸ص
فروست	: سری کتاب‌های کمک آموزشی کارشناسی ارشد
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۴۵۸-۹۱۲-۳
شناسه افزوده	: سوسن هدایتی دانا - ریحانه عشقی‌فر
وضعیت فهرست نویسی	: فیپای مختصر
یادداشت	: این مدرک در آدرس http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است.
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۲۳۵۰۳۲



کتاب: آسیب شناسی روانی
مدیر مسئول: هادی سیاری، مجید سیاری
مولفین: علیرضا محمدی- سوسن هدایتی دانا
ریحانه عشقی‌فر
ناشر: مشاوران صعود ماهان
مدیر تولید محتوا: سمیه بیگی
نوبت و تاریخ چاپ: سوم / ۱۴۰۰
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
قیمت: ۱/۶۷۰/۰۰۰ ریال
شابک: ISBN: ۹۷۸-۶۰۰-۴۵۸-۹۱۲-۳

انتشارات مشاوران صعود ماهان: خیابان ولیعصر، بالاتر از تقاطع مطهری،
روبروی قنادی هتل بزرگ تهران، جنب بانک ملی، پلاک ۲۰۵۰
تلفن: ۴-۸۸۱۰۰۱۱۳

سخن ناشر

«ن والقلم و ما یسطرون»

کلمه نزد خدا بود و خدا آن را با قلم بر ما نازل کرد.

به پاس تشکر از چنین موهبت الهی، مؤسسه ماهان درصدد برآمده است تا در راستای انتقال دانش و مفاهیم با کمک اساتید مجرب و مجموعه کتب آموزشی خود برای شما داوطلبان ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد، گام مؤثری بردارد. امید است تلاش‌های خدمتگزاران شما در این مؤسسه پایه‌گذار گام‌های بلند فردای شما باشد. مجموعه کتاب‌های کمک آموزشی ماهان به‌منظور استفاده داوطلبان کنکور کارشناسی ارشد سراسری و آزاد تألیف شده‌اند. در این کتاب‌ها سعی کرده‌ایم با بهره‌گیری از تجربه اساتید بزرگ و کتب معتبر داوطلبان را از مطالعه کتاب‌های متعدد در هر درس بی‌نیاز کنیم.

دیگر تألیفات ماهان برای سایر دانشجویان به‌صورت ذیل است.

● مجموعه کتاب‌های ۸ آزمون: شامل ۵ مرحله کنکور کارشناسی ارشد ۵ سال اخیر به همراه ۳ مرحله آزمون تألیفی ماهان همراه با پاسخ تشریحی می‌باشد که برای آشنایی با نمونه سوالات کنکور طراحی شده است. این مجموعه کتاب‌ها با توجه به تحلیل ۳ ساله اخیر کنکور و بودجه‌بندی مباحث در هریک از دروس، اطلاعات مناسبی جهت برنامه‌ریزی درسی در اختیار دانشجو قرار می‌دهد.

● مجموعه کتاب‌های کوچک: شامل کلیه نکات کاربردی در گرایش‌های مختلف کنکور کارشناسی ارشد می‌باشد که برای دانشجویان جهت جمع‌بندی مباحث در ۲ ماهه آخر قبل از کنکور مفید است.

بدین‌وسیله از مجموعه اساتید، مولفان و همکاران محترم خانواده بزرگ ماهان که در تولید و به‌روزرسانی تألیفات ماهان نقش مؤثری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

دانشجویان عزیز و اساتید محترم می‌توانند هرگونه انتقاد و پیشنهاد درخصوص تألیفات ماهان را از طریق سایت ماهان به آدرس mahan.ac.ir با ما در میان بگذارند.

مؤسسه آموزش عالی آزاد ماهان

مقدمه

کتاب حاضر با هدف کمک به علاقه‌مندان رشته روان‌شناسی در تمامی گرایش‌ها و مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد تهیه شده است. یکی از جنبه‌های تقریباً منحصر به فرد این کتاب در مقایسه با سایر کتاب‌های موجود در این زمینه، اشاره مطالب به صورت همه جانبه ضمن خلاصه بودن است.

همچنین این کتاب دارای چندین ویژگی است:

۱. مطالب این کتاب به گونه‌ای گردآوری شده است که نه تنها برای داوطلبان کنکور بلکه برای تمام افرادی که در مقاطع متفاوت رشته روان‌شناسی مشغول به تحصیل هستند مناسب است.
۲. دانشجوی و یا داوطلبان کنکور، پس از مطالعه این کتاب در نهایت می‌توانند این اطمینان خاطر را داشته باشند که به تمامی مطالب مرتبط با درس آسیب‌شناسی اشراف دارند.
۳. در این کتاب سعی شده است که ملاک‌های تشخیصی هر اختلال را هم به صورت جدول و هم به صورت توضیح آورده شود تا دانشجوی یا داوطلبان به هر گونه‌ای که یادگیری برایشان مناسب است، مطالب را مطالعه نمایند.
۴. به تفاوت‌های مهم هر اختلال در DSM5 با DSM5 پرداخته شده است.
۵. تشخیص‌های افتراقی هر اختلال ذکر شده است.

در این کتاب سعی بر این بوده است که مطالب به گونه‌ای جمع‌آوری شود که به داوطلبان و دانشجویان کمک شود تا مطالب را با انسجام بیشتری مطالعه نمایند.

مؤلفین

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶	فصل اول : تاریخچه آسیب‌شناسی روانی
۱۳	فصل دوم : طبقه‌بندی، تشخیص و درمان
۴۱	فصل سوم : روش‌های تحقیق در روان‌شناسی
۴۹	فصل چهارم : سنجش و ارزیابی بالینی
۶۷	فصل پنجم : علایم و نشانه‌ها در روان‌پزشکی
۸۷	فصل ششم : دیدگاه‌های نظری درباره اختلالات روانی و روش‌های درمانی آنها
۱۱۴	فصل هفتم : اختلالات عصبی - رشدی
۱۴۷	فصل هشتم : طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر
۱۶۵	فصل نهم : دوقطبی و اختلالات مرتبط
۱۷۶	فصل دهم : اختلالات افسردگی
۱۸۷	فصل یازدهم : اختلالات اضطرابی
۲۰۵	فصل دوازدهم : وسواس فکری عملی و اختلالات مرتبط
۲۲۱	فصل سیزدهم : اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا
۲۴۰	فصل چهاردهم : اختلالات تجزیه‌ای / گسستگی
۲۵۱	فصل پانزدهم : اختلالات نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط
۲۶۳	فصل شانزدهم : اختلالات تغذیه و خوردن
۲۸۰	فصل هفدهم : اختلالات دفعی
۲۸۴	فصل هجدهم : اختلالات خواب و بیداری
۳۰۶	فصل نوزدهم : اختلالات عصبی - شناختی
۳۲۲	فصل بیستم : کژکاری‌های جنسی (اختلالات عملکرد جنسی)
۳۳۷	فصل بیست و یکم : نارضایتی (ملال) جنسیتی
۳۴۱	فصل بیست و دوم : اختلالات نابهنجاری جنسی (پارافیلیک)
۳۵۴	فصل بیست و سوم : اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک
۳۶۴	فصل بیست و چهارم : اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
۳۸۵	فصل بیست و پنجم : اختلالات شخصیت
۴۰۸	منابع

فصل اول

تاریخچه آسیب‌شناسی روانی

فصل ۱: تاریخچه آسیب‌شناسی روانی



تعریف

تعریف روان‌شناسی مرضی^۱ (آسیب‌شناسی روانی یا روان‌شناسی نابهنجاری)

روان‌شناسی مرضی، به منزله شاخه‌ای از روان‌شناسی است که به بررسی رفتار نابهنجار یا مرضی می‌پردازد، به بیان دیگر آسیب‌شناسی روانی را باید علم بررسی‌های روان‌شناختی بر مبنای مشاهده نابهنجاری‌ها در بیماران روانی یا افراد سازش‌ناپافته دانست. هدف آسیب‌شناسی روانی، مطالعه سبب‌شناسی، بررسی روند شکل‌گیری و توصیف علائم و نشانه‌های اختلال‌های روانی و شرح و توصیف اختلال‌های ذهنی و رفتاری است که دلالت بر وجود نوعی ناسازگاری و نابهنجاری دارند.

مفهوم بهنجاری و نابهنجاری

بهنجاری و نابهنجاری مفهومی نسبی است و به آسانی از هم قابل تمیز نیستند. نابهنجاری را می‌توان براساس نادر بودن (مانند چپ دست بودن) یا انحراف از میانگین (نظیر قد خیلی کوتاه) نیز تعریف کرد. نابهنجاری یک اصطلاح کلی است و فقط درصد نشان دادن اشکال داشتن رفتار فرد از نظر روانی است.

ملاک‌های نابهنجاری عبارتند از:

- ۱- رنج^۲ و پریشانی^۳: تجربه عذاب هیجانی یا جسمانی، در زندگی امری متداول است. گاهی عذاب آنچنان زیاد می‌شود که فرد به سختی می‌تواند فعالیت کند اما رنج نه شرط ضروری نابهنجاری است و نه شرط کافی، زیرا رنج در جریان طبیعی امری عادی است.
 - ۲- ناسازگاری^۴: رفتارهایی که قویاً مانع از بهزیستی فرد یا جامعه می‌شوند، ناسازگارانه هستند و در ارزیابی نابهنجاری جزو عوامل تأثیرگذار محسوب می‌شوند. منظور از بهزیستی فرد، توانایی برقرار کردن روابط رضایت‌بخش با دیگران است.
 - ۳- نامعقولی و غیرقابل درک بودن: اشاره به غیرمنطقی بودن رفتار فرد است. برای مثال اختلال فکر که نشانه‌ی اصلی اسکیزوفرنی می‌باشد شامل افکاری است که آشکارا نامعقول و نامأنوس هستند.
 - ۴- پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل: پیش‌بینی‌پذیری به معنای ثبات رفتار است. ما انتظار داریم رفتار افراد ثابت و پایدار باشد و از فرصتی به فرصت دیگر قابل پیش‌بینی باشند. نیاز ما به کنترل کردن محیط و حفظ آزادی مستلزم آن است که افراد دیگر برای ما پیش‌بینی‌پذیر باشند، باین‌حال تمام موارد فقدان کنترل نابهنجار نیستند.
 - ۵- مشهود و نامتعارف بودن: اشاره به نادر بودن و ناخوشایند بودن یک عمل دارد زیرا رفتارهایی که نادر و ناخوشایند هستند به احتمال زیاد کاملاً مشهود به‌نظر می‌رسند. بنابراین رفتاری که هم نادر و هم از نظر اجتماعی ناپسند است، نابهنجار انگاشته می‌شود از سوی دیگر رفتار نادری که از نظر اجتماعی پسندیده است استعداد محسوب می‌شود.
 - ۶- ناراحتی مشاهده‌گر: گاهی انجام برخی رفتارها برای فرد احساس راحتی ایجاد می‌کند اما تعارض‌های روانی که آنها ایجاد می‌کنند برای دیگران دردناک است که نوعی نابهنجاری محسوب می‌شود.
 - ۷- تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی: اشاره به رفتاری که از لحاظ اجتماعی و فرهنگی غیرقابل قبول است.
- ◀ نکته: ناتوانی و رنج شخصی الزاماً در حیطه نابهنجاری‌ها قرار نمی‌گیرد.
- ◀ نکته: مسأله بهنجاری یا مسأله مرضی در کودک بسیار پیچیده است، چون کودک، موجودی در حال تحول است.

تعریف بهنجاری و نابهنجاری از دیدگاه‌های دیگر

۱- دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی

از نظر آسیب‌شناسی، رفتار نابهنجار نتیجه‌ی حالتی مرضی و یا اختلالی است که براساس نشانه‌های بالینی قابل تشخیص باشد. نخست آنکه وجود علامت‌ها یا نشانه‌های مرضی، دلیلی بر نابهنجاری است. ثانیاً فقدان نشانه‌های مرضی دلیلی بر بهنجاری است.

۲- دیدگاه آماری

در این دیدگاه به اتکای بررسی ریاضی و استفاده از ترسیم منحنی نرمال یا زنگوله‌ای می‌توان حد بهنجاری یا نابهنجاری را مشخص کرد. مرتبه‌ی بهنجاری برحسب مؤلفان دو سوم تا سه چهارم حد میانی منحنی اکثر گروه‌های مورد مطالعه را دربرمی‌گیرد و افرادی که در خارج از این چهارچوب قرار دارند نابهنجار یا برتر قلمداد می‌شوند.

۳- دیدگاه فرهنگی

طبق این دیدگاه، رفتار و یا بازخوردهای یک فرد برحسب محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، بهنجار یا نابهنجارند.

۴- دیدگاه آرمانی نگر یا تعیین الگوی بهنجاری

طبق این دیدگاه، بهنجاری به‌عنوان یک حالت کمال از راه توسل به یک الگوی فرضی که افراد خواهان رسیدن به آن هستند، تعریف می‌شود. آرمانی که شاید خواسته‌ی سیاستمداران، رهبران یا والدین باشد.

۵- بهنجاری به منزله‌ی سازش با توقعات خود و جهان بیرون

می‌توان بهنجاری را به منزله‌ی یک فرایند سازش با ظرفیت واکنش برای بازیافتن تعادل از دست رفته‌ی پیشین تلقی کرد.

چه عواملی موجب رفتار نابهنجار می‌شود؟

رفتار نابهنجار را می‌توان از نظر دیدگاه‌های متعدد در نظر گرفت که عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی - فرهنگی را شامل می‌شوند.

علت‌های زیستی

زمینه زیستی، تأثیرات ژنتیکی و محیطی بر عملکرد جسمانی را شامل می‌شوند. افراد مبتلا به اختلالات روانی ممکن است زمینه دچار شدن به اختلالات رفتاری را به ارث برده باشند، عوامل ارثی که کارکرد دستگاه عصبی را تغییر می‌دهند، مورد توجه خاص قرار دارند. تغییرات فیزیولوژیکی نیز وجود دارند که بر رفتار تأثیر می‌گذارند مثل صدمه مغزی یا مواجهه با محرک‌های محیطی زیان‌آور. مواد سمی یا آزرژی‌زا در محیط نیز می‌توانند باعث شوند که فرد دچار تغییرات هیجانی و رفتاری شود.

علت‌های روانشناختی

علت‌های روان‌شناختی رفتار نابهنجار، اختلالات در افکار و احساسات را شامل می‌شوند. به‌علاوه عواملی مانند تجربه‌های یادگیری گذشته، الگوهای فکر ناسازگارانه و مشکلات مقابله کردن با استرس نیز برای توجیه رفتار نابهنجار مورد توجه هستند.

علت‌های اجتماعی - فرهنگی

عوامل اجتماعی - فرهنگی تأثیرات گسترده وسیعی از دوستان نزدیک و خانواده تا نهاده‌ها و خط‌مشی‌های کشور یا دنیا را شامل می‌شوند. تبعیض، خواه براساس طبقه اجتماعی، درآمد، نژاد، قومیت باشد یا جنسیت، می‌تواند بر ایجاد رفتار نابهنجار تأثیر بگذارد. برای افرادی که مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده شده‌اند، داغ^۱ یا برچسب اجتماعی «بیماران روانی» می‌تواند بر نشانه‌های آنها تأثیر بیشتری بگذارد. داغ برچسبی است که باعث می‌شود ما افراد خاصی را متفاوت و معیوب در نظر بگیریم و آنها را از جریان غالب جامعه مجزا بدانیم.

جدول ۱-۱. علت‌های رفتار نابهنجار

زیستی	وراثت ژنتیکی تغییرات فیزیولوژیکی مواجهه با مواد سمی
روانشناختی	تجربیات یادگیری گذشته الگوهای فکر ناسازگارانه مشکلات مقابله کردن با استرس
اجتماعی - فرهنگی	خط‌مشی اجتماعی تبعیض داغ

روان‌شناسی نابهنجاری در طول تاریخ

سه موضوع برجسته در توجیه اختلال‌های روانی، در طول تاریخ تکرار شده‌اند: توجیه مرموز، توجیه علمی و توجیه انسانی. توجیهات مرموز اختلال‌های روانی، رفتار نابهنجار را نتیجه‌ی تسخیر ارواح اهریمنی می‌داند. توجیه علمی به‌دنبال علت‌های طبیعی است. مثل عدم توازن زیستی، فرایندهای یادگیری معیوب، یا عوامل استرس‌زای هیجانی، توجیهات انسانی، اختلال‌های روانی را حاصل ظلم و ستم، پذیرفته نشدن، یا شرایط زندگی ناگوار می‌داند.

دوران پیش از تاریخ: رفتار نابهنجار به عنوان تسخیر شیطانی

مردم پیش از تاریخ تصور می کردند ارواح شیطانی که درون سر گیر افتاده اند، موجب رفتار نابهنجار می شوند و آزاد کردن آن ارواح شیطانی باعث خواهد شد که فرد به حالت عادی برگردد. آنها از سوراخ کردن جمجمه استفاده می کردند تا ارواح شیطانی را آزاد کنند. جالب اینکه روش سوراخ کردن جمجمه (ترفین) از دوران باستان تا قرن هجدهم، به دلایل متعدد جادویی تا پزشکی، در سرتاسر جهان اجرا می شد. روش دیگری که در دوران باستان به کار می رفت، بیرون راندن ارواح شیطانی از طریق مناسک جن گیری^۱ بود. امروزه این علم دمنولوژی^۲ (شیطان شناسی - جن شناسی) نامیده می شود.

نکته: ترفینینگ^۳: نوعی روان درمانی برای نابهنجاری که از عصر حجر تا قرون وسطی ادامه داشت و عبارت بود از سوراخ کردن جمجمه کسانی که رفتار نابهنجار نشان می دادند. هدف این بود که ارواح خبیثه مفری برای بیرون رفتن، داشته باشند.

یونان و روم باستان: پیدایی مدل علمی

با اینکه نظریه های فیلسوفان قدیم یونان اکنون عجیب به نظر می رسند، ولی آنها شالوده ی رویکرد علمی به اختلال های روانی را تشکیل دادند. بقراط که بانی پزشکی نوین شناخته می شود، علاوه بر بیماری های جسمانی، به مشکلات روانی پرداخت. او معتقد بود که چهار مایع مهم بدن بر سلامت جسمانی و روانی تأثیر دارند؛ سودا، صفرا، بلغم، و خون. مقدار بیش از حد هر یک از این مایعات می تواند تغییرات در شخصیت و رفتار فرد را توجیه کند. برای مثال مقدار بیش از حد سودا، فرد را افسرده می کند (مالیخولیایی) و مقدار بیش از اندازه ی صفرا باعث می شود که فرد مضطرب و تحریک پذیر (صفراوی) باشد. بلغم خیلی زیاد به صفت آرام و شاید بی تفاوتی منجر می شود (بلغمی). خون بیش از حد باعث می شود که فرد دچار تغییرات خلقی بی ثبات شود (دموی مزاج)، بنابراین درمان اختلال روانی مستلزم خلاص کردن بدن از مایع اضافی از طریق روش هایی چون خون ریزش، پاک سازی (دفع اجباری) و تجویز مواد تهوع آور و برقراری تعادل سالم تر از طریق تغذیه مناسب بود.

اسکلیپادس دانشمند هم عصر بقراط با این نظریه که عدم تعادل مواد بدن موجب اختلال های روانی می شود، به مخالفت برخاست. دانشمندی بنام گالن نیز به جای توسل به گمانه زنی های فلسفی، برای پیدا کردن جواب به سؤالات مربوط به فعالیت های بدن و ذهن انسان، آناتومی را بررسی کرد. متأسفانه با اینکه گالن پیشرفت های مهمی را در پزشکی به بار آورد، اصولاً روی عقاید بقراط در مورد اینکه نابهنجاری حاصل عدم تعادل مواد بدن است، تأکید کرد. نوشته های بقراط و گالن، اساس مدل علمی رفتار نابهنجار را تشکیل دادند.

قرون وسطی و رنسانس: بازپیدایی توجیهات روحانی

در قرون وسطی که دوران تیرگی نیز می نامند، هیچ پیشرفت علمی یا پزشکی روی نداد. در قرون وسطی، عقاید بدوی درباره ی تسخیر روح، از نو پدیدار شدند. در قرن ۱۵ این عقیده شایع شد که افرادی که علائم تسخیر شیطانی نشان می دهند روان پریش هستند. پزشکی به نام یوهان ویر^۴ کتاب مهمی با عنوان فریب شیاطین نوشت که در آن سعی کرد این افسانه را که افراد روان پریش توسط شیطان تسخیر شده اند، رسوا کند. با اینکه ویر عقیده ی تسخیر شیطانی را کنار نگذاشت، کتاب وی بیانگر اولین پیشرفت علمی مهم بعد از دوران گالن در توصیف و طبقه بندی انواع رفتار نابهنجار بود. رویکرد ویر، اساس آنچه را که بعدها تجدید برخورد انسانی با افراد روان پریش شد، تشکیل داد.

اروپا و ایالات متحده در قرن ۱۷: جنبش اصلاحی

قرن ۱۷ دوران اصلاح سیاسی و اجتماعی در سرتاسر اروپا بود و رهبر این جنبش اصلاحی، وینچنزو چیاروگی^۵ بود. چیاروگی علت اختلالات را آسیب دیدگی مغز دانست. اولین نهضت انسان گرایانه درباره ی بیماری های روانی با کار فیلیپ پینل در فرانسه آغاز شد. او تحت تأثیر شاگردش پوسین فرایند اصلاحات را آغاز کرد. البته بعداً کارهای وی را پوسین ادامه داد و بیماران را از غل و زنجیرشان آزاد کرد که اشتباهاً این اقدامات را به پینل نسبت دادند. ویلیام توک^۶ نوعی مؤسسه براساس اصول مذهبی و بشردوستانه تأسیس کرد. روش های درمانی توک درمان اخلاقی^۶ نام گرفت.

روش بشردوستانه، براساس فلسفه استحقاق بیماران روانی به استفاده از برخورد انسانی استوار بود. بنیان گذار روان پزشکی امریکا بنجامین راش نام دارد. راش همچنین از خون گیری، حجامت و پاک سازی در درمان اختلالات روانی حمایت می کرد. یکی از روش های غیرعادی راش استفاده از صندلی آرام بخش بود که بیمار را به آن می بستند و از این طریق قصد داشتند جریان خون تحریک کننده به مغز را کاهش

1- exorcism
2- demonology
3- trephining
4- Johann weyer
5- Vincenzo chiaragi
6- Moral Treatment

دهند. همچنین چاه‌درمانی و غوطه‌ور ساختن در آب سرد، از روش‌های راش محسوب می‌شد. همین اقدامات راش باعث شد، دوروتی دیکس به فکر اصلاحات باشد. اولین مواجهه او با سیستم زندان بود که تعداد زیادی بیمار روان‌پریش در آن محبوس بودند. او معتقد بود مراقبت مناسب برای این بیماران کاربست درمان اخلاقی است. با اینکه درمان اخلاقی به شکست انجامید، اهداف بشر دوستانه‌ای که دیکس دنبال می‌کرد، تأثیری ماندنی بر سیستم بهداشت روانی داشتند.

قرن ۱۸ تا ۱۹: پیدایی مدل‌های دیگر رفتار نابهنجار

گریزیگر^۱، روان‌پزشک آلمانی، به جای تسخیر روح به نقش مغز در نابهنجاری تأکید کرد. امیل کراپلین^۲ به خاطر اقداماتش برای بهبود بخشیدن به طبقه‌بندی اختلالات روانی مشهور است. اصطلاح **منیک - دپرشن**^۳ پیش‌درآمدی که اکنون اختلال دوقطبی خوانده می‌شود، توسط وی استفاده شد.

اصطلاح **تباهی زودرس**^۴ (زوال عقل زودرس) که اکنون به اسکیزوفرنی معروف است، توسط کراپلین مطرح شد. کراپلین علت اختلال روانی را کژکاری مغز می‌دانست.

آنتونی مسمر^۵ معتقد بود بیماری‌ها، از صرع تا هیستری، در اثر ممانعت از جریان نوعی جوهر نادیدنی و نامحسوس به وجود می‌آیند که او ابتدا آن را مایع مغناطیس جهانی و بعداً آن را «مغناطیس حیوانی» نامید.

در واقع مسمر، علت رفتار نابهنجار را ناشی از فعالیت‌های فرایندهای روانی ناهشیار می‌نامید. مسمر به خاطر مداخله‌های نمایشی‌اش که فنون هیپنوتیزم را دربرداشتند، بدنام شد.

کتاب معروف مسمر تأثیرات سیارات نام دارد. مسمر یسم فرایندی است که بعدها هیپنوتیزم نامیده شد.

◀ **نکته:** اصطلاح مسمر شده به افزایش تلقین‌پذیری که کلمات و اعمال فرد آن را ایجاد می‌کند، اشاره دارد.

اگوست لیبو به جای دارو از القای خواب هیپنوتیک استفاده کرد و به دلیل درمان‌های ابتکاری مشهور است.

شارکو چهره برجسته در مطالعه علمی هیپنوتیزم بود. وی هیپنوتیزم را به فریاد و بسیاری عصب‌شناسان و روان‌پزشکان دیگر آموزش داد. شارکو هیپنوتیزم‌پذیری را در واقع نشانه اختلال عصبی می‌دانست و معتقد بود با هیپنوتیزم فقط کسانی قابل درمان هستند که دچار این اختلال باشند. هیپنوتیزم، درمان خوبی برای هیستری است (اختلالی که به موجب آن، مشکلات روانی به شکل جسمانی ابراز می‌شوند).

مدل پزشکی اختلالات روانی^۶ (مدل مدیکال)

افراد به تدریج متوجه شدند که بیماری‌های روانی ممکن است علت‌های فیزیولوژیک داشته باشند. این کشف منجر به تدوین فرضیه **سوماتوژنیک**^۷ شد.

طبق فرضیه سوماتوژنیک، علل مشکلات روانی را می‌توان در نقص‌های فیزیکی یا زیستی (مشکلات بدنی یا جسمی) پیدا کرد.

رویکرد پزشکی سعی می‌کند ویژگی‌های هیجانی و روانی پیچیده‌ی بیماری‌های روانی را با دلایل بیولوژیک ساده توضیح دهد، اما تجربه‌های شخصی افراد از اختلالات روانی یا عوامل شناختی پیچیده و درگیر در بسیاری از مشکلات روانی را نمی‌توان به توضیحات بیولوژیک و ساده تقلیل داد. این امر که تقلیل‌گرایی بیولوژیک نامیده می‌شود، نمی‌تواند رنج بیماران را به آسانی توضیح دهد و در چند کلمه خلاصه کند.

تقلیل‌گرایی^۸ یعنی توضیح یک پدیده از طریق تجزیه آن به اجزای تشکیل‌دهنده که کل این فرایند، تحلیل نامیده می‌شود. تقلیل‌گرایان معتقدند که سیستم‌های پیچیده‌را می‌توان به صورت جمع اجزای تشکیل‌دهنده آنها در نظر گرفت. (تقسیم کردن یک پدیده به عناصر اولیه آن).

1- Greisinger
2- Emil kraepelin
3- Manic-depression
4- dementia praecox
5- Antoni Mesmer
6- the medical model of psychopathology
7- Somatogenic hypothesis
8- reductionism

در رویکرد بیولوژیک به اختلالات روانی، تقلیل‌گرایی، رفتار را به عناصر بیولوژیک اولیه تقسیم می‌کند. در رویکرد سایکودینامیک، تقلیل‌گرایی، رفتار را به مجموعه‌ای از ساختارها و فرایندهای فرضی تقسیم می‌کند. در رویکرد رفتارگرایی، تقلیل‌گرایی رفتار را به واحدهای محرک - پاسخ تقسیم می‌کند و در رویکرد شناخت‌گرایی، تقلیل‌گرایی، رفتار را به افکار، باورها و نگرش‌ها تقسیم می‌کند.

مدل روان‌شناختی اختلالات روانی^۱

ماهیت مدل پزشکی ایجاد می‌کند اختلالات روانی را نوعی «بیماری» در نظر بگیریم. به این ترتیب، رویکردهای پسیکولوژیک، مشکلات روانی را واکنش‌های عادی می‌دانند که از طریق مکانیسم‌های روانی یا شناختی سالم به وجود می‌آیند نه اینکه نتیجه فرایندهای ذهنی خراب یا مختل شده باشند.

تعریف اختلال روانی طبق DSM5

اختلال روانی^۲ سندرمی است که ویژگی‌های آن عبارتند از: مختل شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار به‌صورتی که از لحاظ بالینی معنادار^۳ باشد و نابسامانی یا نقص عملکردی^۴ در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی را منعکس می‌کند. اختلالات روانی معمولاً با رنج^۵ یا معلولیت^۶ قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا سایر فعالیت‌های مهم همراه است.

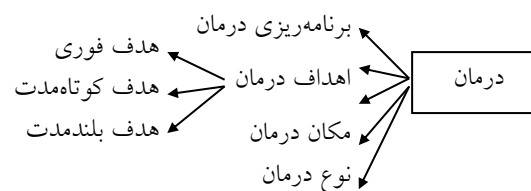
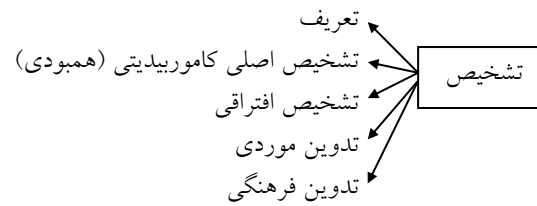
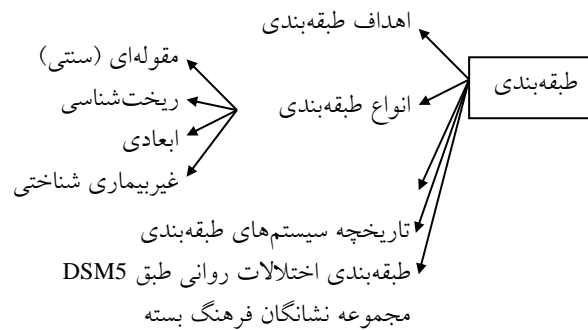
نکات مهم DSM5 در ارتباط با اختلالات روانی

- ✓ در DSM5 یک هشدار مهم در ارتباط با تعریف اختلال روانی وجود دارد: تشخیص^۷ یک اختلال، باید از لحاظ بالینی مفید باشد. هدف DSM5 این نیست که هر طور شده و صرفاً برای تشخیص دادن اختلالات روانی، عمل تشخیص انجام شود. ملزم ساختن فایده‌ی بالینی نشان‌دهنده‌ی ماهیت (عمل‌گرایی) DSM5 است.
- ✓ اختلالات روانی توصیف‌کننده‌ی فرآیندها^۸ هستند نه مردم.
- ✓ DSM5 از مدل پزشکی بیماری پیروی می‌کند. این بدان منظور نیست که DSM5 تجویز دارو می‌کند بلکه منظورمان این است که DSM5 یک کتاب توصیفی است که تا اندازه‌ی زیادی از مطالعات علمی درباره گروه‌هایی از بیماران که ظاهراً نقاط مشترک زیادی دارند (از جمله نشانه‌ها، علائم، خط سیر یا روند بیماری) اقتباس شده است.
- ✓ DSM5 (به جز چند مورد استثنا) درباره علل^۹ اکثر اختلالات هیچ‌گونه حدسی نمی‌زند. بنابراین DSM5 یک رویکرد توصیفی^{۱۰} است نه توضیحی.
- ✓ در DSM5 برخی از اختلالات قید نشده‌اند، این امر به این معنا نیست که این اختلالات وجود ندارند بلکه علت این کاهش این بوده است که تعداد زیادی از اختلالات زیر چتر یک اختلال گرد آمده‌اند. بنابراین DSM5 از رویکرد طیفی^{۱۱} (پیوستاری - ابعادی) استفاده می‌کند مثلاً اختلالات طیف اسکیزوفرنی، طیف اوتیسم.
- ✓ DSM5 برای موارد قضایی و قانونی نوشته نشده است.
- ✓ DSM5 ممکن است به‌طور یکنواخت برای همه فرهنگ‌ها قابل به‌کارگیری نباشد.
- ✓ DSM5 مقیاس سنجش کلی عملکرد^{۱۲} (GAF) که کیفیت عملکرد مراجعان را روی پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای مشخص می‌کند، حذف شده است. یکی از دلایل حذف مقیاس GAF مشکلات میان‌پایایی ارزیاب‌ها و ترکیب برخی مفاهیم بوده است.

1- The psychological model of psychopathology
2- Mental disorder
3- Significant
4- Dysfunction
5- Distress
6- Disability
7- Diagnosis
8- Processes
9- Causes
10- Descriptive
11- Spectrum
12- Global Assessment of Functioning (GAF)

فصل دوم

طبقه‌بندی، تشخیص و درمان



طبقه‌بندی

هنگامی که از طبقه‌بندی در روانشناسی مرضی سخن به میان می‌آید، دو مسأله مورد نظر است:

۱- نظم بخشیدن به پدیده‌های متعدد روان‌شناختی یا نظام‌دار کردن آنها.

۲- ارجاع پدیده‌ها یا افراد به طبقات منظم یا تشخیص اختلال‌ها.

اهداف طبقه‌بندی

۱- افتراق اختلالات روان‌پزشکی از همدیگر به طوری که درمانگر بتواند مؤثرترین درمان را ارائه نماید.

۲- فراهم آوردن زبان مشترک بین متخصصان

۳- جستجوی علل بسیاری از اختلالات روانی که هنوز ناشناخته باقی مانده‌اند.

دو نظام طبقه‌بندی مهم روان‌پزشکی

۱- راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM)

۲- طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ (ICD)

◀ نکته: طبقه‌بندی رسمی ناپهنجاری انسان با کارهای فلیپینل آغاز شد.

◀ نکته: اولین نظام جامع طبقه‌بندی‌های اختلال‌های روانی توسط امین کراپلین انجام شد.

انواع طبقه‌بندی

طبقه‌بندی مقوله‌ای (ستی): در این نوع طبقه‌بندی فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه‌بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی

کاملاً تمایز قرار گیرند و بین آنها مرزهای مشخصی وجود دارد. دو اصل الزامی در این طبقه‌بندی عبارتند از:

۱- یک مقوله یا طبقه براساس تعدادی خصیصه توصیف می‌شود که وجود هر کدام از آنها لازم و مجموع آنها کافی است.

۲- زیرمقوله‌ها باید دارای کلیه خصیصه‌های مراحل بالاتر باشند.

◀ نکته: DSMIV یک طبقه‌بندی مقوله‌ای می‌باشد.

طبقه‌بندی ریخت‌شناختی

براساس «ریخت‌ها» یا شکل‌بندی رگه‌ها صورت می‌گیرد. در این نظام تعلق فرد به یک ریخت مستلزم وجود همه رگه‌های مشخص‌کننده

آن نیست، بلکه کافی است که فرد دارای چند رگه اصلی باشد. برای تشخیص تعیین تعلق فرد به یک ریخت، می‌توان از دو راهبرد یا دو

الگو استفاده کرد.

شجره‌تصمیم / مقایسه نیم‌رخ‌ها

۱- شجره تصمیم: حذف تدریجی تعدادی از امکانات تشخیص می‌پردازند تا سرانجام به بهترین تشخیص دست یابند.

۲- الگوی مقایسه نیم‌رخ‌ها: در اینجا مجموعه رگه‌هایی که یک فرد را متمایز می‌کند با نیم‌رخ‌های گروه نمونه مقایسه می‌شود و فرد را

در گروهی طبقه‌بندی می‌کند که نیم‌رخ وی بیشترین شباهت را با گروه نشان می‌هد.

◀ نکته: از معایب روی آورد مقایسه نیم‌رخ‌ها، وجود موارد مختلطی است که وضعیت آنها روشن نیست.

◀ نکته: آزمون MMPI یک نوع طبقه‌بندی ریخت‌شناسی محسوب می‌شود.

طبقه‌بندی ابعادی

در نظام ابعادی طبقه‌بندی بر مبنای کمیت یا فراوانی رگه‌های خاص صورت می‌گیرد. یعنی کمیت یا فراوانی رگه‌ها بیش از حضور یا عدم

حضور یک رگه اهمیت دارد.

هدف طبقه‌بندی ابعادی، توصیف چند بعدی یک حالت روانی یا یک فرد براساس یک نظام مرجع نظری، عملیاتی شده است.

◀ نکته: مصاحبه نیمه‌ساختار PDI^۳ و مقیاس آیزنک جزء طبقه‌بندی‌های ابعادی هستند.

طبقه‌بندی غیربیماری‌شناختی

در این روش از ضوابط بیماری‌شناختی روان‌پزشکی استفاده نمی‌شود، بلکه به طبقه‌بندی مجموعه اختلالات روانی طبق ضوابطی که

براساس یک نظریه تعیین شده، مبادرت می‌گردد. (به‌عنوان مثال می‌توان براساس یک نظریه مانند نظریه پیازه طبقه‌بندی انجام شود.)

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)

2- International classification of Diseases (ICD)

3- personality disorder interview

◀ نکته: مشکل اصلی چنین طبقه‌بندی‌هایی در این است که ارزش علمی و فایده بالینی آنها یکسان نیستند، برحسب مسائل مختلف تغییر می‌کنند و مورد پذیرش همه متخصصان بالینی نیز قرار نمی‌گیرد.

تاریخچه سیستم‌های طبقه‌بندی

اولین ویراست DSM در سال ۱۹۵۲ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شد که به‌عنوان اولین راهنمای رسمی روان‌پزشکی برای توصیف اختلالات روانی شناخته شد و بنابراین گام مهمی در جهت جست‌وجوی ملاک‌های تشخیصی استاندارد بود. یکی از نقطه‌ضعف‌های این DSM، پایایی ضعیف و ملاک‌های مبهم آن بود. نقطه ضعف دیگر DSM-I استوار بودن بر فرضیه‌های نظری بود که مشکلات یا واکنش‌های هیجانی را عامل ایجاد اختلال می‌دانست.

ویراست دوم DSM در سال ۱۹۶۸ منتشر شد. DSM-II بیانگر جنبشی بود که اغلب اختلالات روانی را واکنش هیجانی نمی‌دانست. ملاک‌های DSM-II براساس مفاهیم روان‌کاوی استوار بود. البته این ملاک‌ها به قدری متزلزل بودند که متخصصان بالینی با گرایش نظری خاصی، می‌توانستند تشخیص درمانجو را به جای وضعیت واقعی او با نظریه بالینی خودشان همراه کنند.

DSM-III در سال ۱۹۸۰ منتشر شد. این مدل نسبت به مدل‌های قبلی ملاک‌های ارزیابی و تعریفی دقیقی برای هر اختلال فراهم آورد. در واقع ویراست سوم DSM متخصصان بالینی را قادر ساختند تا در تشخیص دادن کمی‌تر و عینی‌تر باشند. البته این ویراست نیز به نوبه خود مشکلاتی داشت از جمله این‌که در برخی موارد، ملاک‌ها را به‌خوبی مشخص نمی‌کرد.

DSM-III-R در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. هدف از انتشار این ویراست این بود که تا معرفی DSM-IV در سال ۱۹۹۴، به‌عنوان راهنمای موقت، وظیفه خود را انجام دهد.

متن تجدیدنظر شده DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شد.

در DSM-IV از ۵ محور مجزا استفاده می‌شد. این کتاب راهنما، محور را به‌صورت طبقه‌اطلاعات در رابطه با یک بعد از عملکرد فرد تعریف کرده بود.

سیستم چندمحوری DSM-IV-TR به متخصصان امکان می‌داد که درمانجویان را به‌صورت چندبعدی توصیف کنند.

آخرین ویراست کتاب راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، DSM5 است که در سال ۲۰۱۳ به چاپ رسید که به ۲۲ فصل تقسیم شده و شامل مجموعه‌هایی از اختلالات مرتبط می‌باشد.

این فصل‌ها طوری سازمان‌یافته‌اند که اختلالات مرتبط، به یکدیگر نزدیک‌تر به‌نظر برسند و بیماری‌های روان‌شناختی و زیستی اغلب با یکدیگر ارتباط دارند. DSM5 برای دور شدن از سیستم طبقه‌ای و نزدیک شدن به سیستم طیفی^۱ (ابعادی) نخستین قدم را برداشته است.

◀ نکته: یکی از انتقادات عمده که به نسخه‌های قبلی DSM وارد می‌شد این بود که در آنها طبقه‌بندی تفکیکی (افتراقی) اختلال‌ها شفافیت نداشت که در DSM5 این اشکال برطرف شده است.

◀ نکته: سیستم طبقه‌بندی در DSM5، رویکرد طیفی (ابعادی - پیوستاری) است.

◀ نکته: DSM5 رویکرد توصیفی دارد.

◀ نکته: یکی از ایرادهایی که به DSM5 گرفته می‌شود این است که هنوز برای بسیاری از اختلالات از سیستم طبقاتی (مطلق) استفاده می‌کند.

طبقه‌بندی اختلال‌های روانی طبق DSM5

اختلالات عصبی - رشدی
neurodevelopment disorder

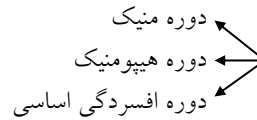


اختلالات طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر
schizophrenia spectrum and other psychotic disorders

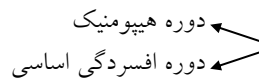


schizotypal disorder	<input type="checkbox"/> اختلال اسکیزوتایپال
delusional disorder	<input type="checkbox"/> اختلال هذیانی
brief psychotic disorder	<input type="checkbox"/> اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت
schizophreniform disorder	<input type="checkbox"/> اختلال اسکیزوفرنی فرم
schizophrenia	<input type="checkbox"/> اسکیزوفرنی
schizoaffective disorder	<input type="checkbox"/> اختلال اسکیزوافکتیو
substance/medication-induced psychotic disorder	<input type="checkbox"/> اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد / دارو
psychotic disorder due to another medical condition	<input type="checkbox"/> اختلال روان‌پریشی ناشی از بیماری جسمانی دیگر
catatonia associated with another mental disorder (catatonia specifier)	<input type="checkbox"/> کاتاتونی مرتبط با اختلال روانی دیگر (شاخص کاتاتونی)
catatonic disorder due to another medical condition	<input type="checkbox"/> اختلال کاتاتونیک ناشی از بیماری طبی دیگر
unspecified catatonia	<input type="checkbox"/> اختلال کاتاتونی نامشخص
other specified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder	<input type="checkbox"/> طیف اسکیزوفرنی مشخص دیگر و اختلال روان‌پریشی دیگر
unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder	<input type="checkbox"/> طیف اسکیزوفرنی و اختلال روان‌پریشی نامشخص دیگر

اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط
bipolar and related disorder



اختلال دوقطبی نوع I
bipolar I disorder



اختلال دوقطبی نوع II
bipolar II disorder

اختلال ادواری خوایی
cyclothymic disorder

دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از مواد / دارو

substance / medication – induced bipolar and related disorder

دوقطبی و اختلال ناشی از بیماری طبی دیگر

bipolar and related disorder due to another medical condition

دوقطبی و اختلال مرتبط مشخص دیگر

other specified bipolar and related

دوقطبی و اختلال مرتبط نامشخص

unspecified bipolar and related disorder



اختلالات افسردگی
depressive disorders

- | | |
|--|--|
| disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) | □ اختلال بی‌نظمی خلقِ اِخلالگر |
| major depressive disorder (MDD) | □ اختلال افسردگی اساسی |
| persistent depressive disorder (dysthymia) | □ اختلال افسرده‌خویی (افسردگی مداوم) |
| perimenstrual dysphoric disorder (PMDD) | □ اختلال ملال پیش از قاعدگی |
| substance / medication – induced depressive disorder | □ اختلال افسردگی ناشی از مواد / دارو |
| depressive disorder due to another medical condition | □ اختلال افسردگی ناشی از بیماری طبی دیگر |
| other specified depressive disorder | □ اختلال افسردگی مشخص دیگر |
| unspecified depressive disorder | □ اختلال افسردگی نامشخص |

اختلالات اضطرابی
Anxiety disorders

separation anxiety disorder (SAD)	<input type="checkbox"/> اختلال اضطراب جدایی
selective mutism	<input type="checkbox"/> لالی انتخابی (موتیسم)
specific phobia	<input type="checkbox"/> فوبی خاص
social anxiety disorder (social phobia)	<input type="checkbox"/> اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
panic disorder	<input type="checkbox"/> اختلال وحشت‌زدگی
agoraphobia	<input type="checkbox"/> گذر هراسی (آگورافوبیا)
generalized anxiety disorder (GAD)	<input type="checkbox"/> اختلال اضطراب فراگیر
substance / medication – induced anxiety disorder	<input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی ناشی از مواد / دارو
anxiety disorder due to another medical condition	<input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی ناشی از بیماری طبی دیگر
other specified anxiety disorder	<input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی مشخص دیگر
unspecified anxiety disorder	<input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی نامشخص



وسواس فکری – عملی و اختلالات مرتبط
obsessive-compulsive and related disorder

- obsessive – compulsive disorder (OCD) اختلال وسواسی اجباری
- body dysmorphic disorder اختلال بدشکلی بدن (نوع فرعی : دیسمورفی عضلانی)
- hoarding disorder اختلال ذخیره کردن (احتکار)
- trichotillomania (hair – pulling disorder) اختلال موکنی (تری کوتیلومانیا)
- excoriation (skin-picking) disorder اختلال پوست‌کنی
- substance / medication – induced obsessive – compulsive and related disorder وسواس فکری – عملی ناشی از مواد / دارو و اختلال مرتبط
- obsessive – compulsive and related disorder due to another medical condition وسواس فکری – عملی و اختلال مربوط ناشی از بیماری طبی دیگر.
- other specified obsessive – compulsive and related disorder وسواس فکری عملی و اختلال مرتبط مشخص دیگر
- unspecified obsessive – compulsive and related disorder وسواس فکری – عملی و اختلال مرتبط نامشخص

**اختلالات مرتبط با آسیب (تروما) و عامل استرس‌زا
trauma and stressor related disorders**

- reactive attachment disorder (RAD) اختلال دلبستگی واکنشی
- disinhibited social engagement disorder اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده
- posttraumatic stress disorder (PTSD) اختلال استرس پس از آسیب
- acute stress disorder (ASD) اختلال استرس حاد
- adjustment disorders (AD) اختلالات سازگاری
- other specified trauma and stressor related disorder اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زای مشخص دیگر
- unspecified trauma and stressor related disorder اختلال مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زای نامشخص



اختلالات تجزیه‌ای
dissociative disorders

- dissociative identity disorder اختلال هویت تجزیه‌ای (گسسته)
- dissociative amnesia یادزدودگی تجزیه‌ای (فراموشی گسسته)
- depersonalization / derealization disorder اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت (سوخ‌زدایی / مسخ‌زدایی)
- other specified dissociative disorder اختلال تجزیه‌ای مشخص دیگر
- unspecified dissociative disorder اختلال تجزیه‌ای نامشخص

اختلالات نشانه‌ی جسمانی و اختلالات مربوط
somatic symptom and related disorders

- somatic symptom disorder اختلال نشانه‌ی جسمانی
- illness anxiety disorder اختلال اضطراب بیماری
- conversion disorder (functional neurological symptom disorder) اختلال تبدیلی (اختلال نشانه‌ی کارکردی عصبی)
- psychological factors affecting other medical conditions عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های طبی دیگر تأثیر می‌گذارند.
- factitious disorder اختلال ساختگی
- other specified somatic symptom and related disorder نشانه جسمانی و اختلال مربوط مشخص دیگر
- unspecified somatic symptom and related disorder نشانه جسمانی و اختلال مربوط نامشخص



اختلالات تغذیه و خوردن
Feeding & eating disorders

- pica هرزه خواری (پیکا)
- ramination disorder اختلال نشخوار
- avoidant / restrictive food intake disorder (ARFID) اختلال مصرف غذای اجتنابی / محدودکننده
- anorexia nervosa بی‌اشتهایی عصبی (انورکسیا)
- bulimia nervosa پراشتهایی عصبی (بولیمیا) (پر خوری عصبی)
- binge – eating disorder اختلال پر خوری (بینج ایتینگ)
- اختلال تغذیه یا خوردن مشخص دیگر
other specified feeding or eating disorder
- اختلال تغذیه یا خوردن نامشخص
- بی‌اشتهایی عصبی (آتیبیک)
پراشتهایی عصبی (فراوانی پایین یا مدت محدود)
اختلال پر خوری (فراوانی پایین یا مدت محدود)
Purging disorder (تصفیه) اختلال پاکسازی
Night eating syndrome سندرم خوردن شبانه

اختلالات دفع
elimination disorders

- | | |
|--------------------------------------|---|
| enuresis | <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری ادرار (انورسیس) |
| encopresis | <input type="checkbox"/> بی‌اختیاری دفع (انکوپرسیس) |
| other specified elimination disorder | <input type="checkbox"/> اختلال دفع مشخص دیگر |
| unspecified elimination disorder | <input type="checkbox"/> اختلال دفع نامشخص |



اختلالات خواب – بیداری
sleep – wake disorders

insomnia disorder

□ اختلال بی خوابی (اینسومنیا)

hypersomnolence disorder

□ اختلال پر خوابی (هایپرسومنولنس)

narcolepsy

□ حمله‌ی خواب (نارکولپسی)

وقفه / کمبود تنفسی انسدادی در خواب
 Central sleep apnea خواب مرکزی خواب
 افت تهویه (هیپوونتیلاسیون) مرتبط با خواب

□ اختلالات خواب مرتبط با تنفس
 breathing – related sleep disorder

نوع مرحله تأخیری
 نوع مرحله پیشرفته
 نوع خواب – بیداری نامنظم
 نوع خواب – بیداری غیر ۲۴ ساعته
 نوع نوبت کاری (شیفت کاری)

□ اختلال خواب – بیداری
 ریتم شبانه‌روزی
 circadian rhythm
 sleep-wake disorder

اختلالات برانگیختگی خواب، بدون حرکت سریع چشم (N-REM)
 اختلال کابوس night mare disorder
 اختلال رفتار خواب با حرکات سریع چشم (REM)
 نشانگان پاهای بی‌قرار Restless legs syndrome (RLS)

□ نابهنجاری‌های خواب
 parasomnia

substance / medication – induced sleep disorder

□ اختلال خواب ناشی از مواد / دارو

کژکاری‌های جنسی (اختلالات عملکرد جنسی)
sexual dysfunctions

- | | |
|---|---|
| delayed ejaculation | <input type="checkbox"/> انزال دیررس |
| erectile disorder | <input type="checkbox"/> اختلال نعوظ |
| female orgasmic disorder | <input type="checkbox"/> اختلال ارگاسمی در زن |
| female sexual interest / arousal disorder | <input type="checkbox"/> اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زن |
| genito pelvic pain / penetration disorder | <input type="checkbox"/> اختلال درد دخول / درد تناسی سلگنی |
| Male hypoactive sexual desire disorder | <input type="checkbox"/> اختلال میل جنسی کم‌کار در مرد |
| premature (early) ejaculation | <input type="checkbox"/> انزال زودرس |
| substance / medication-induced sexual dysfunction | <input type="checkbox"/> کژکاری جنسی ناشی از مواد / دارو |
| other specified sexual dysfunction | <input type="checkbox"/> کژکاری جنسی مشخص دیگر |
| unspecified sexual dysfunction | <input type="checkbox"/> کژکاری جنسی نامشخص |



ملال جنسیتی
gender dysphoria

ملال جنسیتی در کودکان
ملال جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان

ملال جنسیتی
gender dysphoria

specified gender dysphoria

ملال جنسیتی مشخص

unspecified gender dysphoria

ملال جنسیتی نامشخص